GEPFLEGT DURCHATMEN

Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

Ausgabe 38 | Oktober 2017

GESELLSCHAFTLICHES IMAGE DER PFLEGEKRÄFTE
KLEINIGKEITEN DES ALLTAGS?! WIE SEHEN DAS DIE BETROFFENEN?
KOMMUNIKATION TROTZ BEATMUNG ODER TRACHEALKANÜLE
EINFÜHRUNG IN DIE FAMILIENZENTRIERTE PFLEGE

GEPFLEGT DURCHATMEN

Liebe Leserinnen und Leser,

Hundertausende Pflegekräfte leisten in Deutschland jeden Tag einen großartigen Dienst an der Gesellschaft. Warum werden sie trotzdem kaum wahrgenommen? Und das, obwohl sie für ihre Mitmenschen genau dann da sind, wenn nichts mehr zu gehen scheint und sich Menschen in Grenzsituationen befinden? Pflegekräfte sind Profis ihres Faches, die sich ständig fortbilden. Das zeigt eine Wissenschaftlerin, die erforscht hat, welch fatale Folgen einerseits zu wenig gesellschaftliche Anerkennung, aber andererseits auch ein geringes Selbstbewusstsein der Pflegekräfte haben können. Es ist zu hoffen, dass sich durch die Pflegeberufereform, über die wir mit einer Lehrerin für Pflegeberufe ein Gespräch geführt haben, neue Chancen eröffnen. Oder hat diese verschobene gesellschaftliche Wahrnehmung der Pflegekräfte etwas damit zu tun, dass jeder Mensch die Wirklichkeit durch seine „eigene Brille" betrachtet und damit seine Wahrnehmung blinde Flecken hat? Wenn dies schon für das Individuum gilt, welche Herausforderung ist es dann, die Sichtweise einer ganzen Gesellschaft umzukrempeln! Für die Einschätzung des Pflegeberufs ist dies überfällig und geht jeden an!

*Auch die von Beatmung und Intensivpflege betroffenen Menschen. Auch sie werden von der Gesellschaft kaum oder nur lückenhaft wahrgenommen. Damit soll nun Schluss sein. Grit Kühlborn, die junge Frau auf unserer Titelseite, leitet seit Kurzem ein Projekt, mit dessen Hilfe Menschen mit Behinderung zu versierten Referent*innen über eine menschenrechtsbasierte Behindertenpolitik ausgebildet werden. Eine andere junge Frau hat die Ferieninsel Mallorca auf ihre Behindertenfreundlichkeit getestet. In weiteren Beiträgen geht es um die Gruppe außerklinisch beatmeter Menschen, die sich nur schwer mitteilen können. Und damit beschäftigen sich auch engagierte Klinikärzte, die über palliative Intensivmedizin versus intensive Palliativmedizin schreiben. Einigen Autor*innen in dieser Ausgabe werden Sie beim diesjährigen 10. MAIK begegnen, auf den wir mit dem MAIK-Special einstimmen. Ich danke allen, die an dieser Ausgabe mitgearbeitet haben.*

Ihre

Dr. Maria Panzer

Redaktionsleitung

Wie gefällt Ihnen diese Ausgabe? Bitte schreiben Sie mir an maria.panzer@ihcc.mobi

Inhalt

Politik

Überleitung und Entlassmanagement | 4

Hilferufe von Angehörigen | 8

Ablehnende Leistungsbewilligung von Krankenkassen | 9

Krankentransport technologieabhängiger Menschen | 10

Pflege

Stolz der Pflegekräfte| 12

Gesellschaftliche Image des Pflegeberufs | 14

Kleinigkeiten des Alltags?! | 18

Bedeutung der Pflegeberufereform | 22

Erste Hilfe im Pflegefall | 23

Einführung in die familienzentrierte Pflege | 24

Interdisziplinärer Blick auf die künftige Pflege | 28

Fachgesellschaft

Sektion Neurologie und Neurorehabilitation in der DIGAB | 12

Betroffene

Grit Kühlborn bei ISL | 31

Lisa Steffen reist nach Mallora| 34

Barrierefreies Reisen| 34

Medizin

Palliative Intensivmedizin versus intensive Paliativmedizin| 37

MAIK Special

10 Jahre MAIK, Themen, Workshops und Referenten | 41 - 59

Therapie

Kommunikation trotz Beatmung oder Trachealkanüle| 60

Ernährung

Risiko Schluckstörung| 65

Kinder

Strukturiertes Überleitungsmanagement | 68

HBS

Teilhabe und Selbstbestimmung in Wohngemeinschaften | 70

Mitarbeiter

MH Kinaesthetics | 74

Neuerscheinung

Stellenanzeigen

Termine

Überleitungs- und Entlassmanagement: ein Blick und Ausblick aus der Klinik auf den Weg in die außerklinische Intensivpflege (Teil 1)

Sören Tiedemann gibt einen Einblick in das Entlassmanagement und beschäftigt sich mit der Frage, welche Veränderungen mit dem Inkrafttreten des Rahmenvertrags Entlassmanagement am 1.10.2017 zu erwarten sind.

Fragen Sie sich auch, wo der Unterschied ist? Überleitungsmanagement? Entlassmanagement? Und fehlt bei Letzterem nicht das ‚ungs'?

Wer für den Wegfall der vier Buchstaben verantwortlich ist, kann auch ich nicht sagen. Nur, dass das, was wir bisher unter Überleitungsmanagement verstanden haben, ab dem 1. Oktober 2017 gesetzlich als Entlassmanagement bezeichnet wird. Denn seit diesem Tag gilt der Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement).

Beim Schreiben dieses Artikels im Juni/Juli 2017 ist der Rahmenvertrag also noch nicht in Kraft, wirft aber seine Schatten bereits voraus. So gehöre ich als Autor dieses Artikels zu einer Arbeitsgruppe meines Krankenhauses, welche die gesetzlichen (An-) Forderungen an das Entlassmanagement von Kliniken für uns umsetzen soll.

Ich nehme dort in meiner Funktion als Atmungstherapeut teil, durch die ich stark in das Entlassmanagement intensivpflegeabhängiger Menschen involviert bin, was heißt, dass ich aus der Praxis komme, viele Weichen stelle und viele Erfahrungen mit verschiedensten Beteiligten am Entlassungsprozess habe und mache. Dabei fehlt mir der formale Hintergrund, beispielsweise der eines Sozialarbeiters [1] oder des Mitarbeiters einer gesetzlichen Krankenkasse.

In unserer Klinik ist es bereits jetzt so, dass wir den Überleitungsprozess sehr strukturiert und standardisiert gestalten. Es gibt multiprofessionelle Teamsitzungen aller beteiligten Berufsgruppen, ein Hilfsmittelmanagement und eine nachvollziehbare Dokumentation. Anders ist es bei der Komplexität einer Überleitung bei Patienten mit einem hohen Hilfsmittelbedarf und/oder Intensivpflegeabhängigkeit auch gar nicht möglich.

Nur können Sie momentan, also Anfang Juli 2017, den Prozess unseres Entlassmanagements nicht auf unserer Klinik-Webseite finden. Sie können auch nicht am Wochenende zwischen 10.00 und 14.00 Uhr bei uns anrufen und einen für das Entlassmanagement zuständigen Ansprechpartner für Rückfragen erreichen – also jemanden für Rückfragen, der alle entlassrelevanten Informationen aller Abteilungen kennt.

So fordert es aber zum Beispiel das Gesetz ab dem 1. Oktober 2017 von den Kliniken.

Natürlich sind nicht nur die Kliniken von dem Gesetz betroffen. Auch die gesetzlichen Krankenkassen bzw. Pflegekassen müssen sich neu aufstellen, denn beide Seiten werden vermehrt in die Pflicht genommen. Das erscheint mir grundsätzlich auch sinnvoll. Aber es kann einem durchaus der Gedanke kommen, dass gerade komplexe Entlassungen dadurch nicht einfacher und im Sinne des Patienten enden werden. Warum das?

Letztendlich, weil zu befürchten ist, dass auf den Patienten bezogene individuelle Handlungsspielräume verloren gehen. Das darf man natürlich nicht pauschalisieren. Wer sich bisher mit dem Überleitungsmanagement beschäftigt hat, weiß, wie unterschiedlich die Zusammenarbeit mit einer der 113 aktuell bestehenden Krankenkassen [2] sein kann.

Von daher sind transparente Informationsflüsse und erreichbare Ansprechpartner nur zu begrüßen. Aber es wäre fatal, wenn nach frühzeitig geflossenen gegenseitigen Informationen die Klinik quasi nur noch die Vorstellungen des Kostenträgers umsetzen darf, beziehungsweise muss.

Dann wären die Versorgungen nur noch durch die Verträge der Kostenträger mit Intensivpflegeanbietern und Medizintechnikprovidern bestimmt. Hat man mit den durch die Krankenkasse vorgeschlagenen Einrichtungen oder Anbietern schlechte Erfahrung gemacht, könnte man diese kaum sinnvoll einbringen. Wahlfreiheit gibt es zwar weiterhin … aber sie müsste dann erst durch den Betroffenen oder durch die Angehörigen erkämpft werden.

Im vergangenen Jahr hatten wir einen Fall, der die Problematik beispielhaft beschreibt: Ein Patient, der neben der hohen Querschnittlähmung aufgrund seiner Begleiterkrankungen unter den Begriff „chronisch kritisch krank" fiel, war schon in der Klinik nicht einfach stabil zu halten. Aus unserer Sicht hatte er nur die Chance, nach der Entlassung länger zu überleben, wenn er mit einer wirklich qualifizierten und erfahrenen 24 Stunden 1:1 Intensivpflege nach Hause kommt oder in eine vergleichbar gut aufgestellte Intensivpflege-Wohngemeinschaft entlassen werden kann.

Letztere wurde gefunden. Wohnortnah und mit Erfahrung in der Versorgung hoch querschnittgelähmter

Deutsche Fachpflege Gruppe

Qualität verbindet.

Die Deutsche Fachpflege Gruppe ist mit rund 3.100 Mitarbeitern und über 600 Patienten führend in der außerklinischen Intensivpflege in Deutschland. Derzeit gehören 16 ambulante Pflegedienste zur Deutschen Fachpflege Gruppe, die bundesweit Patienten in Einzelversorgungen und über 50 Wohngruppen versorgen, sowie eine stationäre, gemeinnützige Einrichtung für dauerbeatmete Kinder und Jugendliche. Durch speziell ausgebildetes Fachpersonal werden intensivpflegebedürftige und beatmungspflichtige Patienten bis zu 24 Stunden betreut und versorgt.

www.deutschefachpflege.de

Patienten. Also ein, aus unserer Sicht, gutes Setting, mit einer realistischen Wahrscheinlichkeit für den Patienten, noch Monate, oder auch mehr als ein Jahr in der Nähe seines Zuhauses und der Angehörigen zu leben. Der Kostenträger hat uns bzw. den Angehörigen drei andere Einrichtungen, z. B. Phase F-Einrichtungen und auch andere Intensivpflegewohngemeinschaften genannt. Diese waren durchaus auch wohnortnah, aber in einer der Einrichtungen ist einer unserer Patienten, welcher deutlich stabiler war als der jetzt zu Entlassende, nicht lange nach der Entlassung verstorben- aus unserer Sicht und den Informationen, welche wir hatten, nicht ganz nachvollziehbar.

Scheinbar glaubt oder berücksichtigt niemand unsere/n Entlassungsbriefe/n und fachlich motivierten Empfehlungen – und dies nach einem halben bis ganzen Jahr dokumentierter Erfahrung mit dem Patienten: „Nächtlich invasiv beatmet? Den können wir locker ganz entwöhnen!“ „Trachealkanüle bei Tetraplegie? Die kann raus!“.

Genauso handelte zumindest die zuständige Einrichtung. Sie denken, „nun ja, das war eine Intensivpflege Wohngemeinschaft alleine?“ Aber nein, da war noch ein Weaning-Zentrum zur Erfolgskontrolle involviert, welches keinerlei Erfahrung mit querschnittgelähmten Menschen hatte. Soweit wir wissen, ist unser Patient in dieser Klinik verstorben. Das ist als Aussage wirklich schwierig, weil wir dabei auf Informationen dritter angewiesen sind. Aber so etwas erleben wir häufiger; es war nicht die erste Erfahrung dieser Art. Wir hören zum Beispiel von Außendienstmitarbeitern von Firmen, dass Geräte, wie z.B. Vernebler, beim zweiten Besuch immer noch original verpackt im Zimmer liegen – und natürlich lässt einen das aufhorchen. Und selbstverständlich beginnt man dann schon zu überlegen, ob man zukünftig Patienten in diese Einrichtung entlassen will. Sie - besser gesagt - damit verlassen will?

Verstehen Sie mich nicht falsch. Ich spreche hier von Einrichtungen, welche für stabile Patienten gute Arbeit leisten. Mit komplexen intensivpflegeabhängigen Patienten jedoch sind sie überfordert und sie können deren Versorgung wahrscheinlich auch nicht leisten. Trotzdem nehmen sie aber auf! Versterben diese Menschen, so ist es ein Leichtes, sich mit der Behauptung zu rechtfertigen, dass wohl die Entlassung zu früh erfolgt sei. Hinterfragt das jemand? Es war ja eh besser so für ihn oder sie …?

Sollte nicht vielmehr die Frage gestellt werden, ob wir nicht für diese Patienten eine neue Versorgungsform brauchen? Kann man als chronisch kritisch kranker, intensivpflege-abhängiger Mensch nur noch krankenhaus-nah überleben? Und auch das nur, wenn einen „die Klinik“ gut kennt? Wirklich kennt, sonst geht auch das schief. Das ist salopp formuliert, aber meines Erachtens, Realität.

Unser Patient, um den es eingangs ging, ist inzwischen bei uns verstorben. Monate nach dem gebahnten und für ihn – aus unserer Sicht – besten Entlassungstermin. Er wäre vielleicht zum selben Zeitpunkt auch in der uns bekannten Intensivpflege-Wohngemeinschaft verstorben. Aber dann wäre er noch einmal nahe bei seinem Zuhause gewesen und hätte seine Lieben gesehen und gespürt. Aber real gab es eine Klage. Die Presse wurde involviert, und er hatte sich wahrscheinlich inzwischen auch selbst aufgegeben. Hätten Sie die Kraft, das durchzustehen? Über Monate? Sie haben mit dem Leben gekämpft, es könnte nach Hause gehen und jetzt kämpfen Sie mit dem Kostenträger?

Ist Ihnen das jetzt zu wenig distanziert, zu betroffen und emotional? Kann sein, aber dann muss man sich die Frage stellen, warum wir diese Menschen überhaupt behandeln, ihr Leben retten und sie therapieren.

Auf einer Sitzung des Arbeitskreises „Außerklinische Intensivpflege des MdK Nord“ ging es vor einiger Zeit um das Thema „Therapie in der außerklinischen Versorgung“. Gerade außerhalb von Ballungsräumen ist es schwer, eine angemessene, geschweige denn erfahrene Versorgung mit Physio-, Logo- und Ergotherapie zu realisieren. Das war Thema der Sitzung.

Da fiel von einem in diesem Bereich sehr erfahrenen Arzt die Aussage, dass sehr viel Geld für die „Aufbewahrung“ dieser Menschen ausgegeben werde, aber darüber hinaus nichts mehr. Das klingt schlimm, oder? „Aufbewahrung“?

Das zeigt aber sehr gut die Problematik, welche sich im Verlauf der letzten Jahre entwickelt hat. Was nützt es, wenn ich einen Elektrorollstuhl mit Plattform für Beatmung und Absaugung bekommen habe, wenn ich dann keine Hilfe zur Mobilisierung mehr erfahre, um überhaupt in ihn hinein zu gelangen? Was nützt offiziell „betreutes Wohnen“, wenn Patienten de facto semistationär untergebracht sind und sich keiner wirklich um sie kümmern kann? Aber dennoch kann alles abgerechnet werden. Und deshalb passiert es auch genau so: das nützt ja dann doch jemandem! Teilhabe? Da ist wohl ein Teil verloren gegangen.

Ich persönlich glaube nicht, dass der neue Rahmenvertrag zum Entlassmanagement dies bessern wird, weil es am Ende doch vor allem um monetäre Aspekte geht. Stundensätze werden gedrückt. Das wird auch möglich, weil sich immer noch ein Anbieter findet, der es entsprechend „billiger“ macht. Es fragt sich nur: wie? Qualität? Qualität wollen in unserer hoch individualisierten Gesellschaft alle! Aber Qualität ist teuer, besonders, wenn es ums Überleben geht.

Von sogenannten schwarzen Schafen habe ich dabei noch gar nicht zu gesprochen. Kennen Sie das auch? Ein neuer Pflegedienst oder eine neue Intensivpflege-Einrichtung stellt sich vor, vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen zertifiziert. Note 1,0. Hochglanzflyer. Der

Beamer wird gezückt, um sich perfekt zu präsentieren. Sie fragen nach dem Personal? Antwort: „Ach ja, da müssen wir erst einmal gucken“. In der nächsten Woche stellt sich wieder ein Pflegedienst vor. Von Pflegekollegen, die in solch einer Einrichtung gekündigt haben, hört man: „da ist eh nur eine Vollkraft im Spätdienst“. Natürlich wurde das bei der MdK-Prüfung nicht deutlich! Da geht es ja auch eher um Strukturelles.

In einem nicht weiter genannten Ort ist vor einigen Monaten die Geschäftsführung einer Einrichtung, welche auch zwei unserer Patienten betreut hat, zu Gefängnishaft verurteilt worden. Wegen Abrechnungsbetruges. Dabei ging es meines Wissens noch nicht einmal um die beiden „24 Stunden-Intensivpflegeversorgungen“. Die Kosten für diese Versorgungen kennen Sie als Leser vermutlich – und damit auch die potentiellen Gewinnmöglichkeiten, wenn betrogen wird.

All solche Erfahrungen macht man, all so etwas hört man von Pflegeanbietern und auch von Medizinprodukte-Providern. Ich würde deshalb gerne Einrichtungen, Institutionen und Mitarbeiter, die ich kenne, auswählen können. Und ich würde gerne diejenigen mit der Versorgung unserer Patienten betrauen, von denen ich weiß oder zumindest begründet annehmen kann, dass sie gute Arbeit leisten.

Darf ich das denn auch in Zukunft? Im Rahmenvertrag zum Entlassmanagement steht, dass die Bevorzugung eines Anbieters nicht statthaft ist. Wir als Klinik arbeiten natürlich mit mehreren Anbietern zusammen, aber was soll passieren, wenn keiner davon mit der Krankenkasse einen Vertrag geschlossen hat? Weil die Qualität nicht entsprechend vergütet wird? Weil es ein anderer Anbieter günstiger macht und die gleiche Qualität verspricht?

Ich erinnere noch einmal daran: Es gibt 113 gesetzliche Krankenkassen. Das ist natürlich statthaft. Und gerne kümmere ich mich im Entlassmanagement um die einzelnen Bedürfnisse und Regelungen der jeweiligen Kasse.

Sie nicken oder schütteln den Kopf beim Lesen? Das kann ich beides gut verstehen. Es ist ja auch nicht so, dass ich eine Lösung hätte. Nur denke ich, dass wir ein medizinisches (Notfall-) System mit vielen guten Seiten geschaffen haben, welches es Menschen ermöglicht, mit außerklinischem Intensivpflegebedarf zu überleben. Aber wirklich auch zu leben? Und wer will überleben, wenn er nicht leben kann? Wer soll das entscheiden? Wer entscheidet über unsere Patienten?

Ist tatsächlich nur Aufbewahrung möglich? Sind individuelle Versorgungen zu Hause bald ein seltenes Privileg? Besteht bei Intensivpflegeabhängigkeit eine Wohnortwahl und Teilhabe am Leben nur noch theoretisch? Und was bedeutet das für uns selbst, als einzelne Mitarbeiter und auch als Institution, wenn wir bei unserer Arbeit ein Leitbild verfolgen, das den Menschen in den Mittelpunkt stellt, welcher aber offensichtlich immer mehr an den Rand rutscht?

Fortsetzung folgt im nächsten Heft.

Sören Tiedemann

Atmungstherapeut (DGP) im Querschnittgelähmtenzentrum des BG Unfallkrankenhauses Hamburg (BUKH)

1) Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht.

2) Stand: 01. Januar 2017, Quelle: https://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/kv_grundprinzipien/alle_gesetzlichen_krankenkassen/alle_gesetzlichen_krankenkassen.jsp

Alle Dokumente sind auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes unter www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/krankenhaeuser/entlassmanagement/entlassmanagement.jsp eingestellt.

Autor Sören Tiedemann ist im Podium der Diskussionsrunde „Versorgungsstrukturen in der außerklinischen Intensivpflege. Wie geht es weiter?“ auf dem diesjährigen MAIK.

Im Stich gelassen

Seit geraumer Zeit mehren sich Hilferufe von Angehörigen außerklinisch beatmeter Menschen, die keine Unterstützung mehr durch einen Intensivpflegedienst erhalten. Besonders gravierend ist dies für Familien mit einem Kind oder Kleinkind.

Oft geht es darum, dass ein Betroffener dann länger als notwendig in einer stationären Einrichtung bleiben muss, weil die häusliche Versorgung nicht sichergestellt ist. Einer der Hauptgründe ist, dass die Krankenkassen immer weniger Geld zur Verfügung stellen und kein Pflegedienste zu diesem niedrigen Preis versorgen kann. Ein prominentes Beispiel ist Familie Holweg. Die Eltern kämpften seit Jahren um die häusliche Versorgung ihrer Tochter Deike. [1] Erschwerend kommt hinzu, dass es vor allem im ländlichen Raum, kaum spezialisierte Pflegekräfte gibt. Wenn diese dann auch unterbezahlt sind, hat dies katastrophale Folgen für die Betroffenen.

Früher waren dies Einzelfälle, und es gab immer wieder Bemühungen von Pflegediensten, in solchen Fällen gemeinsam mit anderen Pflegediensten aktiv zu werden und kurzfristig die Versorgung zu übernehmen. Die Krankenkassen schoben dem jedoch mit der Begründung einen Riegel vor, es sei nicht statthaft, sich „abzusprechen“. Dies gilt demnach auch in einer akuten Notlage.

Wie wollen die Krankenkassen dann ihren Sicherstellungsauftrag erfüllen? Dieser steht im Gesetz, und die Beitragszahler entrichten genau für solche Fälle, in denen sie schnelle Hilfe brauchen, Monat für Monat, Jahrzehnt für Jahrzehnt, ihren Krankenkassenbeitrag. Warum werden Versicherte von den Krankenkassen derart im Stich gelassen, dass sie im Internet ihre Hilferufe posten? Dabei ist es doch Aufgabe der Krankenkassen, einen geeigneten Versorger zu suchen! Die Politik beruft sich auf die Selbstverwaltung der Krankenkassen. Wer aber in solch gravierenden Fällen tatenlos bleibt, macht sich mitschuldig an der Gefährdung von Menschen an Leib und Leben.

Wenn schwerstkranke Menschen in der Häuslichkeit nicht versorgt werden, müssen Wege gefunden werden, um eine schnelle Unterstützung zu gewährleisten.

- Es sollte ein Portal geschaffen werden, auf dem besonders gravierende Notfälle öffentlich gemacht werden, damit sich schneller Initiativen formieren können, um kurzfristig tätig zu werden.
- Es muss möglich sein, für dringende Fälle einen Pool an Pflegekräften zu haben, auf den man zurückgreifen kann.
- Das Entlassmanagement sollte nicht nur für den Entlassungsprozess gelten, sondern sollte auch eine langfristige Versorgung ins Auge fassen und Vorsorge treffen.
- Bürokratische Hürden müssen abgebaut werden.

Auch Thomas Meißner, Vorstandsmitglied des Anbieterverbands qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen (AVG) verwies am 8. August 2017 auf die Misere. Seine Forderungen gehen noch in eine andere Richtung. Das jahrelange „Kaputtsparen“ der ambulanten Pflege durch die Kostenträger müsse ein Ende haben, fordert er und schlägt vor, zusätzliches Geld der Pflege- und Krankenkassen direkt in die Lohnkosten zu investieren. Die deutliche Anhebung der Gehälter sei ein großer Anreiz für Pflegende, um mit den wesentlich höheren Gehältern in Kliniken mithalten zu können. Die Kostenträger müssten aber auch gewillt sein, über die Versorgungsentgelte in das Personal der ambulanten Pflege zu investieren. Gleichzeitig müssten sich die Anbieter zu Transparenz und einer direkten Weitergabe der Erhöhungen an die Mitarbeiter verpflichten.

Die Leidtragenden sind die Betroffenen, die in ständiger Angst leben, wie es mit ihnen weitergeht. Sie spüren, wenn ihr Leben gefährdet ist, selbst wenn sich die Angehörigen über alle Maßen bemühen. Wer schwerstkrank ist und möglicherweise nicht mehr viel Lebenszeit vor sich hat, ist mit sich selbst beschäftigt. Oft haben sie keine Energie mehr und möchten die Zeit, die ihnen noch bleibt, für sich nutzen. Vielfach sind sie auch isoliert und haben keinen Kontakt zu Menschen, denen es ähnlich geht.

Aktiv werden gegen das Im-Stich-gelassen-werden

Es ist wichtig, sich nicht alles gefallen zu lassen. Betroffene und Angehörige, die im Stich gelassen werden, müssen dies publik machen: Bei ihrer Krankenkasse, in den Medien, auch in der Pflege. Niemand, auch kein Pflegedienst, selbst wenn dieser gewillt ist, die Interessen seiner Klienten zu vertreten, kann ihnen das abnehmen. „Netzwerken zum Wohle der Klienten“, hießen bislang zwei Treffen mit Vertreter*innen von Leistungserbringern, Berufsverbänden, Sozialdiensten etc., zu denen die IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH eingeladen hatte. Daran nahm per Skype auch eine Betroffene teil, die sich offen zur Problematik äußerte. Eine Vernetzung der Betroffenen scheitert vielfach daran, dass schwerst kranke / schwerst behinderte Menschen nicht spontan zu einem Meeting anreisen können. Es wurde den Teilnehmer*innen des Expertenforums bewusst, wie viele Hürden es zu überwinden gilt, einen „Aufstand“ außerklinisch beatmeter Menschen und ihrer Angehörigen zu organisieren. Haben Sie Ideen? Dann schreiben Sie an die Redaktion.

Jörg Brambring

1) www.fall-deike.eu/index.html

Ablehnende Leistungsbewilligungen von Krankenkassen bei chronischen Wunden: BVMed rät zum Widerspruch

Patienten mit chronischen Wunden, denen ihre Krankenkasse die Leistungsbewilligung ablehnt, rät der Bundesverband Medizintechnologie (BVMed), innerhalb von 30 Tagen Widerspruch einzulegen und für eine bestmögliche Versorgung nach dem aktuellen Stand der Technik zu kämpfen. Hintergrund ist, dass die Krankenkassen Leistungen für Versicherte zum Teil sehr unterschiedlich bewilligen. Das zeigte eine Studie des IGES-Instituts im Auftrag des Patientenbeauftragten der Bundesregierung im Juni 2017.

Die Studie „Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen" des IGES-Instituts zeigte auf: Die gesetzlichen Krankenkassen bewilligen insgesamt einen Großteil der Leistungen für Hilfsmittel – allerdings gibt es dabei zum Teil einen deutlichen Unterschied zwischen den verschiedenen Kassen. Besonders groß ist die Abweichung unter anderem bei der Versorgung chronischer Wunden. Es sei dabei nicht zu erklären, wieso „die Ablehnungsquoten bei Anträgen auf Hilfsmittel für chronische Wunden zwischen den einzelnen Krankenkassen zwischen 3,8 und 54,7 Prozent regelrecht auseinanderklaffen", so der damalige Patientenbeauftragte Karl-Josef Laumann bei der Vorstellung der Ergebnisse. Er forderte, die Krankenkassen künftig zu verpflichten, die Daten zu Leistungsbewilligungen und -ablehnungen zu veröffentlichen und die Patienten besser über Widerspruchsmöglichkeiten zu informieren. Dass Widersprüche durchaus Erfolg versprechen, zeigt die IGES-Studie. Demnach legen Versicherte bei fast jeder vierten abgelehnten Leistung im Bereich der Vorsorge und Rehabilitation Widerspruch ein, in mehr als der Hälfte der Fälle erfolgreich.

Der BVMed unterstützt diese Forderung. Es sei wichtig, dass sich die Politik des Themas angenommen habe und Patienten zum Widerspruch bei ungerechtfertigten Leistungsverweigerungen ermuntere, so BVMed-Hilfsmittelexpertin Daniela Piossek. „Es kann nicht sein, dass Leistungen davon abhängen, bei welcher Krankenkasse jemand versichert ist. Patienten mit chronischen Wunden haben das gesetzlich festgeschriebene Recht auf eine Therapie, die dem aktuellen medizinischen Stand entspricht", so die BVMed-Expertin. Für den BVMed stellt die völlig unterschiedliche Genehmigungspraxis eine Missachtung der Patientenrechte dar. Die Politik müsse entsprechende Maßnahmen gegen unrechtmäßige Kosteneinsparungen zu Lasten chronisch Kranker in die Wege leiten.

Therapie chronischer Wunden muss insgesamt verbessert werden

In Deutschland leiden etwa 1,5 Millionen Menschen unter einer chronischen Wunde. Deren Behandlung ist meistens langwierig und erfordert eine komplexe interdisziplinäre Therapie, die nicht flächendeckend in Deutschland angeboten wird. „Mehrere Studien haben ergeben, dass die Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden dringend verbessert werden muss, weil sie zum Teil leider hinter wissenschaftlichen Erkenntnissen und Forderungen der Fachgesellschaften zurückbleibt", so Wundversorgungsexpertin Piossek.

Oft fehle es bei dem Thema an ausreichendem medizinischen Know-how, weil es bereits in der Ausbildung vernachlässigt werde. „Damit die Therapie einer chronischen Wunde erfolgreich sein kann, muss sie genau auf die jeweilige Phase der Wundheilung abgestimmt werden. Dies gilt auch für die Verwendung der heute dazu verfügbaren speziellen Verbandmittel. Die Wirksamkeit und Überlegenheit dieser hydroaktiven Wundauflagen im Vergleich zu konventionellen Verbänden ist seit Jahren klar in Studien belegt. Sie können Behandlungen positiv beeinflussen und entscheidend zur Heilung beitragen", sagte Piossek weiter. Moderne hydroaktive, also feuchte Wundauflagen werden bei chronischen Wunden je nach Heilungsphase angewendet. Sie sorgen dafür, dass Verbände seltener gewechselt werden müssen, die Wunden schneller heilen und Patienten dadurch weniger Schmerzen erleiden. „Dies verbessert die Lebensqualität der Betroffenen deutlich und senkt laut Studien zusätzlich die Kosten", so Piossek.

Das kürzlich in Kraft getretene Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) stelle ausdrücklich klar, dass Patienten mit chronischen Wunden eine angemessene Versorgung mit den medizinisch notwendigen Verbandmitteln zustehe. Die richtige Versorgung von Patienten mit chronischen Wunden benötige darüber hinaus insgesamt einen intensiveren Austausch von Ärzten, Kliniken, Pflegekräften, Homecare-Unternehmen, Krankenkassen und den Herstellern von Wundversorgungsprodukten, so Piossek vom BVMed.

www.patientenbeauftragter.de/images/20170623_leistung/20170623_Studie_Leistungsbewilligungen-ablehnungen.pdf

Quelle: www.bvmed.de

Krankentransport technologieabhängiger Menschen – wer trägt die Kosten?

Das Bayerische Staatsministerium des Inneren, für Bau und Verkehr legt in seine Schreiben vom 25.04.2014 die Notwendigkeit der Begleitung beatmeter Menschen durch eingearbeitete Pflegefachkräfte und die damit verbundene Kostenübernahme seitens der Krankenkassen fest. Die Praxis weist Lücken auf.

In seinem Schreiben vom 25.04.2014 bezieht das Bayerische Staatsministerium des Inneren, für Bau und Verkehr Stellung über das Vorgehen und die Kostenübernahme eines „Rettungsdienstlichen Transports von heimbeatmeten Patienten“. Es wird klar definiert, dass Betroffene während der Fahrt an kein anderes Beatmungsgerät angeschlossen werden müssen. Es muss somit die Möglichkeit bestehen, sowohl ihr auf sie eingestelltes Beatmungsgerät, als auch die damit vertraute Pflegefachkraft während des Transportes beizubehalten. Zudem wird darauf hingewiesen, dass sich die Leistungsträger dazu bereit erklärt haben, für die durch den Transport entstehenden Kosten aufzukommen.

Doch wie sieht die Umsetzung aus?

Ein beatmeter Mensch muss in die Klinik, sei es planmäßig, sei es aufgrund eines akuten Vorfalls. Der Leistungserbringer organisiert den Kranken-, ggf. Rettungsdienstwagen und begleitet seinen Klienten in die Klinik. Dort wird der Betroffene angemeldet und ab diesem Augenblick als Patient des Krankenhauses geführt. Doch Klinikpersonal, das ab sofort für die intensivpflegerische Versorgung des Neuankömmlings Verantwortung trägt, fehlt und lässt mitunter lange auf sich warten. Somit bleibt es die Pflicht des Pflegedienstes, den meist vital gefährdeten Menschen solange zu versorgen, bis die Übernahme durch das Krankenhaus garantiert ist. Dies kann mitunter mehrere Stunden dauern und erst dann ist es der Pflegefachkraft möglich, ihre Rückfahrt zum Ausgangsstandort zu planen. Grundsätzlich kommen alle Krankenkassen für die anfallenden Kosten der Krankentransportbegleitung in bzw. aus der entsprechenden Klinik auf. Manche Leistungsträger fordern für die Kostenübernahme eine ärztliche Verordnung über die Notwendigkeit des Transportes, welche natürlich in einer Notsituation nur nachträglich eingereicht werden kann. Deren Zweckmäßigkeit darf in einem solchen Fall durchaus hinterfragt werden.

Die Zeit, die der Mitarbeiter eines Pflegedienstes in der Klinik verbringt, bis die Übergabe der intensivpflegerischen Versorgung des Betroffenen erfolgt ist, bleibt dem Leistungserbringer als Kostenfaktor bestehen. Hier gibt es keine Krankenkasse, die für diese Arbeitszeit aufkommt. Eine transparente Zusammenarbeit mit den Krankenhäusern wäre sicherlich sehr hilfreich, um eine korrekte Kostenaufteilung zu ermöglichen. Eine Klinik rechnet in Pauschalbeträgen ab, unabhängig von der genauen Zeit der Leistungsübernahme. Die Kosten hat somit der Pflegedienst zu tragen. Auch die Finanzierung der Rückfahrt seines Mitarbeiters von der Klinik zu seinem Standort wird nur von wenigen Krankenkassen übernommen. Dies gilt sowohl für den zeitlichen Ausfall der Arbeitskraft, als auch für die entsprechenden Fahrtkosten, die eine Rückfahrt mit Bahn, Bus oder Taxi hervorrufen. Somit wird also, wie vom Bayerischen Staatsministerium erwartet, die direkte Begleitung des Krankentransportes finanziert, nicht aber die Rückfahrt der entsprechenden Fachkraft an deren Ausgangspunkt.

Wünschenswert wäre es daher, dass die Leistungsträger in logischer Konsequenz nicht nur die direkte Transportbegleitung eines technologieabhängigen Menschen durch die Pflegefachkraft unterstützen, sondern die hiermit einhergehende Rück- oder Hinfahrt derer. Die Kosten trägt häufig der Pflegedienst, der hierfür nicht aufkommen kann. Ansonsten besteht noch die Möglichkeit des Einsatzes eines Rettungsfahrzeuges mit entsprechend ausgebildeten Ärzten. Dass die hierbei entstehenden Kosten wesentlich höher liegen, steht außer Frage.

Bleibt zu hoffen, dass die Vernunft siegt und die Finanzierung eines Krankentransports zukünftig in vollem Umfang von allen Kostenträgern übernommen wird.

Dorothee von Zobel

HOMECARE LÖSUNGEN FÜR EIN BESSERES LEBEN

Bivona® Trachealkanülen mit Innenkanülen.

Für Patienten mit individuellen Anforderungen, aufgrund von Alter, Anatomie und Größe, bieten wir eine große Auswahl an weichen Bivona® Silikon Trachealkanülen mit Teflon™ Innenkanülen.

Wir sind engagiert, unsere kleinen und großen Patienten mit den Vorteilen flexibler und komfortabler Trachealkanülen zu versorgen.

smiths medical

portex

Mehr Informationen:
www.smiths-medical.com

©2016 Smiths Medical. All rights reserved. Bivona, Portex and the Smiths Medical design mark are trademarks of Smiths Medical.

Lasst uns stolz sein auf das, was wir leisten!

Hunderttausende Pflegekräfte leisten in Deutschland jeden Tag einen großartigen Dienst an der Gesellschaft, aber von der Gesellschaft werden sie kaum wahrgenommen.

Warum ist das so? Ich glaube, weil das Thema Krankheit und Pflege in unserem Land ein Tabuthema ist, verbunden mit dem Ekel vor den Exkrementen fremder Menschen, mit Tod und unglaublicher körperlicher Belastung. Und wenn in den Medien über Pflege berichtet wird, dann mehr über Skandale und in Form wahlkampftauglicher Plattitüden. Eine davon ist: „Wir werden mehr Geld für die Pflege unserer alten Menschen ausgeben!“ So etwas höre ich mir, selbst staatlich geprüfter Krankenpfleger, nun schon 20 Jahre an. Es ist an der Zeit, umzudenken.

Wir „aus der Pflege“ können stolz sein, was wir tagtäglich für unsere Mitmenschen tun. Aber diesen Stolz müssen wir auch selbstbewusst nach außen tragen. Das beginnt schon damit, dass wir eine gründliche Ausbildung durchlaufen haben und viele Jahre investiert haben, um uns das immer umfassender Wissen anzueignen. Ganz zu schweigen von den zahlreichen Zusatzqualifikationen und Fortbildungen. Wenn Pflegekräfte zu erzählen beginnen, ist das – vor allem für Außenstehende – hochinteressant, manchmal bedrückend, aber oft auch faszinierend. Denn kaum einer ist, neben den Angehörigen, tagtäglich so nah an den Menschen dran! Man hört Geschichten, die in keinem Buch und in keiner Zeitung stehen! Da begegnet man Persönlichkeiten, die Großartiges geleistet haben, da begegnet man Intellektuellen, Handwerkern, Weltenbummlern und Frauen, die nach dem 2. Weltkrieg Deutschland mit aufgebaut haben, und in der außerklinischen Intensivpflege jungen Menschen, die aus ihrem Leben, Beatmung hin oder her, so viel wie möglich herausholen möchten. Was ist doch die Pflege für ein spannender Beruf, der sich durch die wissenschaftlichen Erkenntnisse ständig erneuert. Und dieses Fachwissen ist im Alltag wichtig – für jeden! Nicht nur das macht den Pflegeberuf so spannend und erfüllend. Vor allem gibt er einem immer wieder das Gefühl, was noch alles möglich ist, trotz Alter, Krankheit oder Behinderung. Darüber gilt es zu sprechen und der Gesellschaft vor Augen zu führen, wie viele Menschen durch uns Pflegekräfte in Grenzsituationen aufgefangen und unterstützt werden. Und viele können nach einer gewissen Zeit wieder auf eigenen Beinen stehen. Auch dies sollte man bedenken.

Ich kann nur jede Pflegekraft dazu auffordern, tagtäglich und allerorts darüber zu berichten, wie erfüllend diese Arbeit ist. Gleichzeitig müssen wir für eine bessere Bezahlung der Pflege kämpfen, so wie es uns andere Berufsgruppen vormachen. Jeder muss seinen Beitrag dazu leisten, das Ansehen des Pflegeberufs zu erhöhen, indem er zeigt, was er tut. In anderen europäischen Ländern kennt jeder Nachbar die Krankenschwester/den Krankenpfleger in seiner Nähe. Die Pflegekraft ist wichtig und hoch angesehen. Nicht so in Deutschland! Unsere Bescheidenheit und Passivität kehrt sich gegen uns. Wir müssen endlich aktiv werden und es selbst in die Hand nehmen, wie wir gesehen und wertgeschätzt werden. Nehmen wir uns ein Beispiel an anderen Berufsgruppen, die nie vernünftige Arbeitsbedingungen und eine angemessene Bezahlung erreicht hätten, wären sie nicht geschlossen aufgetreten, um für ihre Interessen zu kämpfen.

Lasst uns mit Stolz zeigen, was unsere Arbeit wert ist!

Christoph Jaschke

OXYCARE GmbH

Sauerstoff • Beatmungstechnik

Fon 04 21 - 48 99 6-6 Fax 04 21 - 48 99 6-99

Alle Therapiegeräte dieser Anzeige sind verordnungsfähig!
Schicken Sie uns Ihr Rezept, wir erledigen alles Weitere - bundesweit!

Beatmung mit speziellen Modi

prisma VENT40/VENT50

NEU: prisma VENT mit COPD-Modi

- AT-C: AirTrap Control gegen Lungenüberblähungen (Intrinsic PEEP) insb. bei COPD
- Exspiratorische Druckrampe, Wirkprinzip ähnlich der sog. „Lippenbremse"
- LIAM: Lung Insufflation Assist Maneuver (VENT50)

BiPAP A40 Silver Series

Mit Modus AVAPS-AE, mit automatischer Anpassung des EPAP

TRENDvent physio AMT + AP

Mit integrierter Physiotherapie AMT (AtemMuskel-Training) und AP (AtelektasenProphylaxe), erleichtert das Weaning.

Nasaler High-Flow

auch ambulant, Homecare und leihweise

MyAirvo2 mit Optiflow+

Auch bei **Lungenentzündung.** Sauerstoffbeimischung möglich, mit Pädiatrie-Modus

Absaugung

ASSKEA / Clario VacuAide 7314

Saugleistung bis 30 l/min, auch mit Akku

Thromboseprophylaxe

A-V Impulse System

Löst einen Kompressionsimpuls auf den venösen Plexus (Fuß oder Hand) aus. Effekt wie beim Gehen, nur wesentlich stärker. Dadurch Verbesserung von Blut-/ und Lymphfluss auch im Liegen.

Nach den S2/S3 Leitlinien der DGP als Intermittierende (Apparative) Pneumatische Kompression (IPK / AIK).

Bundesweiter Service:

- Schnelle Patientenversorgung
- 24h technischer Notdienst

Preisänderungen / Druckfehler vorbehalten - Abb. können abweichen

* zzgl. MwSt.

Asthma Bronchitis COPD Migräne
THERAPIEGERÄTE
Schlafapnoe Herzschwäche Wunde
Neuromuskulär Krebs

Atemtherapiegeräte + Inhalation

IPPB Alpha 3er-Serie + PSI

IPPB Atemtherapie mit Inhalation: PSI

Intermittend **P**ositive **P**ressure **B**reathing
- Prä- und postoperatives Atemtraining
- Einstellbarer Exspirationswiderstand (Lippenbremse, Intrinsic PEEP, Air Trapping)
- **PSI = P**ressure **S**upport **I**nhalation, dadurch Erhöhung der Medikamentendeposition

m-neb pressure+ Membranvernebler

- Inhalation atemzuggesteuert oder mit Dauerflow
- Maximaler Wirkungsgrad durch ideale Tröpfchengröße durch Mesh-Verneblung
- Durch Atemzugsteuerung weniger Medikamentenverbrauch z.B. bei ICS (Inhalative Kortikosteroide) somit weniger systemische Nebenwirkungen

Mesh-Inhalation auch atemzuggesteuert, invasiv, non-invasiv, HomeCare

Sekretolyse

VibraVest

4.200,00 € *

Methode HFCWO (High Frequency Chest Wall Oscillation) ohne den Thorax einzuengen.
Für Kinder und Erwachsene, in 6 Größen erhältlich.

Hustenassistent:

mit Vibrationsmodus, für Kinder und Erwachsene

- **Pulsar Cough 700** *Neues Modell*
- **Cough Assist E70** von Philips Respironics

GeloMuc/Flutter/RespiPro
PowerBreathe Medic
Quake/RC-Cornet
PersonalBest - Peak-Flow-Meter

Mobilität

Rollstuhl FreedomChair A08

der faltbare, elektrische Rollstuhl

- Gewicht nur 23,5 kg
- Geschwindigkeit 6 km/h
- Bedienung mit Joystick
- Bis zu 3 Akku gleichzeitig möglich (15-45 km Reichweite)

LIMBO Dusch- und Badeschutz

- wiederverwendbar, langlebig
- hochwertige Materialien und Verarbeitung

Anwendung: Verbände, Gips, Wunden, Tape

Shop ab 13,50 €

OXYCARE GmbH · Holzweide 6 · 28307 Bremen
FON 0421-48 996-6 · FAX 0421-48 996-99 · E-MAIL ocinf@oxycare.eu
www.oxycare-gmbh.de Shop www.oxycare.eu

Wie schätzen Pflegekräfte das gesellschaftliche Image ihres Berufs ein und was hat das mit dem Pflegekräftemangel zu tun?

Ergebnisse einer Umfrage unter examinierten Pflegekräften in der außerklinischen Intensivpflege

Der demographische Wandel und die Fortschritte der Medizin führen zu einer immer älter werdenden Gesellschaft und einer steigenden Lebenserwartung auch schwer kranker Menschen. Die Lebenserwartung und Lebensqualität älterer und kranker Menschen hängen jedoch in vielen Fällen maßgeblich von qualifizierter, fachpflegerischer Versorgung ab. Auch die außerklinische Intensivpflege ist auf hoch qualifizierte, erfahrene und eigenverantwortlich arbeitende Fachkräfte angewiesen [1]. Eine hohe Zahl an Krankheitstagen und Berufswechsler*innen führt jedoch zu einer zunehmenden Verknappung qualifizierter Arbeitskraft und gefährdet somit die adäquate Versorgung von Pflegebedürftigen [2] auch in der außerklinischen Intensivpflege [3].

Die Pflege wird als Beruf angesehen, der mit gesundheitlichen Belastungen einhergeht [2]. Psychische Erkrankungen sind hierbei, nach Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems, für die höchste Anzahl an Krankheitstagen verantwortlich [4]. In diesem Zusammenhang wird vor allem das Thema Burnout in Literatur und Praxis breit diskutiert. Mangels eigener ICD-Ziffer kann die genaue Prävalenz nur geschätzt werden. Meyer and Meschede [4] vermuteten, dass in 2015 unter den gesetzlich versicherten Deutschen 3.000.000 Fehltage durch Krankschreibungen aufgrund von Burnout zu verzeichnen waren. Heinen et al. [5] berichteten über eine hohe Belastung durch Burnout bei 30% einer Stichprobe deutscher Pflegekräfte. In Bereichen mit hohen emotionalen und / oder kognitiven Belastungen wurden in früheren Studien jedoch auch bis zu über 60% der Pflegekräfte als von Burnout betroffen beschrieben [6]. Leitsymptom des Burnoutsyndroms ist ein emotionaler und physischer Erschöpfungszustand, der durch chronische Stressbelastungen verursacht wird. Im Bereich der Pflege gibt es vielfältige Stressoren, wie zum Beispiel die Konfrontation mit Krankheit und Sterben [6], aber auch das Arbeiten unter chronischem Zeitdruck [2]. Neben krankheitsbedingten Fehltagen und dem Leidensdruck, den Burnoutsymptome für die Betroffenen verursachen, wurde Burnout im Bereich der Pflege z.B. auch mit einer erhöhten Rate nosokomialer Infektionen in Verbindung gebracht [7]. Zudem ist Burnout stark mit dem Wunsch Pflegender nach einem Berufswechsel assoziiert [5].

Auch der Wunsch nach einem Wechsel des Berufes ist unter professionell Pflegenden weit verbreitet. Frühere Studien zeigten, dass etwa 18% der Pflegenden die Absicht äußerten, den Pflegeberuf zu verlassen. Vor allem ältere und hoch qualifizierte jüngere Pflegende scheinen den Ausstieg aus dem Beruf häufiger zu erwägen [2, 5]. Auch männliche Pflegekräfte berichten häufiger, den Beruf wechseln zu wollen. Günstig auf den Willen zum Verbleib im Beruf wirken sich oftmals Faktoren aus wie die Möglichkeit zur betrieblichen Mitbestimmung, ein unterstützendes Arbeitsumfeld und die Vereinbarkeit von Beruf und Familie [5].

Ein weiterer Faktor, der in der Vergangenheit als belastend für Pflegekräfte diskutiert wurde, ist das gesellschaftliche Image des Pflegeberufs bzw. Pflegender. Die Pflegeprofession wird in Umfragen immer wieder als einer der Berufe genannt, denen die Gesellschaft am meisten Achtung und Vertrauen entgegen bringt. Gleichzeitig aber scheint die Mehrheit der Gesellschaft den essentiellen Beitrag professionell Pflegender zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung kaum wahrzunehmen. Auch dass Pflegende ein hohes Maß an Fachkompetenz, sehr spezifischem Fachwissen sowie fachlicher Autonomie benötigen scheint vielen Menschen nicht bewusst zu sein. Eher wird davon ausgegangen, dass ein hohes Maß an Fürsorglichkeit und Altruismus für gute professionelle Pflege genügt. So werden Pflegekräfte oft als die fürsorglichen (weiblichen) Handlanger*innen der kompetenten (männlichen) Ärzteschaft gesehen und auch in den Medien gerne so dargestellt [8]. Auch in öffentlichkeitswirksamen Aktionen zur Rekrutierung und Imageaufwertung werden Pflegende allzu oft als Held*innen oder Engel gezeigt, die, die Hände ihrer Patient*innen haltend, in die Kamera lächeln. Dass professionelle Pflege auf dem von uns gewohnten hohen professionellen Standard nur durch eine profunde fachliche Ausbildung und konsequente Spezialisierung und Weiterbildung möglich ist, vermitteln diese Kampagnen jedoch nicht [9].

Durch die gesamtgesellschaftliche Relevanz des Pflegekräftemangels gab es in der Vergangenheit zahlreiche, auch groß angelegte Studien, die sich mit den möglichen Gründen beschäftigt haben. Dort wurden Stichproben aus verschiedenen Arbeitsbereichen, wie z.B. Krankenhäuser, Altenpflegeheime und ambulante Pflege untersucht [z.B. 5, 10]. Die außerklinische Intensivpflege ist jedoch ein vergleichsweise junges und kleines Arbeitsfeld und fand daher in der Vergangenheit kaum explizit Berück-

sichtigung. Sie ist zudem ein Arbeitsbereich, der besonders hohe Ansprüche an Qualifikation, Erfahrung und die selbstbestimmte Arbeitsweise der Pflegekräfte stellt und in dem die Pflegenden ein hohes Maß an Verantwortung für ihre schwer kranken und technologieabhängigen Patient*innen tragen [1]. Damit steht die außerklinische Intensivpflege in starkem Kontrast zu dem oben beschriebenen Image von Pflegenden in der Gesellschaft. Bisher wurde noch kaum zu der Frage geforscht, wie sich das gesellschaftliche Image der Pflege auf die Gesundheit Pflegender und die Bindung zum Beruf auswirkt. Im Nachfolgenden werden einige Ergebnisse der Studie vorgestellt, die ich im Rahmen meiner Masterarbeit durchführte [11], und in der diese Fragen näher beleuchtet wurden.

Ergebnisse der Studie

Im Rahmen dieser Studie wurden mittels eines Online-Fragebogens 51 weibliche und 19 männliche in Vollzeit in der außerklinischen Intensivpflege tätige examinierte Pflegekräfte unter anderem dazu befragt, wie sie das gesellschaftliche Image der Pflege einschätzen. Dazu wurde die Variable Image nach den Dimensionen Warmherzigkeit (als Indikator für gesellschaftliche Sympathie) und Kompetenz (als Indikator für gesellschaftlichen Respekt und Status) differenziert. Warmherzigkeit bezieht sich hierbei darauf, für wie sympathisch und vertrauenswürdig wir einen Menschen halten. Kompetenz kann als wahrgenommene Autonomie sowie Durchsetzungs- und Leistungsfähigkeit eines Menschen verstanden werden. Es besteht ein enger Zusammenhang zwischen wahrgenommener Kompetenz und dem sozialen Status eines Menschen. Die Bewertung der Warmherzigkeit eines Menschen ist ausschlaggebend dafür, ob wir diesen Menschen sympathisch finden [12]. Des Weiteren bewerteten die Teilnehmer*innen die subjektive Belastung durch Burnout, operationalisiert als Fragen nach dem Erleben emotionaler und körperlicher Erschöpfung, und gaben an, wie stark sie im vergangenen Jahr über einen Berufswechsel nachdachten [10].

Im Mittel waren die Befragten 43,1 Jahre alt, hatten 16,8 Jahre Berufserfahrung und arbeiteten seit 3,8 Jahren an ihrem derzeitigen Arbeitsplatz. 44 Personen arbeiteten in der 1:1 Pflege, 11 in einer Wohngemeinschaft für Intensivpflege und 14 in beiden Versorgungsformen.

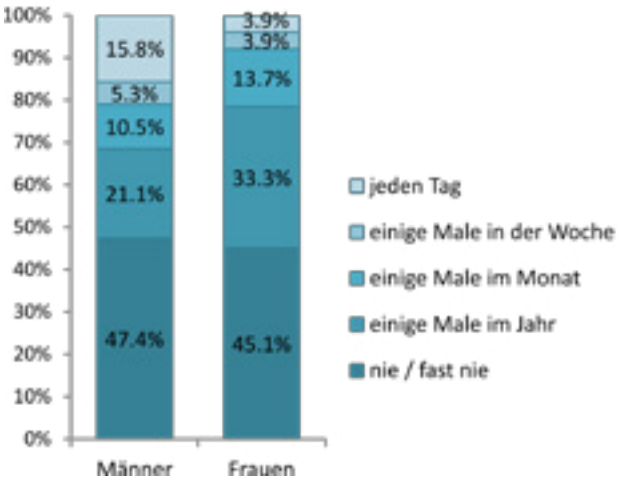
Burnout

Der Mittelwert für Burnout betrug in der Stichprobe 2,9. Der Wert von 1 steht hier für die Antwort „nie / fast nie“ auf Fragen wie „Wie häufig denken Sie: ‚Ich kann nicht mehr.‘?“ oder „Wie häufig fühlen Sie sich schwach und krankheitsanfällig?“. Der Wert 5 steht für die Antwort „immer“. Ein Wert von 3 gibt an, dass man sich manchmal erschöpft fühlt. 52,9% der Befragten erreichten einen Wert von 3 oder mehr, was auf eine deutliche Belastung dieser Gruppe schließen lässt. Es gab keinen nennenswerten Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Befragten.

Nachdenken über einen Berufswechsel

Die Intensität des Nachdenkens über einen Berufswechsel wurde durch die Frage „Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht, Ihren Pflegeberuf aufzugeben und eine andere berufliche Tätigkeit zu beginnen?“ erfasst. Dabei wird davon ausgegangen, dass es bei denjenigen, die oft über einen Berufswechsel nachdenken, also mindestens einige Male pro Monat oder Woche oder sogar täglich, der Wunsch nach einem Berufswechsel stark ausgeprägt ist [10]. Während 21,5% der weiblichen Pflegekräfte angaben, oft über einen Berufswechsel nachzudenken, traf dies mit 31,6% auf einen deutlich größeren Teil der männlichen Stichprobe zu.

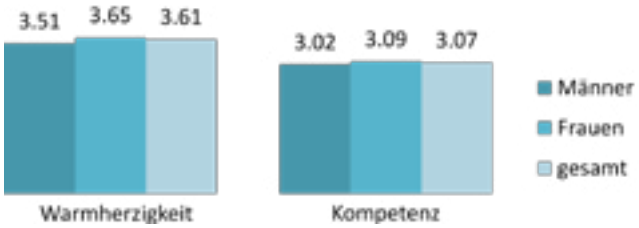
Wie oft im Laufe der letzten 12 Monate haben Sie daran gedacht, Ihren Pflegeberuf aufzugeben und eine andere berufliche Tätigkeit zu beginnen?



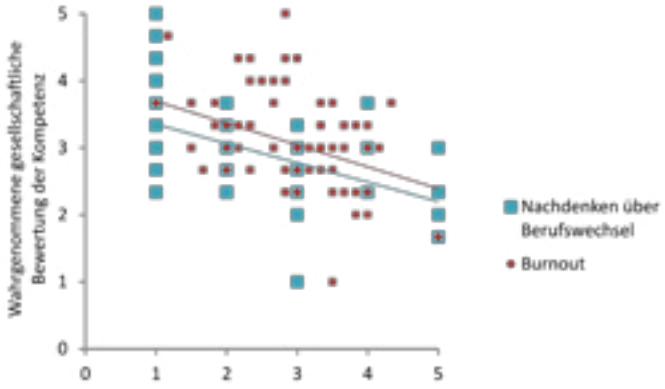
Der Zusammenhang des gesellschaftlichen Images mit Burnout und Gedanken an Berufswechsel

Im Durchschnitt wurde das gesellschaftliche Image Pflegender bezüglich der Dimension Warmherzigkeit auf einer Skala von 1-5 mit 3,61 bewertet, während Kompetenz mit 3,07 bewertet wurde.

Bitte geben Sie auf einer Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 5 (voll und ganz) an, wie Pflegefachkräfte von den meisten Menschen eingeschätzt werden.



Der Unterschied liegt in einem nominell niedrigen Bereich, ist jedoch statistisch signifikant. Eine Korrelation von wahrgenommener Bewertung der Warmherzigkeit mit Burnout und Gedanken an Berufswechsel wurde nicht gefunden. Jedoch zeigte sich ein signifikanter und



Korrelation von wahrgenommener gesellschaftlicher Bewertung der Kompetenz mit Burnout und Gedanken an Berufswechsel

ausgeprägter Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen gesellschaftlichen Bewertung der Kompetenz und den Variablen Burnout sowie dem Nachdenken über einen Berufswechsel. Das heißt, je geringer die Befragten die Bewertung der Kompetenz durch die Gesellschaft einschätzten, desto stärker waren sie belastet durch Burnoutsymptome und desto häufiger dachten sie über einen Berufswechsel nach. Zudem konnte ein Zusammenhang von Burnout und dem Nachdenken über einen Berufswechsel festgestellt werden. Die Daten weisen außerdem darauf hin, dass der Zusammenhang von wahrgenommener gesellschaftlicher Bewertung der Kompetenz und Nachdenken über einen Berufswechsel sich zum Teil durch den negativen Einfluss von ersterem auf Burnout erklären lassen. Daher muss davon ausgegangen werden, dass sich ein wahrgenommener Mangel an gesellschaftlichem Respekt für den Pflegeberuf negativ auf die Gesundheit Pflegender auswirkt. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass Anerkennung und Respekt menschliche Grundbedürfnisse darstellen und ein Mangel dessen Stress, und damit gesundheitliche Belastungen, verursacht [13]. Des Weiteren deuten die vorliegenden Daten darauf hin, dass sowohl gesundheitliche Belastungen als auch das Streben nach einem höheren Status in der Gesellschaft dazu führen, dass so viele Pflegende einen Berufswechsel in Betracht ziehen. Letzteres erklärt auch, warum ein größerer Anteil der männlichen Studienteilnehmer oft über einen Berufswechsel nachdenkt. Männer haben tendenziell einen höheren gesellschaftlichen Status als Frauen, und die Arbeit in der Pflege, als typischem Frauenberuf mit eher niedrigem sozialem Status, kann daher einen Statusverlust bedeuten [14].

Implikationen für Unternehmenskultur und Außenkommunikation

Um Pflegende in ihrem Beruf halten zu können, ist es notwendig, ihre Gesundheit zu erhalten. Untersuchungen haben gezeigt, dass Maßnahmen zur Burnoutprävention dann am wirksamsten sind, wenn sie sowohl individuelle Ressourcen fördern, als auch die Arbeitsbedingungen verbessern. Individuelle Ressourcen können beispielsweise das Erlernen und regelmäßige Praktizieren von Entspannungstechniken und soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kolleg*innen sein. Förderliche Arbeitsbedingungen sind beispielsweise eine wahrgenommene Balance zwischen erbrachter Leistung und erhaltener Entlohnung, auch in Form von Anerkennung und Respekt, sowie angemessene Möglichkeiten zur selbstbestimmten Arbeitsweise, z.B. in Bezug auf die Gestaltung von Arbeitsabläufen und den Einsatz von zeitlichen und materiellen Ressourcen, die benötigt werden, um ein bestimmtes Arbeitsziel zu erreichen [15].

Frühere Studien haben gezeigt, dass Einschätzungen des eigenen Status sehr akkurat den tatsächlichen eigenen Status in der Gesellschaft widerspiegeln [13]. Zudem stehen die hier gefundenen Bewertungen des Images im Einklang mit den Ergebnissen früherer Studien, die durch die Befragung verschiedener gesellschaftlicher Gruppen zu dem Ergebnis kamen, dass Pflegekräfte für vertrauenswürdig und warmherzig gehalten, aber professionelle Kompetenz und Autonomie als gering ausgeprägt eingeschätzt werden [16]. In einer Profession, der eher mangelnder gesellschaftlicher Respekt entgegengebracht wird, erscheint es umso wichtiger, dass innerhalb des Unternehmens eine wertschätzende Grundhaltung sowie eine bewusste Wahrnehmung individueller Leistungen und Kompetenzen kultiviert wird. Dies betrifft auch Interessengruppen außerhalb des Pflegeberufs, wie Ärzt*innen, Provider sowie Patient*innen und deren Angehörige, mit denen Pflegende in regelmäßiger Interaktion stehen.

Zudem müssen gesellschaftliche Wahrnehmungen der Kompetenz der Pflegeprofession, und damit zusammenhängend, der entgegengebrachte Respekt, verbessert werden. Kampagnen zur Imageaufwertung und Rekrutierung sollten es daher vermeiden, die Dimension Warmherzigkeit zu Ungunsten der Dimension Kompetenz zu stark zu betonen. Z.B. erscheint die Darstellung einer konzentriert arbeitenden Pflegekraft in einem hochtechnologisierten Setting, wie es die außerklinische Intensivpflege ist, sinnvoller, als die Darstellung der Pflegekraft als blond gelocktem, lächelndem Engel. Suzanne Gordon [9] schreibt hierzu: „In 2010, as [...] governments and private payers try to cut back on nursing care, nursing really does need a new image [...]. This means risking moving away from the comfortable image of the sweet and kind nurse and telling the world what nurses really know and what they really do.” (S. 404). Auf Basis der vorliegenden Daten kann jedoch argumentiert werden, dass das Risiko, als weniger warmherzig wahrgenommen zu werden, in Kauf genommen werden kann, da sich kein Zusammenhang zwischen wahrgenommener gesellschaftlicher Bewertung der Warmherzigkeit und Belastung durch Burnout sowie Nachdenken über einen Berufswechsel fand.

Gordon [9] betonte auch, dass eine realistischere Wahrnehmung des essentiellen Beitrags, den professionell Pflegende zu einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung sowie einer besseren Lebenserwartung und -qualität Pflegebedürftiger leisten, nötig ist, damit die

Gesellschaft bereit dazu ist, die nötigen finanziellen Ressourcen für die Pflege bereitzustellen. Dies betrifft auch das Niveau der Gehälter. Wenn die Pflegeprofession konkurrenzfähig im Wettbewerb um leistungsfähige Arbeitskräfte sein möchte, muss ein angemessenes Gehalt gezahlt werden, auch um den gesellschaftlichen Status des Berufes zu verbessern. Jedoch verdienen Pflegekräfte weit weniger als Fachkräfte mit vergleichbarem Qualifikationslevel in typischen Männerberufen [17].

Fazit

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen nahe, dass ein gesellschaftliches Image von Pflegekräften, das Vertrauenswürdigkeit und Sympathie betont, aber gleichzeitig professionelle Kompetenz und Autonomie als eher schwach ausgeprägt darstellt, in Zusammenhang mit gesundheitlichen Belastungen durch Burnout und einem verstärkten Nachdenken über ein Ausscheiden aus dem Pflegeberuf steht. Vor dem Hintergrund des Pflegekräftemangels ist es jedoch essentiell, die Gesundheit professionell Pflegender und deren Verbleib im Beruf zu fördern. Daher wird geschlussfolgert, dass gesellschaftliche Einschätzungen der Kompetenz professionell Pflegender und der damit verbundene Respekt für die Angehörigen der Profession verbessert werden müssen. Öffentlichkeitswirksame Darstellungen Pflegender sollten daher eher nötige Fachqualifikationen und mit Leistungsfähigkeit assoziierte Eigenschaften betonen, anstatt sich vornehmlich auf Vertrauenswürdigkeit und Selbstlosigkeit zu konzentrieren und so ein einseitiges, unrealistisches Bild Pflegender zu vermitteln. Dadurch könnte der Pflegeberuf auch für Männer attraktiver werden [14].

Die Gesellschaft muss verstehen lernen, dass es für professionell Pflegende nicht ausreicht, fürsorglich und freundlich zu sein, sondern dass spezifische fachliche Qualifikationen die Basis für kompetentes pflegerisches Handeln darstellen [9]. Qualifizierte Arbeit wiederum muss entsprechend entlohnt werden, sowohl finanziell als auch durch angemessenen Respekt. Der Gesellschaft muss ein realistisches Bild der Anforderungen an die Pflegenden vermittelt werden. Dies ist sowohl Aufgabe von Politik, Medien und Berufsverbänden als auch jeder einzelnen Pflegekraft.

Die Ergebnisse dieser Querschnittsstudie wird die Autorin **Regina König**, M. Sc. International Management and Psychology, beim diesjährigen MAIK vorstellen. Als Ergotherapeutin ist sie vorrangig in der außerklinischen Beatmung bzw. Intensivversorgung im Therapiezentrum Köln-Nord tätig.

Literatur:

1. Hößl, I., Behr, T., & Jaschke, C. (2010). Motivation im Alltag - Der Mitarbeiter im Spannungsfeld zwischen gelebter und nicht gelebter Kultur. In P. Bechtel, D. Friedrich & A. Kerres (Hrsg.), Mitarbeitermotivation ist lernbar: Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen motivieren, führen und coachen (49-67). Berlin: Springer.

2. Hasselhorn, H.-M., & Müller, B. H. (2005). Arbeitsbelastung und -beanspruchung bei Pflegepersonal in Europa - Ergebnisse der NEXT-Studie. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Eds.), Fehlzeiten-Report 2004: Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen (pp. 21-47). Berlin: Springer.

3. Siefarth, T., Kübler, S., & Keller, C. (2017). Rahmenbedingungen. In C. Keller (Ed.), Fachpflege: klinische Intensivpflege (1-24). München: Elsevier.

4. Meyer, M., & Meschede, M. (2016). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2015. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Eds.), Fehlzeiten-Report 2016: Unternehmenskultur und Gesundheit - Herausforderungen und Chancen (pp. 251-454). Berlin, Heidelberg: Springer.

5. Heinen, M. M., van Achterberg, T., Schwendimann, R., Zander, B., Matthews, A., Kózka, M., ... Schoonhoven, L. (2013). Nurses' intention to leave their profession: A cross sectional observational study in 10 European countries. International Journal of Nursing Studies, 50, 174-184. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2012.09.019

6. Van der Schoot, E., Oginska, H., & Estryn-Behar, M. (2003). Burnout in the nursing profession in Europe. In H.-M. Hasselhorn, P. Tackenberg & B. H. Müller (Hrsg.), Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe (S. 53-57). Stockholm: National Institute for Working Life. Abgerufen von http://www.next.uni-wuppertal.de/EN/index.php?book-publication

7. Cimiotti, J. P., Aiken, L. H., Sloane, D. M., & Wu, E. S. (2012). Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection. American Journal of Infection Control, 40, 486-490. doi: 10.1016/j.ajic.2012.02.029

8. Hasselhorn, H.-M., Abt-Zegelin, A., Wittich, A., & Tackenberg, P. (2008). Image der Pflege in Deutschland. Die Schwester Der Pfleger, 5, 458-461. https://www.researchgate.net/publication/260592297_Image_der_Pflege_in_Deutschland

9. Gordon, S. (2010). Nursing needs a new image. International Nursing Review, 57, 403-404. doi: 10.1111/j.1466-7657.2010.00862.x

10. Hasselhorn, H.-M., Müller, B. H., Tackenberg, P., Kümmerling, A., & Simon, M. (2005). Berufsausstieg bei Pflegepersonal: Arbeitsbedingungen und beabsichtigter Berufsausstieg bei Pflegepersonal in Deutschland und Europa. Abgerufen von http://www.baua.de/cae/servlet/contentblob/699560/publicationFile/

11. König, R. (2017). The societal image of nurses and its impact on nurses' well-being and intentions to leave the profession. (Unveröffentlichte Masterarbeit). Hochschule Rhein-Waal, Kamp-Lintfort.

12. Fiske, S. T., Cuddy, A. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: competence and warmth respectively follow from perceived status and competition. Journal of Personality and Social Psychology, 82, 878-902. doi: 10.1037//0022-3514.82.6.878

13. Anderson, C., Hildreth, J. A. D., & Howland, L. (2015). Is the desire for status a fundamental human motive? A review of the empirical literature. Psychological Bulletin, 141, 574-601. doi: 10.1037/a0038781

14. Meadus, R. J. (2000). Men in nursing: barriers to recruitment. Nursing Forum, 35(3), 5-12. doi: 10.1111/j.1744-6198.2000.tb00998.x

15. Awa, W. L., Plaumann, M., & Walter, U. (2010). Burnout prevention: A review of intervention programs. Patient Education and Counseling, 78, 184-190. doi: 10.1016/j.pec.2009.04.008

16. Girvin, J., Jackson, D., & Hutchinson, M. (2016). Contemporary public perceptions of nursing: a systematic review and narrative synthesis of the international research evidence. Journal of Nursing Management, 24, 994-1006. doi: 10.1111/jonm .12413

17. Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe. (17. März 2017). Stellenwert der Frauenberufe verbessern. Abgerufen am 17. Juli 2017 von https://www.dbfk.de/de/

Kleinigkeiten des Alltags?! Sichtweisen von Menschen mit Langzeitbeatmung

Welche Perspektive haben Menschen mit Langzeitbeatmung (einschließlich involvierter Angehöriger) bezüglich der häuslichen Pflegesituation im Rahmen der 1:1 Versorgung? Dies war die Hauptfragestellung welche die Autorin im Rahmen eines Promotionsprojektes an der PTHV Vallendar untersucht hat. Ziel war es herauszufinden, wie die betroffenen Personen ihre Pflegesituation in der eigenen Häuslichkeit wahrnehmen. In diesem Beitrag werden die Hauptergebnisse (Kategorien) vorgestellt und eine wesentliche Nebenkategorie (Kleinigkeiten des Alltags) im Rahmen der Care-Ethik erläutert.

Einleitung

Wie kam es zu dieser Forschungsarbeit? Im Rahmen einer Masterarbeit wurde die Sichtweise von Pflegekräften in der außerklinischen Intensivpflege im häuslichen Setting erfasst (Gödecke/Kohlen 2013). Hier ist bei der Literaturrecherche aufgefallen, dass es zu diesem Zeitpunkt kaum deutschsprachige Studien gab, welche die Sichtweisen der beatmeten Menschen im Rahmen der 1:1 Versorgung aus pflegewissenschaftlicher Perspektive betrachten. In der englischsprachigen Literatur gibt es diesbezüglich eine größere Anzahl von Forschungsarbeiten (exemplarisch Lindahl 2010, Ballangrud et al. 2009). Das zugrundeliegende Gesundheitssystem ist aber nicht ohne weiteres auf Deutschland übertragbar. Im Rahmen steigender außerklinischer Versorgungssituationen (Dellweg et al. 2011) stellt sich die Frage, wie die Sichtweise der Hauptbetroffenen aussieht.

Methodik

Wie wurde vorgegangen? Nach einer Literaturrecherche insbesondere englischsprachiger Studien wurden 20 Menschen mit Beatmung (und teilweise involvierte Angehörige) mittels narrativer Interviews befragt. Fokus war die Beatmung in der eigenen Häuslichkeit, verbunden mit einer personellen 1:1 Betreuung. Die Teilnehmer/-innen hatten als Ursache der Beatmung vor allem neurologische Erkrankungen und waren sowohl invasiv als auch nichtinvasiv beatmet. In ihrer Biographie wurden teilweise wechselnde Beatmungsarten erlebt. Das Alter variierte zwischen 14 und 71 Jahren. Der Schwerpunkt lag auf erwachsenen Menschen. Die Beatmungsdauer reichte von 3 bis 54 Jahren, die tägliche Beatmungsdauer von 7 bis 24 Stunden. Befragt wurden 8 weibliche und 12 männliche Personen. Die Interviews dauerten in der Regel ca. 60 Minuten. Alle Interviews fanden in der häuslichen Umgebung der Betroffenen statt. Analysiert wurden die Daten anhand der Grounded Theory (Corbin/Strauss 1996). Technische Einflüsse wurden mit Hilfe der ANT (Akteur Netzwerk Theorie) von Latour (2007) fokussiert.

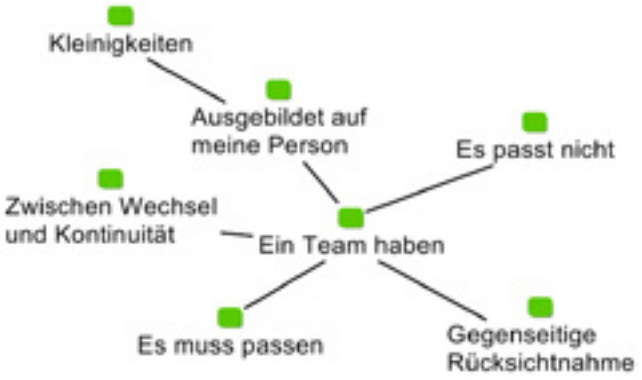
Alle Teilnehmer/-innen wurden vorab über Zielsetzung und Vorgehen des Forschungsvorhabens informiert. Anonymität, Freiwilligkeit der Teilnahme und Vertraulichkeit wurden in schriftlicher wie mündlicher Form zugesichert. Um der Vulnerabilität der Teilnehmer/-innen zu entsprechen, wurde zu Beginn der Forschung die Zustimmung einer Ethikkommission eingeholt.

Ergebnisse

Was sind die Hauptergebnisse? Die Kernkategorie lautet: „Mein Leben leben“. Das bedeutet, das zentrale Anliegen aller Teilnehmer/-innen ist die eigene Selbstbestimmung in der veränderten Lebenssituation zu erlangen. Es geht darum, selbst maßgeblich das eigene Leben zu gestalten und es sich nicht durch anwesendes Personal gestalten zu lassen. Die individuellen Wünsche der Betroffenen stehen hierbei im Vordergrund. Inwieweit der Wunsch nach Selbstbestimmung erreicht wird, ist individuell unterschiedlich.

Kategorie: Experte werden

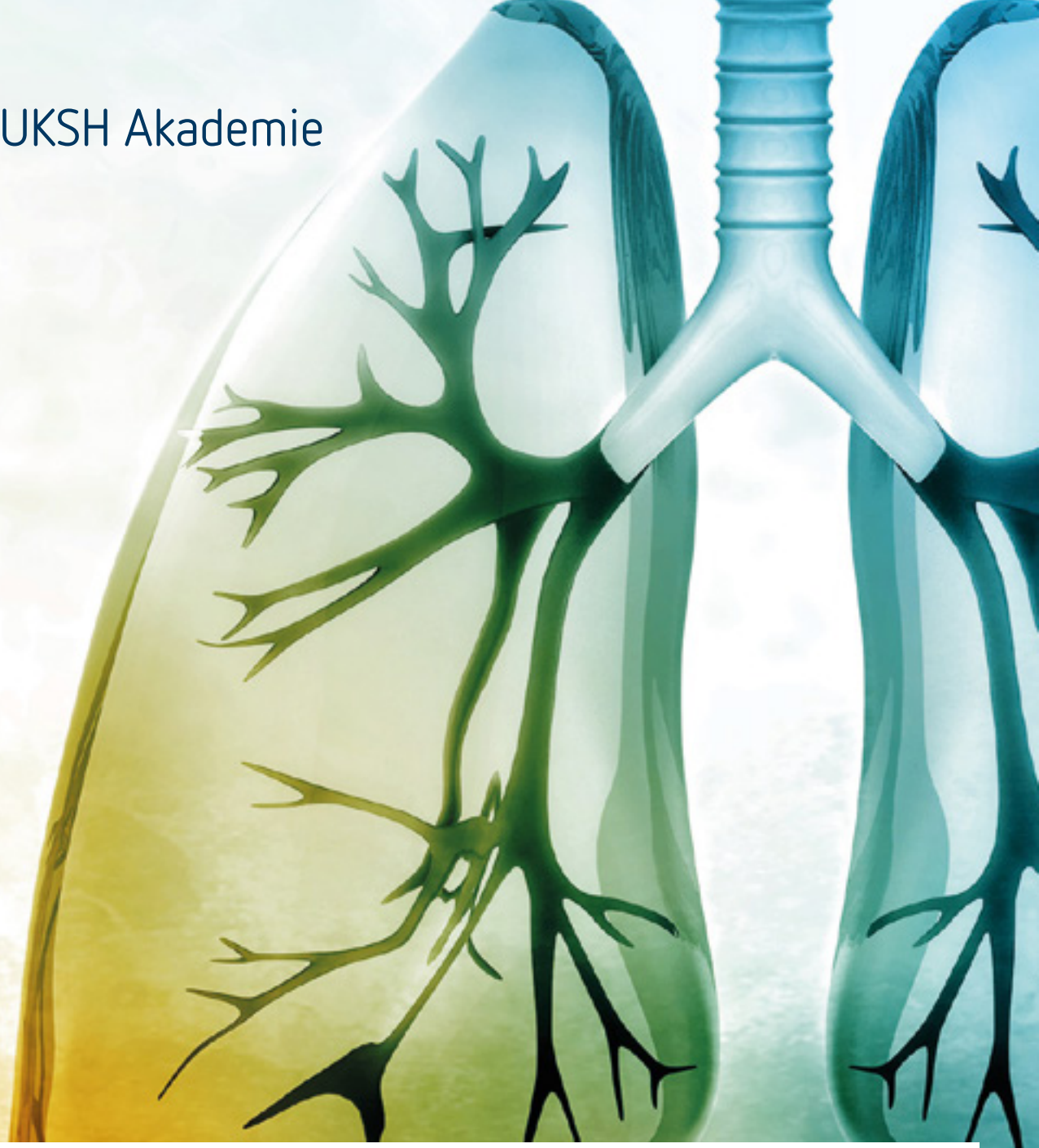
Die Betroffenen und ihre Angehörigen werden, je länger sie mit der Situation leben, zu Experten. Sie erlangen ein umfangreiches Körper-, Fach- und Beziehungswissen. Zum Experten zu werden, ist mit einem Lernprozess bzw. einem Prozess der Selbstbehauptung verbunden. Ausgangspunkt ist hier keine Ahnung zu haben. Das Erleben von vielfältigen Situationen, welche unterschiedlich mit Risiko verbunden sind, trägt zum Lernprozess bei. „Das ist auch eine Sache, die ich generell gelernt habe (…). Dass ich wirklich auf mich selbst höre, nicht auf das, was andere mir empfehlen oder mir nahe legen wollen.“ Die Betroffenen haben mit der Zeit viel Erfahrung damit, eine neue Person innerhalb des Teams einzuschätzen. Das Expertenwissen ist in besonderem Maße situativ geprägt. Das Erleben am eigenen Körper ist ein Kernelement der eigenen Expertise. „…bin ich diejenige, die am meisten Erfahrung mit mir und meinem Körper hat.“



Kategorie: Es ist immer jemand da

Damit konfrontiert zu sein, dass permanent eine Person

UKSH Akademie



Weiterbildung an der UKSH Akademie

Die Akademie des Universitätskliniums Schleswig-Holstein bietet Ihnen ein umfassendes, qualitativ hochwertiges Fort- und Weiterbildungsprogramm. Wir sind an beiden Standorten des UKSH, Kiel und Lübeck, vertreten.

Weitere Informationen zu uns und unserem Angebot finden Sie auf unserer Homepage:

www.uksh.de/Akademie

Weiterbildung Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung

Zertifizierter Lehrgang durch die DIGAB

Der Lehrgang richtet sich an Pflegende, die im außerklinischen Bereich tätig sind oder werden wollen. Er umfasst 50 Stunden theoretischen Unterricht und Praktika in der Versorgung von Beatmungspatienten im klinischen und außerklinischen Bereich von jeweils bis zu 40 Stunden (je nach Berufserfahrung).

Ausführliche Informationen zum Lehrgangsinhalt, Anmeldung und Kosten finden Sie unter:
www. uksh.de/Akademie_FuW oder | Telefon: 0431 500-92036 |

Bild © hywards - Fotolia.com

anwesend sein muss, hat die Konsequenz, sich mit der veränderten Situation arrangieren zu müssen. Die Betroffenen haben sich an das Personal gewöhnt. "Es ist halt einfach so, das gehört zu mir dazu. Und würd auch nicht anders gehen." Die involvierten Angehörigen schildern eher die Belastung durch die Anwesenheit der Pflegekräfte. Ihnen geht es um die Integration der Pflegekraft in das tägliche Leben. Die permanente Präsenz hat starke Auswirkungen auf die Privatsphäre, wie diese gestaltet und ausgehandelt wird. Die Anwesenheit einer weiteren Person hat wahrgenommene positive Effekte, wie unterwegs sein zu können und außerhäusliche Aktivitäten zu realisieren oder überhaupt zuhause sein zu können. Damit verbunden ist der positive Effekt, nicht mehr warten oder weniger warten zu müssen. Dies wird im Vergleich zu institutionellen oder klinischen Settings geschildert. Die permanente Präsenz hat die positive Auswirkung, dass jemand aufpasst und für die eigene Sicherheit insbesondere in Notfallsituationen sorgt. „Also, weil ich möchte ja auch, dass jemand darauf aufpasst, dass es mir gut geht." Grundvoraussetzung, um dauerhaft miteinander zurecht zu kommen, ist die Ausbildung von einer vertrauensvollen Beziehung. Vertrauen ist ein Kernelement, welches erst aufgebaut werden muss. Unsicher fühlen sich die Betroffenen, wenn sie die Pflegeperson wenig kennen oder mangelnde Qualifikation sichtbar wird, die vorher so nicht kommuniziert wurde.

Kategorie: Kommunizieren können

Die beatmeten Menschen konnten unterschiedlich gut verbal kommunizieren. Das Kommunikationsvermögen versetzt die Betroffenen in die Lage, sich besser zur Wehr setzen zu können oder Anweisungen zu geben. „Die meisten können ja auch nicht reden, dann durch die Kanüle durch. Ich habe mir das selbst ja antrainiert. Gott sei Dank klappt das gut." Es wird Dankbarkeit für die Fähigkeit, sich mitzuteilen, geäußert oder diesen Zustand wieder erreicht zu haben. Situationen zu erleben, in denen vorübergehend oder dauerhaft Kommunikationseinschränkungen erlebt wurden, sind damit verbunden, sich ausgeliefert zu fühlen. „Wenn ich den Filter drauf habe, kann ich nur flüstern. Dann müssen die Leute mich halt auch verstehen, wenn ich ohne Stimme spreche." Die Pflegekräfte (wie die Angehörigen) werden hier in starkem Maße als Übersetzungshelfer wahrgenommen, wenn es darum geht Mimik, Gestik oder weniger verständliche verbale Sprache zu verstehen.

Kategorie: Zwischen abhängig sein, etwas selber machen und bestimmen wollen

Obwohl das Ziel der Selbstbestimmung als Wunsch im Vordergrund steht, ist die Situation dadurch geprägt, vom Personal als auch vom Beatmungsgerät abhängig zu sein. Vielfach werden Situationen geschildert in denen es darum ging, sich gegen die Bevormundung oder Unflexibilität des Personals durchzusetzen. Die Probanden sehen sich davon abhängig, dass das Pflegepersonal gerne zu ihnen kommt, weil damit mehr Lebensfreude verbunden ist. Unterschiedliche Beatmungsarten sind hier mit unterschiedlich erlebter Freiheit verbunden, beispielsweise in Bezug auf notwendige personelle Unterstützung.

Gerade beatmete Menschen, die selbst Arbeitgeber sind, haben die zeitintensive Aufgabe, selbst für die permanente Personalabdeckung zu sorgen und Ersatz für Ausfälle zu organisieren. Die Selbständigkeit ist in hohem Maße durch technische Hilfsmittel möglich. Im Vordergrund steht in den Interviews hier die selbständige Nutzung des elektrischen Rollstuhls mit unterschiedlichster Ausstattung als auch der PC unter kreativer Einbindung diverser Hilfsmittel. Insgesamt besteht der Wunsch, auf Augenhöhe betreut zu werden.

Kategorie: Ein Team haben

Bei allen Betroffenen ist es Thema, dass der Wunsch nach Kontinuität von Teammitgliedern besteht. Das Team formiert sich, es bildet sich. Aber es kommt auch immer wieder in unterschiedlicher Ausprägung zu Personaländerungen. Die Betroffenen wie auch die Angehörigen sind hier stark in die Einarbeitung eingebunden. Hauptaussage der Interviewten ist, dass die Beziehung stimmen muss. Die Chemie muss stimmen. Die Betroffenen und die einbezogenen Angehörigen sind Experten in Sache Personalauswahl. Auch wenn ein Pflegedienst involviert ist, sehen sie sich selbst als Hauptarbeitgeber, der insbesondere maßgeblich bestimmt, wer in der eigenen Häuslichkeit arbeitet. Um die Beziehung zu gestalten, geht es um ein Geben und Nehmen. Beispielsweise sorgen die Betroffenen für angenehme Arbeitsbedingungen, und vom Pflegepersonal wird Spaß an der Arbeit erwartet. Wenn die Beziehung nicht stimmt, kommt es zu Streitigkeiten und zum Personalwechsel. Die Leitung des Pflegedienstes wird als wesentliche Person benannt, wenn es um die Sensibilität für Unstimmigkeiten geht. Die Pflegekräfte werden vor Ort auf die individuelle Situation der Betroffenen eingelernt.

Die Teilkategorie: Kleinigkeiten des Alltags

Im Zusammenleben mit einzelnen Personen des Teams geht es immer wieder um Kleinigkeiten. Diese Kleinigkeiten haben im Alltag einen hohen Stellenwert. Kleinigkeiten repräsentieren die individuellen Wünsche

der Betroffenen. Es geht beispielsweise darum, wie Transfers/Handgriffe gemacht werden, wie die Kleidung sitzt: „Wegen der Versteifung muss man halt links am Becken die Hose ein bisschen ziehen, damit die Naht nicht gerade auf der Seite... Sind so Kleinigkeiten“. Andere Wünsche beziehen sich auf die Vorgehensweise beim Absaugen oder wie jemand positioniert wird. Manche Kleinigkeit kann bei Nichtbeachtung zur Katastrophe werden, wenn beispielsweise das Wissen der Betroffenen nicht berücksichtigt wird. Sich gegenseitig zu kennen, bezieht diese Kleinigkeiten mit ein. Hilfreich ist es, wenn die Pflegeperson im Bedarfsfall auch in der Klinik anwesend sein kann, da dann die für den beatmeten Menschen persönlich wichtigen Handlungen auf der Grundlage einer vertrauensvollen Beziehung berücksichtigt werden können und zur Sicherheit beitragen.

Familie im Hintergrund

In Notfällen, z.B. bei Personalausfällen, die Familie im Hintergrund zu wissen ist eine Kernaussage in allen Interviews. Die Betroffenen schildern, dass sie ohne die Familie/Familienmitglieder heute nicht mehr leben würden. Die Familie stellt einen essentiellen Sicherheitsfaktor dar. „Und allein durch die Situation, dass meine Eltern dann das überbrückt haben, wenn die zwei Pflegedienste sagen ‚ja morgen komm ich nicht‘ oder ‚heute Nacht ist keiner da‘, das ist auch der einzige Grund, warum ich noch lebe.“ Von den Betroffenen werden hier auch Ablösungsprozesse von den Eltern geschildert, beispielsweise Situationen, in denen Pflegekräfte Aufgaben übernommen haben, welche vorher bei den Eltern lagen.

Diskussion

Das sich gegenseitig Kennen auf Vertrauensbasis hat einen hohen Stellenwert für alle Beteiligten. Es bezieht sich sowohl auf das Team als auch auf einzelne Teammitglieder. In jedem Team gibt es immer Personen, zu denen ein besonderes Vertrauensverhältnis besteht. Die Berücksichtigung der individuellen Kleinigkeiten des Alltags leistet einen hohen Beitrag zur vor Ort erlebten Lebensqualität. Hierbei ist es wesentlich, klinische Routinen zu hinterfragen, bevor diese unreflektiert in den häuslichen Alltag übertragen werden. Die alltäglichen Kleinigkeiten anzusprechen und durchzusetzen, wird als individueller Kampf beschrieben. Das Personal mit in der Klinik dabei zu haben bedeutet die Gewährleistung der individuellen Kleinigkeiten und kann maßgeblich zur Sicherheit der Betroffenen beitragen. Dies ist ein wesentlicher Aspekt, insbesondere wenn die Kommunikation eingeschränkt ist und Angehörige weniger involviert sind. Die Care-Ethik hat den Fokus insbesondere auf dem Beziehungsaspekt und der asymmetrischen Patient-Pflegekraftbeziehung (Conradi 2001). Vor dem Hintergrund der Care-Ethik bedeuten diese Ergebnisse, dass gute Pflege von Seiten der Pflegeperson eine Gratwanderung zwischen Bevormundung und Verantwortung ist (Conradi 2001). Das „vor Ort sein“ in der häuslichen Umgebung oder „being there“ (Baart/Vosman 2011:185) beinhaltet immer, den Beziehungsaspekt mit zu berücksichtigen. Mit einer guten Beziehung lassen sich die alltäglichen Notwendigkeiten besser bewältigen als wenn die Anliegen der jeweils anderen Person nicht wahrgenommen werden. Gute Pflege in diesem Sinne leistet damit einen Beitrag zur vor Ort erlebten Lebensqualität, indem z. B. der Wunsch nach Selbstbestimmung unterstützt wird. Gute Pflege beinhaltet auch die kreative Einbindung von Technik. Es gilt zu beachten, auf welche Weise bei Ortswechseln oder Unternehmungen die technische Ausstattung vom Pflegepersonal adaptiert werden muss. Die Wahrnehmung, inwieweit Pflegepraktiken von beiden Seiten (Betroffene und Personal) unter Einbezug der technischen Ausstattung als gut erlebt wird (Tronto 1993), erfasst der Begriff der „Aesthetischen Pflege“ (Pols 2016).

Fazit

Die Unterstützung der Selbständigkeit und Selbstbestimmung von Seiten des Personals hat einen hohen Stellenwert. Grundlegend für die häusliche Betreuung ist eine vertrauensvolle Beziehung, die auf Kontinuität und gegenseitigem Geben und Nehmen basiert.

Christiane Gödecke

Krankenschwester mit Fachweiterbildung Intensiv-Anästhesiepflege, Dipl. Pflegepädagogin (FH), MA Pflegewissenschaft, Promotion an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar

Literatur

Baart, Andries; Vosman, Frans (2011): Relationship based care and recognition Part one: sketching good care from the theory of presence and five entries. In: Leget, Carlo; Chris Gastman; Marian Verkerk (Ed.), Care, Compassion and Recognition Leuven, S. 183–200.

Ballangrud, Randi; Bogsti, Wenche Bergseth; Johansson, Inger Signe (2009): Clients‘ experiences of living at home with a mechanical ventilator. In: Journal of advanced nursing 65 (2), S. 425–434.

Conradi, Elisabeth (2001): Take care. Grundlagen einer Ethik der Achtsamkeit. Frankfurt/Main.

Dellweg, Dominic; Gerhard, F.; Hoehn, E.; Brambring, J.; Grimm, M.; Bick, S.; Laier-Groeneveld, G.; Siemon, K.; Rosseau, S.; Windisch, W. (2011): Statuserhebung von Pflegediensten für außerklinische Beatmung. Pneumologie 65 (11).

Gödecke, Christiane; Kohlen, Helen (2013): Ambulante Intensivpflege und Heimbeatmung. Wie erleben Pflegekräfte die häusliche Heimbeatmung? In: Pflege Zeitschrift 66 (4), S. 226–230.

Latour, Bruno (2007): Eine neue Soziologie für eine neue Gesellschaft. Einführung in die Akteur-Netzwerk-Theorie. Frankfurt/M.

Lindahl, Berit (2010): Patients‘ suggestions about how to make life at home easier when dependent on ventilator treatment--a secondary analysis. Scandinavian journal of caring sciences 24 (4).

Pols, Jeannette (2016): Good relations with technology: Empirical ethics and aesthetics in care. In: Nursing Philosophy. S. 1-7. DOI: 10.1111/nup.12154.

Tronto, Joan C. (1993): Moral boundaries. A political argument for an ethic of care. New York.

Was bedeutet die Pflegeberufereform für die Intensivpflege?

2020 kommt die neue Pflegeausbildung. Sie wurde lange in der Fachöffentlichkeit und Politik diskutiert; die Argumente der Befürworter und Gegner sind hinreichend bekannt. Die Reform wird ein Kompromiss zwischen Generalistik und den ehemals drei Berufsabschlüssen sein. Christine Keller, Gesundheits- und Krankenpflegerin, Lehrerin für Pflegeberufe und Buchautorin hat soeben gemeinsam mit Dr. Nicole Menche unter dem Vorzeichen der generalistischen Ausbildung eine dreibändige Lehrbuchreihe „PFLEGEN“ im Elsevier Verlag herausgebracht. Die GD-Redaktion führte mit Frau Keller hierüber ein Gespräch.

GD: Halten Sie eine generalistische Ausbildung für sinnvoll?

Keller: Ja, ich befürworte die Pflegereform, weil an Altem festhalten selten etwas zum Besseren verändert hat. Dies gilt vor allem im Gesundheitsbereich. Seit Jahren finden dort gravierende Umwälzungen statt. Da kann die Pflege doch nicht stillstehen! Die Stimmung innerhalb der Pflege ist in allen Bereichen seit Jahren schlecht, allerorts ist der Pflegenotstand spürbar und die Arbeitsbedingungen haben sich für Pflegekräfte merklich verschlechtert. Gemäß dem Motto “Ich weiß nicht, ob es besser wird, wenn es anders wird. Aber es muss anders werden, wenn es besser werden soll” von Georg Christoph Lichtenberg kann die Pflegeberufereform eine echte Chance für eine höhere Attraktivität des Pflegeberufs sowie bessere Berufs- und Aufstiegschancen sein, auch im Hinblick auf Professionalisierung und Vereinheitlichung. Was wäre alles möglich, gelänge es der größten Berufsgruppe im Gesundheitswesen endlich, mit einer Stimme zu sprechen! Ob sich diese Erwartungen tatsächlich erfüllen, wird man jedoch erst in einigen Jahren sagen können.

Ich bin der Meinung, dass die Zusammenführung des Alten- und Krankenpflegegesetzes besser auf die veränderten Herausforderungen in der Praxis vorbereitet. Übrigens sind die Krankenpflege- und die Kinderkrankenpflege schon jetzt in einem Gesetz geregelt und ein Großteil der Stunden – bis auf Differenzierungsstunden – sind schon gleich. Viele wissen das gar nicht.

Seit längerem findet bereits eine zunehmende “Vermischung” der bisherigen Berufsabschlüsse in der Praxis statt: So arbeiten Altenpflegekräfte im Krankenhaus, Kinderkrankenschwestern/-pfleger bei Erwachsenen oder Altenpflegekräfte in der außerklinischen Intensivpflege. So etwas war vor 10, 15 Jahren nahezu undenkbar. Es geht nicht darum, ob dies sinnvoll ist oder nicht, sondern es ist, wie es ist!

Auch auf Seiten der Patienten/Pflegekunden findet diese “Vermischung” statt, u.a. als Folge von strukturellen Notwendigkeiten und Personalmangel. So trifft man im Altenheim zunehmend jüngere Pflegekunden an, in Krankenhäusern liegen schon lange nicht mehr nur Akutpatienten, sondern auch chronisch kranke, multimorbide Menschen, und Demenz ist auch ein Thema in Krankenhäusern. In ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen geht es schon längst nicht mehr nur um eine pflegerische Grundversorgung und Alltagsbegleitung, in den letzten Jahren sind Tages- und Nachtpflegeeinrichtungen, alternative Wohnformen und Hospize hinzugekommen. Eine (Grund-)Ausbildung, die für die Pflege von Menschen jeden Alters qualifiziert, ist deshalb die logische Konsequenz dieser Entwicklung und absolut notwendig.

GD: Was wird auf die außerklinische Intensivpflege zukommen?

Keller: Die Ausbildung war und wird auch nach der Pflegeberufereform eine grundlegende Qualifizierung in einem Pflegeberuf sein. Auch bisher ist niemand dadurch für die außerklinische Intensivpflege oder andere pflegerische Spezialisierungsbereiche (z.B. Anästhesie, Intensiv, Hospiz, Onkologie) qualifiziert und wird es auch zukünftig nicht sein! Das bedeutet, dass sowohl für Berufseinsteiger als auch für Kollegen mit Berufserfahrung, die in die außerklinische Intensivpflege einsteigen möchten, eine gründliche und strukturierte Einarbeitung, einschließlich spezialisierter Weiterbildungen, unabdingbar ist. Ich bin immer wieder entsetzt, wenn ich höre, dass Kollegen schon nach ein oder zwei Einarbeitungstagen alleine für schwerstpflegebedürftigen und technologieabhängigen Patienten verantwortlich sind.

An die Pflegeberufereform muss ein System der Weiterqualifizierungen und Fachweiterbildungen gekoppelt und für die Intensivpflege angepasst werden. Inwieweit außerklinische Intensivpflegeeinrichtungen auch zukünftig Ausbildungsträger sein können, wird sich zeigen.

GD: Was bedeutet die Pflegeberufereform für Lehrende und müssen die Unterrichtsmaterialien angepasst werden?

Keller: Für die Schulen und Lehrenden wird die Um-

setzung unglaublich anspruchsvoll! Es ist bei Weitem nicht damit getan, die einzelnen Unterrichte „ein bisschen“ auf Kinder und alte Menschen auszudehnen, also inhaltlich anzupassen. Vor allem die organisatorischen Herausforderungen werden immens sein! Im neuen Pflegeberufegesetz sind u.a. sechs verschiedene Abschlussmöglichkeiten und zwei Jahre gemeinsame Ausbildung vorgesehen. Ich habe selbst 11 Jahre an Krankenpflegeschulen gearbeitet und weiß, wie differenziert und ausgeklügelt die theoretische und praktische Ausbildung jetzt schon ist. Viele Unterrichte werden von Dozenten übernommen, die z.B. als Ärzte oder Psychologen hauptberuflich andere Dinge tun und selten so verfügbar sind, wie es die Lehrpläne erfordern. In der praktischen Ausbildung müssen außerdem die für den jeweiligen Berufsabschluss notwendigen Praxiseinsätze gewährleistet werden, Praxisorte müssen in ausreichender Zahl die Auszubildenden aufnehmen und es muss dort Praxisanleiter geben. Kleinere Schulen sind durchaus besorgt, ob und wie sie die generalistische Ausbildung noch durchführen können. Ohne die Kooperation von Schulen und Lehrkräften wird es wohl nicht gehen!

Und dann sollen die Lehrenden auch noch pädagogische Prinzipien aufrechterhalten und die Auszubildenden bestmöglich auf die zukünftige Berufstätigkeit vorbereiten! Bis dato gibt es keine Ausbildungs- und Prüfungsordnung als Grundlage für Lehrpläne und Curricula, die in den Bundesländern von unterschiedlichen Stelle realisiert werden, an die dann die Lehrenden vor Ort ihre Unterrichte anpassen. Und dann gibt es noch die Träger der Ausbildungen, die sicherlich eigene Interessen verfolgen – die Finanzierung der Pflegeausbildung sorgte schon im Vorfeld für heftige Diskussionen!

Pflegende in der Praxis werden zukünftig eine noch wichtigere Rolle in der fachpraktischen Ausbildung spielen müssen. Denn Pflegepädagogen und Fachdozenten können im Unterricht nicht alle spezifischen Inhalte in gänzlicher Tiefe und Breite vermitteln. Bei der Erstellung der neuen Lehrbücher mussten wir dies vor allem in Band 3 „Gesundheits- und Krankheitslehre“ berücksichtigen. Wir Autoren konnten nicht alle Inhalte aus den Lehrbüchern für die Kinderkranken-, Kranken- und Altenpflege vereinen. Deshalb haben wir uns auf die typischen Krankheitsbilder und pflegerischen Themen bei Kindern, Erwachsenen und alten Menschen konzentriert. Zukünftige Aufgabe der Pflegenden in der Praxis wird es sein, ihr jeweiliges Fachgebiet im Hinblick auf die Ausbildung vorzustellen. Diese Erkenntnisse müssen im Laufe der Zeit in die Lehrbücher eingearbeitet werden und in die Weiterqualifizierung von Pflegefachfrauen und -männern – so wird die zukünftige Berufsbezeichnung – lauten, einfließen.

GD: Wir stehen also vor großen Herausforderungen! Frau Keller, wir danken Ihnen für das Gespräch.

4. BERLINER PFLEGEKONFERENZ
09. & 10.11. 2017 www.berliner-pflegekonferenz.de

Pflegeberatung bietet schnelle Unterstützung

Ein Pflegefall tritt meist plötzlich auf. Dann ergeben sich für Betroffene und Angehörige viele Fragen: Welche Anträge müssen gestellt werden, welcher ambulante Pflegedienst kommt in Betracht? Muss ggf. eine stationäre Pflegeeinrichtung gesucht werden? Die Pflegeberater bieten hier praktische Hilfestellungen und sind erste Ansprechpartner für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen.

Die Pflegeberater analysieren den Hilfebedarf, erstellen einen Versorgungsplan und oranisieren die Umsetzung. In komplexen Fällen führen sie ein Fallmanagement durch. Thomas Nöllen, Teamleiter Pflege bei spectrumK, Full-Service-Partner der gesetzlichen Krankenversicherung, konkretisiert: „Unsere Pflegeberater unterstützen bei der Vermittlung eines Pflegedienstes oder anderen Hilfsdiensten, geben Hinweise bei der Suche nach einer Pflegeeinrichtung oder helfen bei Widersprüchen, wenn der Antrag auf Pflegeleistungen abgelehnt wurde. Wenn die Hilfesuchenden in den eigenen vier Wänden verbleiben können, ist meist eine Wohnumfeldverbesserung erforderlich. Unsere Pflegeberater geben auch hier praktische Tipps.“

Um eine Pflegeberatung einzuleiten beauftragt die zuständige Pflegekasse spectrumK. Die Pflegeberater von spectrumK vereinbaren anschließend einen Termin mit den Hilfesuchenden. Sie klären wichtige Fragen, wie z. B., ob es bevollmächtigte Angehörige gibt und wer im Zweifel Entscheidungen treffen kann. Es wird ein individueller Versorgungsplan erstellt, der die Basis für den weiteren Pflegeprozess bildet. Die Pflegeberatung kann eine Schlüsselfunktion in der Versorgung der Hilfesuchenden sein. Die Pflegeberater sind Alten- oder Krankenpfleger bzw. Sozialversicherungsfachangestellte, die eine zertifizierte Weiterbildung absolviert haben.

spectrumK hat als Full-Service-Partner für die gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen ein Netzwerk von mehr als 700 Pflegeberatern aufgebaut. Über eine kostenlose Servicenummer ist spectrumK rund um die Uhr erreichbar, um eine Pflegeberatung in die Wege zu leiten. spectrumK ist darüber hinaus Initiator der **Berliner Pflegekonferenz**, die **am 9. und 10. November 2017** stattfindet.

Wie wirklich ist die Wirklichkeit – Einführung in die familienzentrierte Pflege (1)

Wie wirklich ist die Wirklichkeit, so lautet ein bekannter Buchtitel des Österreichers Paul Watzlawick. Mit dieser Frage bringt er die konstruktivistische Denkweise auf den Punkt, derzufolge es keine objektive Wirklichkeit gibt. Vielmehr ist alles, was jemand denkt, sagt, tut, seine Konstruktion, geprägt durch seinen ganz persönlichen Lebensweg. Diese Haltung muss gerade auch für Pflegekunden und ihre Familien gelten und ist somit die Basis einer wertschätzenden patienten- und familienzentrierten Pflege.

Fragt man Pflegefachkräfte, wie sie Pflegekunden und Angehörige in der außerklinischen Intensivpflege erleben, dann erhält man Antworten wie schwierig, hilflos, kritisch, fordernd, kontrollierend, unzufrieden, überfordert, aber auch dankbar, hilfsbereit oder motiviert. Diese Zuschreibungen werden oft mit Vehemenz gemacht und anhand von zahlreichen Beispielen begründet. Für Pflegekräfte steht es außer Frage, dass es nicht so ist, denn schließlich erlebt man Pflegekunden und Angehörige genauso. Eine erste Verunsicherung entsteht auf die Frage, ob alle Kollegen im Team dieselben Beschreibungen wählen würden. Dann wird deutlich, dass der eine oder andere ganz gut mit einem Familiensystem zurechtkommt, während es anderen Kollegen schwerer fällt. Es stellt sich also die Frage, wie wirklich objektiv sind unsere Wahrnehmungen und unsere vermeintliche Realität? Gibt es überhaupt eine Objektivität?

Konstruktivistisches Denken als Grundlage des menschlichen Miteinanders

Der Konstruktivismus ist eine Denkrichtung, die seit dem 20. Jahrhundert genau diesen Fragen nachgeht. Führende Vertreter der konstruktivistischen Denkweise sind Ernst von Glasersfeld, Heinz von Foerster, Humberto Maturana, Fransico Varela und Paul Watzlawick. Dabei geht es nicht explizit um die Frage, ob es eine Realität außerhalb unserer Wahrnehmung gibt oder nicht. Konstruktivisten bestreiten auch nicht eine Realität außerhalb von uns. Sie beschäftigen sich vielmehr mit der Frage, wie Vorstellungen von der Wirklichkeit beim Menschen entstehen (vgl. 1). Das lässt sich vereinfacht so erklären: Unsere Sinnesorgane nehmen Sinneseindrücke auf und leiten sie über das sensible Nervensystem ins Gehirn. Hier werden diese interpretiert und zu einem individuellen und subjektiven Sinneseindruck verarbeitet. Der ursprünglich neutrale Sinneseindruck erfährt so eine individuelle Bewertung. Was ein Mensch sieht, riecht, schmeckt, wie er Menschen und menschliches Verhalten beschreibt usw. ist demzufolge niemals ein objektives Abbild der Realität, es ist immer eine subjektive Interpretation. Und mit diesen Interpretationen „von der Welt“ richten Menschen dann die Aufmerksamkeit auf die Realität (Abb. 1).

Z. B., erwarte ich von Angehörigen, dass sie fordernd und kritisch sind, wenn ich es (subjektiv!) häufig so erlebt habe. Mein Blick wird auf diese „meine Realität“ gerichtet sein, während andere Eigenschaften wie z.B. Dankbarkeit oder Hilfsbereitschaft von meiner Wahrnehmung der Realität eher ausgeblendet werden.

Die Sache mit der **eigenen Wirklichkeit** lässt sich auch so beschreiben: Jeder Mensch hat seine eigene „Brille“ auf, die einen ganz individuellen Blick auf Menschen, Handlungen von Menschen usw. zulässt. Diese Brille hat sich im

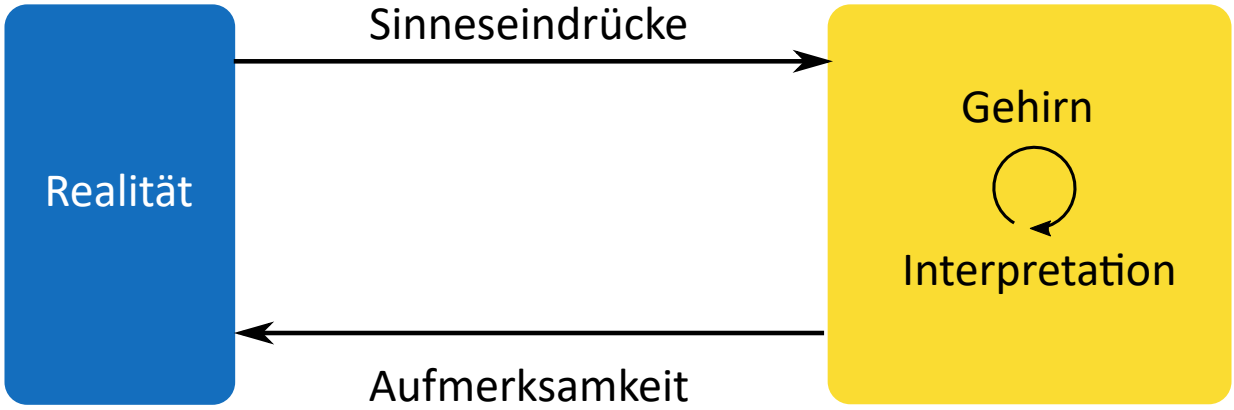


Abb. 1: Konstruktivistisches Modell der Wahrnehmung

Laufe des Lebens entwickelt. Zuerst durch die Erziehung unserer Eltern, durch die Kultur und Religion, in der wir aufgewachsen sind, durch Kindergarten, Schule, Freunde und Menschen, denen wir begegnet sind, durch positive und negative Lebensereignisse – diese persönliche Brille stellt einen Wahrnehmungsfilter dar, durch die nur ein subjektiver Blick auf die Welt möglich ist. Oder noch einfacher formuliert: Alles was ein Mensch wahrnimmt, sagt und tut, ist seine eigene Konstruktion. „Es ist ein folgenschwerer Schritt, wenn man die Konzepte, die man sich konstruierte, mit der Wirklichkeit verwechselt." (2) Heinz von Foerster formuliert es noch deutlicher: „Die Umwelt, so wie wir sie wahrnehmen, ist unsere Erfindung." (2)

Konstruktivistisches Denken als Basis in der außerklinischen Intensivpflege

Was hat das alles mit der außerklinischen Intensivpflege zu tun? Pflegekräften muss durch die konstruktivistische Denkweise – die übrigens auch die Grundlage der familienzentrierten Pflege bildet – klar werden, dass alles, was sie über Pflegekunden und Familienangehörige denken, wie sie deren Verhalten beurteilen, immer durch eine individuelle eigene Brille gesehen ist. Das gilt insbesondere auch in Konflikten, – egal ob beruflicher und privater Konflikt – in denen nicht selten beide Konfliktpartner vehement darauf beharren, dass sie jeweils recht haben. Da wird die eigene subjektive Wahrnehmung als objektive Wirklichkeit angesehen. Eine **konstruktivistische Grundhaltung** kann das menschliche Miteinander deutlich entspannen. Es ist nicht mehr notwendig, Menschen und deren Verhalten zu bewerten und sie in die berühmte Schublade zu stecken. Vielmehr kann man nun anerkennen, dass der Andere durch seine Brille gesehen, also aus seiner subjektiven Sicht, genauso recht hat. Das heißt natürlich nicht, dass ich den Anderen und sein Verhalten immer gut finden muss.

Dem einen oder anderen Leser mag sich nun folgende Frage stellen: Wenn es im Konstruktivismus keine objektive Wirklichkeit gibt, ist dann jegliches Verhalten von Menschen gerechtfertigt, indem immer mit seiner subjektiven Sicht der Dinge argumentiert wird? Soziale System, z.B. Familien, berufliche Teams oder die Gesellschaft geben sich Regeln, mit denen sie ihr Verhaltensrepertoire einschränken, durchschaubarer werden und dadurch das soziale Miteinander überhaupt erst möglich wird (vgl. 2). In unserer Gesellschaft ist das oberste Regelwerk die deutsche Verfassung und alle Gesetze. Im beruflichen Alltag regeln z.B. Versorgungs-, Arbeitsvertrag und Dienstanweisungen das Miteinander und schränken die Individualität des Einzelnen ein. In Teams gibt es zudem eine Vielzahl an informellen Regeln, z.B. die ablösende Pflegekraft kommt 15 Minuten früher zum Dienst für die Übergabe, damit der Diensthabende pünktlich gehen kann.

Konstruktivistisches Denken in die pflegerische Praxis umsetzen, unterschiedliche Sinngebungen erkennen

Wir geben jeder Situation und jedem Erleben eine bestimmte Bedeutung, z.B. gut oder schlecht, bedrohlich, herausfordernd, motivierend. Damit erhält das Geschehene einen ganz individuellen Sinn. Das gilt natürlich auch für Pflegekunden und ihre Angehörigen. Sind verschiedene Menschen an einer Situation beteiligt, so ist die Sinngebung durchaus sehr unterschiedlich – nicht selten können daraus manifeste Konflikte entstehen. Es ist entscheidend im Miteinander, die Bedeutung einer Situation für den Anderen zu erkennen, sich in seinen Bedeutungsrahmen zu begeben, seine Sichtweisen kennenzulernen, durch seine Brille zu blicken. Es ist notwendig, sich an die „innere Landkarte" des anderen anzuschließen. Dafür eignen sich Fragen:

- Welche Bedeutung hat das für Dich/Sie?
- Was macht die Situation mit Dir/Ihnen?
- Wie stellen Sie sich eine gute Zusammenarbeit vor?
- Welche Wichtigkeit hat das für Sie?
- Was regt Dich/Sie am allermeisten auf?
- Was denkst Du/denken Sie über die Entscheidung?
- Welche Bedeutung hat das Gespräch für Sie?
- Welche Erwartungen haben Sie?
- Was genau ist das Problem? Wann ist/war es am schlimmsten?
- Wie stark ist das Problem auf einer Skala von 1 – 10?
- Was macht das Problem mit Ihnen? Wie geht es Ihnen damit?
- Was sind Ihre schlimmsten Befürchtungen?
- Wie sehen andere in der Familie das Problem?
- Was tun Sie, wenn das Problem auftritt?
- Wie wirkt sich das Problem auf Sie/auf andere aus, in welcher Weise?

Diese und ähnliche Fragen geben dem Anderen das Gefühl, dass er mit seiner Meinung, seinen Sorgen oder Ängsten ernst genommen wird, dass sich der Andere für seine Sichtweisen interessiert. Außerdem liefern sie wertvolle Informationen. In typischen „Ping-Pong"-Konfliktgesprächen, in denen ein Argument oder Vorwurf dem anderen folgt, können Fragen das Gespräch verlangsamen, Achtsamkeit und Wertschätzung für den Anderen werden möglich.

Die eigene Brille kritisch hinterfragen

Eine weitere Strategie für ein besseres Miteinander mit Pflegekunden und Angehörigen, mit Kollegen, aber auch mit Menschen im privaten Umfeld ist, die eigene Brille kritisch zu hinterfragen. Bekannter ist die Forderung nach **Selbstreflexion** – eine Grundvoraussetzung für die persönliche Weiterentwicklung. Blick durch seine Brille, die immer Wahrnehmungsfilter hat. Oder anders formuliert:

Als Beobachter seines eigenen Systems hat niemand einen objektiven Blick auf sich selbst. Selbst Menschen, die sehr geübt in Selbstreflexion sind, können ihre Wahrnehmungsfilter nicht überwinden – sie haben keinen Blick auf die sogenannten **blinden Flecke**, eben weil ihre Brille da nicht hinschauen kann. Die amerikanischen Sozialpsychologen Joseph Luft und Harry Ingham entwickelten 1955 das nach ihnen benannte **Johari-Fenster,** das zwischen bewussten und unbewussten Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmalen unterscheidet, und dem, was dem Einzelnen selbst bekannt ist bzw. bekannt gemacht wird und was nicht (Abb. 2). Der blinde Fleck ist jener Bereich der Persönlichkeit, der einer Person nicht bewusst ist, der aber anderen Menschen auffällt. Je größer der blinde Fleck, desto weniger hat die Person eine realistische Einschätzung seiner Wirkung auf andere. Aber gerade diese Wirkung ist es ja, die darüber entscheidet, ob jemand in Familie, Beruf, Verein usw. erfolgreich integriert ist.

Um die **Selbstwahrnehmung** zu verbessern, um blinde Flecke in Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmalen sichtbar werden zu lassen, brauchen Menschen Rückmeldungen von außen. Pflegefachkräfte in der außerklinischen Intensivpflege sollten regelmäßig bei Vorgesetzten, Kollegen, aber auch Pflegekunden und Angehörigen ein Feedback anfragen.

Die Feedback-Technik

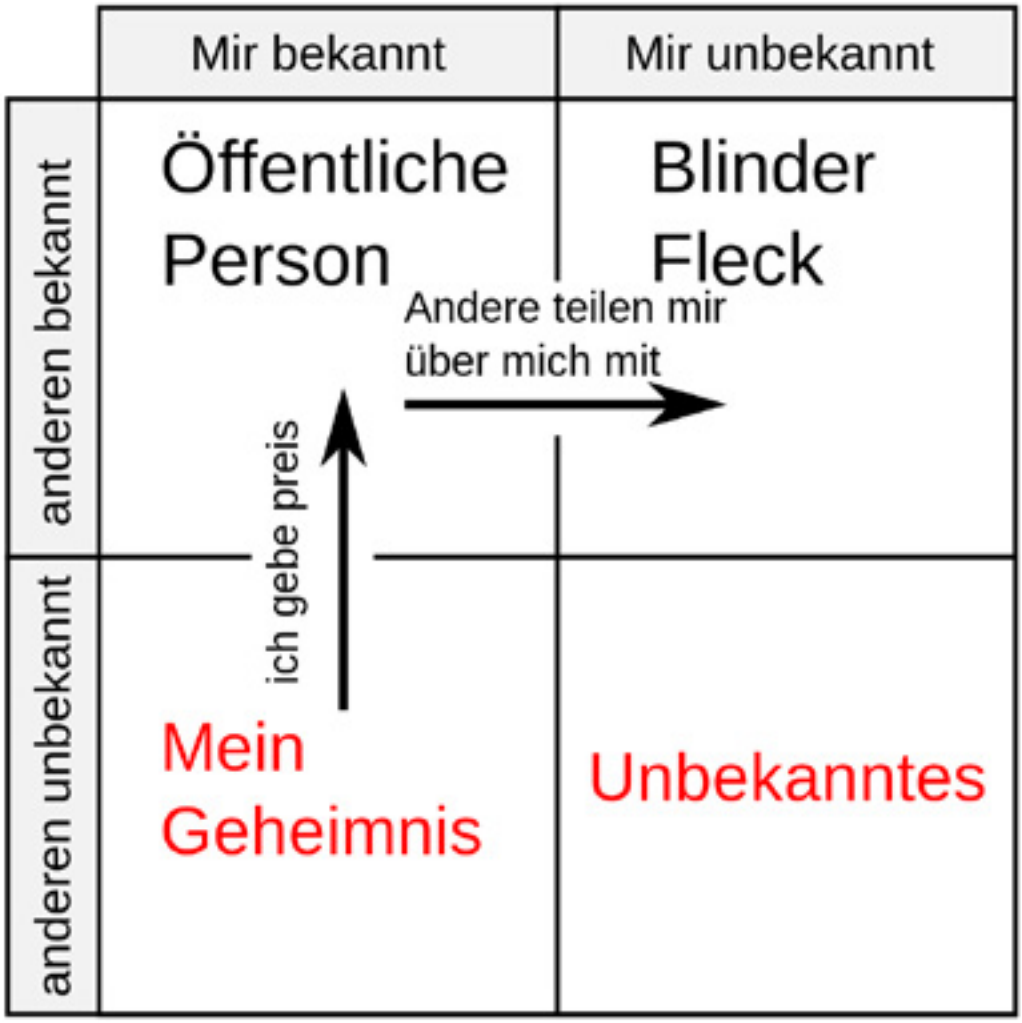
Die Feedback-Technik ist eine Gesprächsform, anderen mehr darüber zu sagen, wie ich sie sehe bzw. zu erfahren, wie andere mich sehen.

Feedback besteht also aus zwei Komponenten, nämlich dem Feedback-Geben und dem Feedback-Nehmen.

Ziel von Feedback ist, dass die Beteiligten sich ihrer unbewussten Verhaltensweisen (blinde Flecke) bewusst werden, einschätzen lernen, wie ihr Verhalten auf andere wirkt, sehen, was sie bei anderen auslösen:

- Ich will den anderen darauf aufmerksam machen, wie ich sein Verhalten erlebe und was es für mich bedeutet (im positiven wie im negativen Sinn).
- Ich will den anderen über meine Bedürfnisse und Gefühle informieren, damit er darüber informiert ist, worauf er besser Rücksicht nehmen könnte. So muss er sich nicht auf Vermutungen stützen.
- Ich will den anderen darüber aufklären, welche Veränderungen in seinem Verhalten mir gegenüber die Zusammenarbeit mit ihm erleichtern würden.

Eine Feedback-Situation ist oft heikel, da niemand leichten Herzens akzeptiert, in seinem Selbstbild korrigiert zu werden. Daher ist es wichtig, dass Feedback-Geber und Feedback-Nehmer bestimmte Regeln einhalten.



Johari-Fenster

Regeln für das Geben von Feedback

- Feedback geben, wenn der andere es hören will
- So ausführlich und so konkret wie möglich
- Eigene Wahrnehmung, Gefühle beschreiben, Vermutungen/Hypothesen als solche deutlich machen
- Auch positives Feedback geben
- Den anderen nicht erschlagen
- Feedback geben soll auch umkehrbar sein
- Information geben, den anderen aber nicht ändern wollen
- Der Empfänger, nicht der Sender bestimmt die Bedeutung der Aussagen und was er damit anfängt

Regeln für das Annehmen von Feedback

Beim Entgegennehmen des Feedbacks befindet sich der Empfänger in einer passiven Rolle, ist also den „Vorwürfen" erst einmal hilflos ausgesetzt. Er sollte aber sehen, dass es die Chance gibt zu erfahren, wie er auf andere wirkt.

Deshalb sollte man als Empfänger...

- … den anderen ausreden lassen. Man kann nicht wissen, was der andere sagen will, bevor er nicht zu Ende gesprochen hat, allenfalls könnte man es vermuten.
- … sich nicht rechtfertigen oder verteidigen. Es ist wichtig, sich klar zu machen, dass der andere nie beschreiben kann, wie man ist, sondern immer nur, wie man auf ihn wirkt. Diese Wahrnehmung ist aber durch keine Klarstellung revidierbar. Ggf. können Verständnisfragen gestellt werden.
- … entscheiden, was man von der Rückmeldung annehmen möchte, was man daraus lernen möchte.
- … dankbar sein für das Feedback, auch wenn es nicht in der richtigen Form gegeben wurde. Es hilft, sich selbst und die Wirkung auf andere kennenzulernen und dadurch sicherer und kompetenter im Auftreten zu werden.
- … das Feedback wirken lassen und später sortieren und reflektieren.

Christine Keller M.A.

Gesundheits- und Krankenpflegerin, Lehrerin für Pflegeberufe Qualitätsberaterin, Wundexpertin Heilpraktikerin (Psychotherapie), Systemische Beraterin

Literatur:

(1) Schwing, R., Fryser, A.: Systemische Handwerk, 7. Aufl., Vandenhoeck & Ruprecht 2015.

(2) von Schlippe, A., Schweitzer, J.: Lehrbuch der systemischen Therapie und Beratung – Das Grundlagenwissen, 3. Aufl., Vandenhoeck & Ruprecht 2016.

(3) Goetz, D., Reinhardt, E.: Führung: Feedback auf Augenhöhe, Springer Gabler 2017.

Ein interdisziplinärer Blick auf die künftige Medizin – und darüber hinaus

XPOMET© 21. - 23. März 2018 in Leipzig bringt das Staunen über Neues und die Freude am Beruf zurück

Innovative Themen und Vorträge über Digital Health, Nanotechnologie, Robotik, intelligente Implantate, Lab-On-A-Chip-Konzepte und Prothesen der Zukunft stehen auf der Agenda. Ferner runden smarte Technologien, Wearables und Co., künstliche Intelligenz, OP-Technologie der Zukunft sowie Virtual Reality den Kongress ab. Die XPOMET© will allen Akteuren im Gesundheitswesen die Potenziale von Innovationen für das Wohl der Patienten und Bürger verdeutlichen und die Mediziner zur Akzeptanz motivieren. Hier ein Ausschnitt aus dem Themenspektrum:

Datenbrillen für die Intensivpflege

Über „Augmented Reality in der Intensivpflege“ referieren Heinrich Recken von der Hamburger Fern-Hochschule und Michael Prilla, TU Clausthal. Dabei handelt es sich um eine Technologie zur intelligenten Erweiterung der menschlichen Realitätswahrnehmung: Informationen stehen schnell und komfortabel zur Verfügung – sie können visuell oder auditiv in das Sichtfeld einer Datenbrille eingebracht werden.

Auch wenn die Anwendung auf herkömmlichen Geräten wie Smartphones oder Tablets möglich ist, sind leichte und bequeme Datenbrillen besser geeignet, um die Hände des Pflegepersonals frei zu halten. Weitere Vorteile zur Unterstützung in der Intensivpflege sind neben der orts- und zeitunabhängigen Einblendung wichtiger Informationen verschiedene Sensorik- und Softwareschnittstellen zur Implementierung spezifischer Lösungen – beispielsweise Head-Tracker oder Bewegungssensoren. So werden Objekte der realen Welt in Echtzeit erkannt und eingebracht. Software und Schnittstellen im pflegerischen Kontext ermöglichen die Übernahme gemessener Vitalparameter in die Pflegedokumentation – deren digitalisierte Form vorausgesetzt.

Derzeit befindet sich das Projekt, an dem sich auch die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH beteiligt, noch im Frühstadium; Studien weisen darauf hin, dass die Akzeptanz des Personals von der tatsächlichen Erleichterung der Arbeit abhängt. Wichtig ist die Beziehung zu den Patienten, deren Distanz durch die Pflegebrille nicht vergrößert werden darf. Die Brille darf den Augenkontakt zwischen allen Beteiligten nicht verhindern.

Steigender Trend: Ambulante Versorgung

Die Intensivpflege wird sich in den kommenden Jahren weiter in Richtung Ambulantisierung verändern, so Recken. „Ferner beeinflussen ökonomische Aspekte und der Wunsch nach Versorgung außerhalb der Krankenhausstrukturen diesen Trend. Nicht nur Eltern mit Intensivpflege-Kindern, auch bedürftige ältere Menschen sind durch den Fachkräftemangel heute schon betroffen. Ob sich künftig eine adäquate häusliche 24-Stunden-Betreuung sicherstellen lässt, ist unklar. Die technische Entwicklung und die pflegerische Qualifikation der Angehörigen sind wichtige begleitende Aspekte.“ Diese These unterstreicht Maximilian Greschke, Gründer von „Veyo Care“. Die Herausforderungen der Versorgung älterer und chronisch kranker Menschen liegen heute in der unzureichenden Kapazität des Personals, der fehlenden Attraktivität des Berufes und den mangelnden Zugangsmöglichkeiten für Ehrenamtliche.

Technologie unterstützt

Die ambulante Pflege ist häufig aktivierender und zielführender für Patienten, zudem erfüllt sie den Wunsch nach Autonomie. Technologie hilft in der ambulanten Versorgung vor allem auf drei Wegen: Kommunikation über Telemedizin kann Arztbesuche ersetzen und Kosten sowie Aufwand einsparen, Ressourcen werden besser und effizienter genutzt. Technologie verbessert die Arbeit von Pflegeanbietern durch logistische Optimierung von Fahrtwegen, durch Dezentralisierung sowie schnelle Dokumentation und Abstimmung zwischen stationären sowie ambulanten Anbietern. Außerdem schafft sie höhere Versorgungs- und Lebensqualität durch Individualisierung und Ermächtigung des Patienten: Mit neuen Möglichkeiten wie Smartphones kann er sich selbst in den Versorgungsprozess einbringen. Die Digitalisierung im Gesundheitswesen beginnt erst.

XPOMET© führt alle zusammen

Eingeladen sind alle Akteure im Gesundheitswesen, insbesondere Mediziner, Entscheidungsträger medizinischer Institutionen sowie die Protagonisten der ingenieurtechnischen Medizin, der modernen Pharmazie, der Biotechnologie sowie Studierende. Mehr unter xpomet.com

Mirjam Bauer und Michael Reiter

WKM

Heimbeatmung

Mobile Beatmung

Inhalations- und Atemtherapie

Sauerstofftherapie

Pädiatrie

Tracheostomaversorgung

Enterale Ernährung

Patientenüberwachung

Nahrungsergänzung

Parenterale Ernährung

Dekubitusprophylaxe und -therapie

Wundversorgung und -beratung

Kontinenzförderung

Systemhygiene

Pflegehilfsmittel und Verbrauchsmaterial

Dienstleistungen und Schulungen

Überleitmanagement

Im Dienst unserer Kunden. Jederzeit.

Ihr Partner in der Hilfsmittelversorgung in Bayern.

Dr.-Rank-Straße 8 · 82275 Emmering · Telefon 08141 2297-0 · Fax 08141 2297-111 · www.wkm-medizintechnik.de · info@wkm-medizintechnik.de

Versorgung neorologischer Beatmungspatienten verbessern!

Die Sektion Neurologie und Neurorehabilitation in der DIGAB

Am 22.06.2017 wurde die Gründung der Sektion „Neurologie und Neurorehabilitation“ im Rahmen der Mitgliederversammlung der DIGAB offiziell beschlossen. Die Sektion Neurologie und Neurorehabilitation möchte alle Patienten mit neurologisch bedingten zentralen oder peripheren Atmungsstörungen vertreten. Dies schließt bei den peripheren Atmungsstörungen neuromuskuläre Erkrankungen und die Critical-illness-Polyneuropathie/-Myopathie mit ein. Zu den zentralen Läsionen gehören entzündliche Veränderungen, Folgen von Schlaganfällen, Schädel- Hirn-Traumata und hypoxische Hirnschäden. Ausgenommen werden Querschnittsläsionen, da diesen eine eigene Sektion der DIGAB gewidmet ist.

Mit dem Ziel, einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung neurologischer Beatmungspatienten zu leisten, trafen sich dann am 23.06.2017 unter dem Vorsitz von Dr. Martin Winterholler die ca. 25 Mitglieder der neuen Sektion zum offiziellen Gründungstreffen. In der Vorstellungsrunde zeigte sich bereits, dass eine ausgeprägte Interdisziplinarität der Teilnehmer vorlag. Neben ärztlichen Teilnehmern der Fachgebiete Neurologie, Anästhesie, Neurochirurgie und Allgemeinmedizinern nahmen auch Pflegekräfte aus dem stationären und ambulanten Bereich, Atmungstherapeuten, Mitarbeiter von Pflegediensten und Hilfsorganisationen sowie Betroffene und deren Angehörige teil. Die ärztlichen Kollegen vertraten sowohl die Beatmungsfrührehabilitation als auch die Neurologische Intensivmedizin und die schlafmedizinisch orientierten Zentren der Nicht-invasiven Beatmung. So können bei der Arbeit der Sektion vielfältige Expertisen und Erfahrungen einfließen. Es wurden zunächst folgende dringlichen Themen identifiziert, die prioritär bearbeitet werden sollen:

1. Ein Fragebogen zur Erfassung der Struktur stationärer neurologischer Beatmungseinrichtungen in Deutschland soll im Laufe des Jahres an alle neurologischen Akut- und Rehabilitationskliniken versandt werden. Die Präsentation erster Ergebnisse ist für die DIGAB 2018 in Hannover vorgesehen.
2. Es besteht ein hoher Bedarf an Schulung im Umgang mit neurologischen Beatmungspatienten. In Zukunft soll regelmäßig eine zweitägige interdisziplinäre Fortbildungsveranstaltung über neurologische Beatmungsmedizin organisiert werden. Diese soll ein interdisziplinäres Publikum, z.B. Ärzte, Atmungstherapeuten, Pflegekräfte, Physiotherapeuten und Mitarbeiter von Sozialdiensten ansprechen.

Das nächste Treffen der Sektion wird im Rahmen des MAIK am Freitag, 27. Oktober 2017, 18.00 Uhr, im Forum 12 erfolgen. Zur Mitarbeit in der Sektion wird herzlich eingeladen.

Dr. Martin Groß

BÖRGEL GmbH

Beatmungsmedizinische
Dienstleistungen und Technik

Außerklinische Beatmung

Seit über 35 Jahren versorgen und beraten wir Kinder und Erwachsene mit Beatmungsabhängigkeit nach einem ganzheitlichen Konzept.

Unsere Leistungen:

- Information und Beratung für Betroffene, Angehörige, Ärzte, Pflegepersonen, Sozialdienste und Kostenträger
- Konzeption der ganzheitlichen außerklinischen Versorgung und Betreuung
- Beratung bei der Auswahl geeigneter Hilfsmittel
- Hilfestellung zur Organisation der außerklinischen Betreuung, auch nachstationär
- Technischer Service und 24-Stunden-Notdienst

Wir liefern:

- Geräte zur invasiven und nicht invasiven Beatmung
- Geräte zur Unterdruckbeatmung
- Meß- und Überwachungsgeräte, Absauggeräte
- Beatmungszubehör und Verbrauchsmaterialien
- Geräte zur Sekretmobilisation (Inhalation, Hustenassistenz, ...)
- Phrenicusnervenstimulator (PNS)

Atrostim PNS 2.0 Phrenicus Nerven Stimulator für den stationären und mobilen Einsatz.

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

www.boergel-gmbh.de

Grit Kühlborn neu bei ISL

Grit Kühlborn hat vor kurzem ihr Studium beendet und arbeitet seit 1. Juli 2017 in dem vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales geförderten und von der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL) durchgeführten Projekt CASCO - vom Case zum Coach. kobinet-Redakteur Ottmar Miles-Paul sprach mit der 26jährigen über ihren Start ins Arbeitsleben und was sie dabei bewegt.

kobinet-nachrichten: Sie haben Anfang Juli neu mit Ihrer Arbeit bei der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL) angefangen. Was bringt Sie zur ISL?

Grit Kühlborn: Ich bin das erste Mal auf die ISL gestoßen, wie viele Jobsuchende auf künftige Arbeitgeber stoßen – über eine Stellenanzeige in der Jobbörse. Die Ausschreibung klang sehr reizvoll. Dann habe ich mich genauer zur ISL informiert und je mehr ich wusste, umso interessanter erschien mir die Stelle. Auch meine Familie meinte: „Mensch, das ist genau dein Ding." Ich war wie bei jeder Bewerbung skeptisch, da ich Berufsanfängerin bin. Irgendwann habe ich mich dann getraut und gedacht: „Mehr als Nein sagen können sie nicht." Ich wurde zum Gespräch eingeladen – an einem Mittwoch, das weiß ich noch ganz genau. Zwei Tage später teilte mir Dr. Sigrid Arnade dann telefonisch mit, dass die ISL gern mit mir arbeiten würde und Jena ab 1. Juli 2017 mein Arbeitsort werden würde. Ja, und hier bin ich!

kobinet-nachrichten: Sie haben ja im Bereich Politik und Kommunikation studiert, was war das genau?

Grit Kühlborn: Das stimmt. Ich habe ein Bachelorstudium der Politikwissenschaft abgeschlossen und das Masterstudium, das ich mir anschließend ausgesucht habe, nannte sich „Politische Kommunikation". Es war inhaltlich gewissermaßen eine Kombination aus Politikwissenschaft, Kommunikationswissenschaft und Soziologie. Abgeschlossen habe ich dieses Studium schließlich im Dezember letzten Jahres mit einer Masterarbeit zur UN-Behindertenrechtskonvention und der deutschen Inklusionsdebatte.

kobinet-nachrichten: Neu und mit 26 Jahren noch recht jung in einem Verein, der schon seit fast 26 Jahren die Behindertenpolitik in Deutschland aktiv mitgestaltet und zu verändern versucht, wie fühlt man sich da?

Grit Kühlborn: Ganz ehrlich? Wie das Küken. Und das meine ich nicht nur mit Blick aufs Alter, sondern vor allem in Hinblick auf Wissen und Erfahrung. Na klar, ich lebe seit meiner Geburt mit meiner Behinderung und habe so wie viele andere auch bestimmte persönliche Erfahrungen gemacht. Aber was kann eine behinderte junge Frau, die gerade frisch von der Uni kommt in einen Verein einbringen, in dem manche Mitglieder der ersten Stunde so lange aktiv sind, wie ich auf der Welt bin? Diese Frage ging mir schon wiederholt durch den Kopf. Aber derzeit komme ich kaum dazu, über solche Dinge nachzudenken. In den ersten Tagen hier strömt so wahnsinnig viel auf mich ein: eine neue Stadt, neue KollegInnen sowohl hier in Jena als auch über Deutschland verteilt, neue Aufgaben und Anforderungen. Da schwirrt einem nach Feierabend schon ordentlich der

Kopf. Aber – und das möchte ich an dieser Stelle mal ausdrücklich sagen – das herzliche Willkommen aus dem Kreis der KollegInnen egal ob hier vor Ort oder aus den anderen Zentren per Mail, machte mir den Einstieg doch wesentlich leichter als ich zuvor gedacht hätte. Ein ganz, ganz herzliches Danke von meiner Seite dafür! Aber irgendwie ist diese Vielfalt an unterschiedlichsten Erfahrungen und Eindrücken – persönlich wie fachlich - auch genau das, was diese Anfangsphase für mich so spannend und abwechslungsreich macht und ich freue mich einfach jeden Tag darauf, zur Arbeit zu kommen.

kobinet-nachrichten: Sie arbeiten bei der ISL in einem konkreten Projekt mit. Welches ist das und worum geht es dabei?

Grit Kühlborn: Das stimmt. Meine Hauptaufgabe ist das Projekt CASCO – Vom Case zum Coach. Ziel dieses Projektes ist es, Menschen mit Behinderung zu Referent*innen über eine menschenrechtsbasierte Behindertenpolitik auszubilden, sodass letztlich eine Art „ExpertInnenpool“ entsteht, auf den Interessierte bei Fort- und Weiterbildungen zurückkommen können. Ich breche es gern folgendermaßen runter, wenn mich meine Familie und Freunde fragen: Es geht darum, Fragen zum Thema Behinderung und allen damit verbundenen Aspekten künftig verstärkt mit Menschen zu thematisieren, die wie ich und viele KollegInnen mit ihrer jeweiligen Behinderung leben. Mit den Menschen reden – auf Augenhöhe. Nicht mehr länger nur über sie.

kobinet-nachrichten: Wenn Sie zwei Wünsche für Ihre zukünftige Zusammenarbeit mit den verschiedenen Akteuren hätten, welche wären dies?

Grit Kühlborn: Ehrlich gesagt denke ich, dass im Laufe der Zeit und je mehr Einblicke ich gewinnen werde, die Wünsche zunehmen oder zumindest konkretere Formen annehmen werden. Jetzt im Moment wünsche ich mir, dass mit allen Akteuren und KollegInnen ein offener, respektvoller, konstruktiver Austausch und Umgang stattfinden wird. In einem zweiten Schritt hoffe ich, dass immer die Sache im Vordergrund stehen wird, ich zu den Anliegen und Zielen der ISL meinen persönlichen Anteil leisten kann, damit behinderte Menschen in der Zukunft nicht mehr mit Barrieren konfrontiert sein werden – weder im Alltag noch in den Köpfen. Davon heute schon zu träumen, ist erlaubt, oder?

Kobinet-nachrichten: Auf jeden Fall. Vielen Dank für das Interview und viel Erfolg im neuen Job.

Dieses Interview erschien bei kobinet am 8. Juli 2017. Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Ottmar Miles-Paul. Im nächsten Heft wird Grit Kühlborn das Projekt CASCO – Vom Case zum Coach vorstellen.

Wenn Schweigen gefährlich ist

Dies war das Motto des 3. Internationalen Tags der Patientensicherheit (ITPS) am 17. September. Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS) hatte hierzu am 14. September 2017 in Berlin zu einer Pressekonferenz mit renommierten Experten eingeladen.

Etwa 43 Millionen Schadensfälle ereignen sich laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) jährlich weltweit im Gesundheitswesen – statistisch gesehen sind davon 28,6 Millionen auf menschliche Fehler zurückzuführen und wären somit vermeidbar. Davon werden wiederum sieben bis 23 Millionen durch schlechte Kommunikation verursacht. Wie können Ärzte und Patienten sowie Mitarbeiter in Gesundheitseinrichtungen „sicherer“ miteinander kommunizieren, um diese Statistik vermeidbarer Schadensfälle zu reduzieren? Die Struktur des Gesundheitswesens weist große Hürden für eine gelungene Gesprächsführung auf. „Intensiver Zeitdruck, zwischenmenschliche Hierarchien, emotionale Inhalte und viele verschiedene Teilnehmer mit diversen Hintergründen – all diese Faktoren erschweren eine erfolgreiche Kommunikation“, sagte Prof. Dr. Annegret F. Hannawa, Professorin für Kommunikationswissenschaften an der Universität Lugano in der Schweiz. „Ob als Arzt oder als Patient: Wer im Gesundheitswesen sichere Gespräche führen möchte, sollte nie voraussetzen, dass eine Kommunikation bereits stattgefunden hat. Zudem sollte nie davon ausgegangen werden, dass ein bereits durchgeführter Austausch auch zu einem gemeinsamen Verständnis geführt hat.“ Zu diesem Schluss kommt Professor Hannawa, nachdem sie Hunderte von Fallbeispielen analysiert hat.

Bei der Pressekonferenz wurde auch die neue Patienteninformation „Reden ist der beste Weg“ vorgestellt, ein Ratgeber für Patientinnen und Patienten und ihre Angehörigen nach einem Zwischenfall oder Behandlungsfehler. Sehr originell ist auch eine Postkartenserie, mit der die Patienten zu mehr Selbstbewusstsein und Wachsamkeit ermutigt werden.

Weitere Informationen:

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V.

Die Broschüre kann unter dem Link www.aps-ev.de/patienteninformation heruntergeladen werden.

Lisa Steffen berichtet von ihrer Reise nach Mallorca und zeigt, wie behindertenfreundlich die beliebte Ferieninsel ist. Die aufwändigen Reisevorbereitungen haben sich gelohnt!

„Mit dem Auto nach Mallorca“

Am 17. Juni 2017 begann mein großes Abenteuer “nach Mallorca mit dem Auto“. Um 6 Uhr morgens, nach einer vor Aufregung kaum geschlafenen Nacht, stand ich voller Vorfreude auf. Nachdem meine beiden Assistentinnen unsere Autos bis unters Dach vollgepackt hatten, konnte die 13-stündige Fahrt für meine Eltern, meine Assistentinnen, meinen kleinen Hund Sammy und mich beginnen. Erste Station sollte unser vorab gebuchtes Übernachtungshotel kurz vor Barcelona sein. Bei unserer Ankunft um 20:30 Uhr waren wir nach der langen Fahrt natürlich extrem müde. Wir wollten nur noch einchecken, eine Kleinigkeit essen und dann ins Bett. Doch nach dem Einchecken der Schock: Der Aufzug, der mich zu meinem behindertengerechten Doppelzimmer bringen sollte, war für meinen großen Elektrorollstuhl zu klein, obwohl wir im Vorfeld mehrmals die Maße des Rollstuhls durchgegeben hatten. Zum Glück war im Erdgeschoss noch ein normales Doppelzimmer frei. Dieses sollte für eine Übernachtung für mich und eine meiner Assistentinnen ausreichen. Nach einem Snack fielen wir endlich todmüde ins Bett.

Barcelona

Am nächsten Morgen ging es dann weiter nach Barcelona. Im Hafenbüro unserer gebuchten Fähre wollten wir für die Nachtfähre um 23 Uhr nach Palma de Mallorca einchecken. Wer schon einmal in Barcelona war weiß, dass es nahezu unmöglich ist, trotz Navigationsgerät den gesuchten Ort zu finden. Nach langem Suchen, quer durch die ganze Stadt und mit der Hilfe eines vorausfahrenden Taxis, fanden wir schließlich am kilometerlangen Hafen das kleine Büro der Rederei Balearia. Dort angekommen, standen wir bei 38° Grad im Schatten vor verschlossenen Türen. „Öffnungszeit ab 18 Uhr“, das konnten wir mit unserem schlechten Spanisch übersetzen. Was sollten wir bis dahin am Sonntag unternehmen, um aus dieser Hitze herauszukommen? Zum Glück war vor dem Büro der Rederei eine Haltestelle der Sightseeing-Busse. So kamen wir auf die Idee, im klimatisierten Bus der BarcelonaBusTuristic eine Stadtrundfahrt zu machen. Der Bus war problemlos mit meinem Elektrorollstuhl über eine ausklappbare Ram pe befahrbar. Während der 2-stündigen Sightseeing-Tour sahen wir von

der wunderschönen Stadt. In der Nähe des Büros befand sich ein riesiges klimatisiertes Einkaufszentrum, das geöffnet hatte. Dort konnten wir nach der Stadtrundfahrt die restliche Wartezeit totschlagen. Als wir dann um 18 Uhr endlich eingecheckt hatten und kurze Zeit später zum Abfahrtsort unserer Fähre gefahren waren, waren wir von der Hitze total erledigt und sehr nervös, ob mit unseren Autos und dem Elektrorollstuhl auf der Fähre alles funktionieren würde.

Die Überfahrt

Dort angekommen, hieß es dann wieder erst einmal warten, bis plötzlich alles ganz schnell gehen musste und die vielen Fahrzeuge auf die Fähre verfrachtet wurden. Die Rollstuhlautos werden immer als letztes verschifft. Die Behindertenparkplätze waren direkt an der Schleuse, sodass wir nach wenigen Metern mitten im Geschehen der Fähre waren. Schnell wurden wir von einer überaus hilfsbereiten Dame, die zum Personal gehörte, mit dem Aufzug zu unserer vorab gebuchten, geräumigen Rollstuhlkabine gebracht. Kurz danach brach die riesige Fähre auch schon zur 8,5 stündigen Seefahrt zur Urlaubsinsel Mallorca auf. Nach über 20 Stunden kamen wir unserem Ziel immer näher. Vom Hafen in Palma brauchten wir noch ca. 25 Minuten bis zum Städtchen Santa Maria del Camí, wo wir für die nächsten 12 Tage eine rollstuhlgerechte Finca mit eigenem Pool von einem deutschen, auf die Insel ausgewanderten Rollstuhlfahrer gebucht hatten.

Am Ziel angekommen

Die nächsten beiden Tage erholten wir uns von der anstrengenden Anreise ausgiebig am eigenen Pool. Am dritten Tag waren wir schließlich wieder fit genug, um endlich El Arenal samt Bierkönig und Megapark zu erkunden, worauf ich mich schon seit Wochen gefreut hatte. Nach dem leckeren und günstigen Frühstück direkt an der Strandpromenade, hieß es dann für mich und meine beiden Assistentinnen ab in die Schinkenstraße, rein in den Megapark und abfeiern. Nach etwas mehr als 2 Stunden war es aber auch schon wieder genug Tam-Tam. Wir kehrten in unsere Finca zurück und entspannten den restlichen Tag am Pool. Am nächsten Tag besichtigten wir die beiden Städte Alcudia und Sóller. Nach einem leckeren Frühstück an der Standpromenade in Alcudia schlenderten wir gemütlich am Strand entlang. Anschließend ging es weiter nach Sóller mit seiner tollen Strandpromenade und der alten Insel-Bimmelbahn.

Den Rest des Tages verbrachten wir wieder am Pool. Am nächsten Tag besuchten wir ein etwa 8 km entferntes Mallorca Fashion Outlet, wo wir Mädels ausgiebig und günstig shoppen konnten. Dieses war wie ein kleines Dorf aufgebaut, es war alles absolut rollstuhlgerecht und auch die Angestellten waren sehr freundlich und hilfsbereit. Nach einem kurzen Snack kehrten wir zum Abkühlen zurück an unseren Pool. Am nächsten Tag ging es in den Osten der Insel, genauer gesagt nach Cala Millor. Frisch gestärkt von einem reichhaltigen Frühstück machten wir uns auf den Weg in das tolle Städtchen mit seinen vielen kleinen Geschäften, die fast alle mit einer Rampe am Eingang ausgestattet sind. Nach dem Stadtbummel besuchten wir den nahegelegenen Safari-Zoo in Porto Cristo. Den Zoo kann man mit dem eigenen Auto durchfahren und die Tiere Afrikas in freier Wildbahn erleben. Das war für mich ein tolles Erlebnis.

Am 9. Tag unserer Reise flogen meine beiden Assistentinnen nach Hause zurück; am gleichen Tag kamen zwei andere Assistentinnen, die den restlichen Urlaub mit uns verbrachten. Da die beiden erst am späten Nachmittag zu uns kamen, verbrachten wir einen ruhigen Tag am Pool und gingen am Abend in ein italienisches Restaurant in Santa Maria del Camí. In der zweiten Urlaubswoche fuhren wir nach Costa d'en Blanes ins Marineland. Dort konnten wir Papageien, Schildkröten, verschiedene Fische und Rochen bestaunen und uns die tollen Shows mit Seelöwen und Delfinen anschauen. Dies war ein weiteres beeindruckendes Erlebnis. Auch dieser Park war komplett rollstuhlgerecht und alle Mitarbeiter waren sehr freundlich und hilfsbereit. Am darauf folgenden Tag ging es in den Westen der Insel und wir fuhren mit unseren beiden Autos an der Steilküste von Inca bis Sóller, etwa 30 km, entlang. Von ganz oben hatten wir einen wunderschönen Ausblick auf das türkisfarbene Meer. Immer wieder hielten wir an und machten Erinnerungsfotos. Da ich ganz begeistert von El Arenal und der Atmosphäre dort war, besuchten wir den Ort noch einmal. Anschließend gingen wir ein wenig shoppen und feierten im Megapark. Nach knapp 3 Stunden Remmidemmi, war es auch wieder genug für uns, da man dort im Viertelstundentakt sehen kann, wie der Alkoholpegel steigt. Dann sollte man als Rollstuhlfahrer wirklich besser davon rollen. Wir entspannten uns lieber wieder am Pool und fuhren abends wieder nach Santa Maria del Camí, um in einem tollen Restaurant zu Abend zu essen. Das Personal war wieder sehr nett und hilfsbereit, alles mit dem Elektrorollstuhl funktionierte super. Für den vorletzten Tag hatten wir uns noch das Städtchen Santa Ponca und das Kultbistro von Jürgen Drews vorgenommen. Danach spazierten wir am Strand entlang, um die tolle Meeresluft zu schnuppern. Nach einem leckeren Eis tauchten wir ein letztes Mal in unseren Pool ein.

Adios Mallorca

Dann hieß es Koffer packen und das Auto, soweit es schon möglich war, zu beladen. Früh gingen wir ins Bett, da wir am nächsten Morgen zeitig aufstehen mussten, um zur Fähre von Palma zurück nach Barcelona zu fahren. Es hieß Abschied nehmen von unserem netten Vermieter und adios Mallorca. Am Hafen von Palma de Mallorca wurden alle Fahrzeuge schnell wieder verschifft und wir mussten, wie auch schon auf der Hinfahrt, wieder als letztes auf die Fähre fahren. Nach dem Aussteigen wurden wir von der netten Dame, die sich schon auf

der Hinfahrt um uns gekümmert hatte, in Empfang genommen. Sie zeigte uns unsere Sitzplätze in der Lobby, wo wir uns während der Überfahrt aufhalten konnten. Da es dieselbe Fähre wie auf der Hinfahrt war, mussten wir uns keine Gedanken mehr um den Ablauf mit dem Elektrorollstuhl machen. Da wir uns schon an Bord auskannten, fuhren wir mit dem Aufzug an Deck, um zu sehen, wie wir Mallorca langsam verließen. Als es uns an Deck kalt wurde, kehrten wir zu unseren Plätzen zurück. Erst kurz vor Barcelona gingen wir erneut an Deck, um die Einfahrt in den Hafen zu beobachten. Nachdem wir die Fähre verlassen hatten, erholten wir uns in unserem Übernachtungshotel nahe Barcelona von der 8 stündigen Überfahrt, von der wir doch ziemlich erledigt waren. Am nächsten Morgen ging es um 6 Uhr Richtung Heimat. Nach einer anstrengenden 14-stündigen Fahrt kamen wir überglücklich und todmüde zu Hause an.

Es war ein wunderschöner Urlaub mit vielen tollen Eindrücken und Erinnerungsfotos. Ich bin froh, dass wir es gewagt haben. Obwohl es im Vorfeld sehr viel zu planen und abzuklären gab, hat sich der ganze Aufwand gelohnt. Ich werde Mallorca bestimmt irgendwann nochmal bereisen!

Lisa Steffen

Die Autorin, die seit einem Autounfall im Jahr 1994 in Höhe C2 querschnittgelähmt ist und Beatmung benötigt, wird beim diesjährigen MAIK - Münchner außerklinischer Intensivkongress - im Slot „Erfahrungsberichte“ über ihr aktives Leben trotz Beatmung berichten.

Barrierefreies Reisen

Urlaub und Reisen sind wichtige Faktoren für die Teilhabe behinderter Menschen am gesellschaftlichen Leben. Dabei sind nicht nur Fragen der Informationsbeschaffung, Anreise und Unterbringung von Bedeutung, sondern auch die Möglichkeit, Freizeitangebote vor Ort wahrnehmen und den Alltag am Urlaubsort gestalten zu können.

Das Webportal „einfach teilhaben“ ist für Menschen mit Behinderungen, ihre Angehörigen, Verwaltungen und Unternehmen. Ein Video gibt einen Überblick, was alles auf dem Portal zu finden ist. Unter anderem gibt es auf dem Portal eine Fülle von Tipps, u.a. für Selbstbestimmtes Reisen sowie Ratgeber, Hotelführer sowie Informationen über die Möglichkeiten einer finanziellen Förderung. Wer eine Reise plant, sollte diese Homepage besuchen. Dies gilt auch für Menschen mit schwerer Körper- und Mehrfachbehinderung. Einfach in das Suchfeld z.B. „Beatmungsgeräte“ eingeben. Allerdings verfügen offensichtlich erst einige (wenige) Busse über Steckdosen, so dass beispielsweise Beatmungsgeräte angeschlossen werden können.

Die Homepage ist barrierefrei. Es gibt auch ein Info-Telefon für Menschen mit Behinderungen 030 221 911 006.

www.einfach-teilhaben.de/DE/StdS/Mobilitaet/Barrierefrei_reisen/barrierefrei_reisen_inhalt.html

Hier geht’s zum Video: www.einfach-teilhaben.de/SharedDocs/Videos/DE/Portalvideos/kurzfilm_einfach_teilhaben.html

Palliative Intensivmedizin versus intensive Palliativmedizin bei neurologischen Erkrankungen

Intensiv- und Palliativmedizin wurden lange Zeit als widersprüchliche Konzepte in der Therapie angesehen, da die Intensivmedizin auf die Verlängerung des Lebens gerichtet ist und die Palliativmedizin sich auf die Linderung von Leid bei fortschreitenden Erkrankungen in der letzten Lebensphase konzentrierte.

Heute rücken beide Konzepte zunehmend zusammen und palliative Aspekte gewinnen insbesondere in der Intensivmedizin - zunehmend an Bedeutung. [1] Ca. 35 % der Patienten, die auf der Intensivstation aufgenommen werden, versterben und müssen palliativ begleitet werden. [2] Es konnte gezeigt werden, dass dem Tode auf der Intensivstation oft eine Beendigung oder ein Vorenthalt kurativer Therapiemaßnahmen vorausgeht. [3] Noch immer leiden allerdings viele Patienten, die auf der Intensivstation sterben, wegen inadäquaten Symptommanagements an Schmerzen und anderen belastenden Beschwerden und Symptomen. [4] Eine US-Studie aus dem Jahr 2007 weist des Weiteren darauf hin, dass proaktive Palliative Care mit einer deutlich kürzeren Intensivverweildauer assoziiert ist. [5]

Drei wesentliche Rahmenbedingungen werden in den nächsten Jahren dazu führen, dass die geschilderte Problematik des palliativen Behandlungsbedarfs intensivpflichtiger Patienten zunehmend an Bedeutung gewinnt: Erstens die Zunahme der Fallzahl chronisch kritisch-kranker Menschen mit dauerhafter Abhängigkeit von lebenserhaltenden Technologien und Überwachung [6], zweitens die rapide Ausweitung der Bettenkapazitäten der Intensivmedizin [7] und drittens der oft langsame zeitliche Verlauf neurologischer Erkrankungen. Diese Rahmenbedingungen sollen im Folgenden am Beispiel neurologischer und neurochirurgischer Krankheitsbilder genauer analysiert werden.

- **Zunahme der Fallzahl chronisch kritisch-kranker Menschen:** In der Neurologie und Neurochirurgie können schwerste akute Erkrankungsbilder, ebenso wie chronisch-progrediente Erkrankungen immer effektiver versorgt werden. Dadurch werden diese immer häufiger überlebt, jedoch mit sehr ausgeprägten Krankheitsfolgen wie schweren Bewusstseinsstörungen, Störungen der Kommunikation und der Sprache sowie der Mobilität und Selbstversorgung bis hin zur chronischen Schluck-, Husten- und Ateminsuffizienz mit dauerhaftem Bedarf intensivmedizinischer Maßnahmen. Chronisch kritisch-kranke Patienten bedürfen nach Abschluss der Krankenhausbehandlung und ggf. Rehabilitation einer außerklinischen Intensivversorgung. Sie leiden vielfach an weiteren Symptomen wie Depressionen, chronischen Schmerzen, Wahrnehmungsstörungen und Spastik. Hinzu kommen Einschränkungen der Teilhabe und soziale Isolation.
- **Ausweitung der Bettenkapazitäten der Intensivmedizin:** Die Neurointensivmedizin und die Neurologische Frührehabilitation haben in den letzten Jahren eine massive Ausweitung der Bettenkapazitäten, insbesondere für beatmete Patienten erfahren [8]. Neben den klassischen neurointensivmedizinischen Krankheitsbildern wie intrakraniellen Blutungen, hypoxischen Enzephalopathien, schweren Schädelhirntraumata und Hirninfarkten werden zunehmend Patienten mit einer sogenannten Critical-Illness-Polyneuropathie und/oder -Myopathie versorgt. Bei dieser Erkrankung handelt es sich um eine Sekundärerscheinung in Folge schwerster intensivpflichtiger Erkrankungen aus anderen Fachgebieten wie z. B. der Inneren Medizin und der Chirurgie. Oft handelt es sich bei diesen Patienten um chronisch Schwerstkranke und oft dauerhaft von intensivmedizinischen Maßnahmen abhängige Menschen. Zusätzlich findet sich in der Neurointensivmedizin und der Neurologischen Frührehabilitation ein hoher Anteil von Patienten in fortgeschrittenem Lebensalter, nach eigenen Daten mit einer Häufung im 8. Lebensjahrzehnt. Die Letalität des beschriebenen Patientenklientels während der Neurointensivmedizinischen Behandlung und der anschließenden Frührehabilitation liegt nach eigenen über 12 Monate erhobenen Daten bei 15%, was auch dem für pneumologische Weaningzentren zu erwartenden Wert entspricht. 19% unserer Patienten werden nach der stationären Behandlung in die ambulante Intensivpflege übergeleitet, 16% der Patienten benötigten nach Entlassung eine dauerhafte Beatmungstherapie. Aus den oft ungünstigen medizinischen Prognosen einerseits und der hohen Symptomlast andererseits resultiert ein hochgradiger Bedarf an palliativen Behandlungskonzepten. Dementsprechend wurden bei 28% der Patienten palliative Therapiekonzepte im Sinne von Begrenzungen der Therapie eingesetzt.
- **Der zeitliche Verlauf neurologischer Erkrankungen:** Aufgrund ihres klinischen Verlaufes unterscheiden sich diese neurologisch-neurochirurgischen Krankheitsbilder erheblich von palliativ versorgungspflichtigen Erkrankungen anderer Fachgebiete wie z. B. internistisch-onkologischen Erkrankungen. Bei akuten Erkrankungen des neurologisch-neurochirurgischen Fachgebietes kommt es in der Regel zu einer bis zu jahrzehntelangen Phase der Stabilität. Chronisch-progrediente Erkrankungen wie die

Strukturierte Gesprächsführung und Entscheidungsfindung:

In Strukturierten Prognosegesprächen zwischen Ärzten und gesetzlichen Vertretern/Angehörigen von Patienten werden kurz nach Aufnahme auf unserer Intensivstation alle für die intensivmedizinische und palliative Behandlungsstrategie entscheidenden patientenbezogenen Aspekte erhoben. Teilnehmen sollen neben dem zuständigen Intensivmediziner auch Pflegekräfte, ggf. auch Therapeuten oder bei absehbarer Palliativsituation auch ein Palliativmediziner. Initial wird erfasst, ob eine Betreuung, Vollmacht oder Patientenverfügung vorliegen. Anschließend werden der Kenntnisstand und die Erwartungen der Angehörigen bzw. gesetzlichen Vertreter abgefragt. Des Weiteren wird der mutmaßliche Wille des Patienten erfasst, wobei Charakter und Lebenseinstellung des Patienten sowie insbesondere die Aspekte Pflegebedarf, Kommunikation und Mobilität zur Sprache kommen. Anschließend schildert der Arzt die neurologische und intensivmedizinische Prognose. Aus dem Zusammenspiel von Patientenwillen und Prognose werden dann gemeinsam mit den gesetzlichen Vertretern Vereinbarungen zum weiteren Vorgehen getroffen. Palliative Behandlungskonzepte werden gegebenenfalls angesprochen und erklärt. Es wird dokumentiert, ob diese Vereinbarung von den gesetzlichen Vertretern und den Teammitgliedern einvernehmlich getragen wird, oder ob ggf. eine Ethikberatung einberufen werden muss.

Verbindliche und exakte Definition von Therapiestrategie und Therapiebegrenzungen:

Der behandelnde Intensivmediziner füllt anschließend an das Prognosegespräch einen Bogen aus, aus dem einerseits die grundsätzliche Therapiestrategie (intensivmedizinische Maximaltherapie, organerhaltende Therapie, begrenzte Intensivtherapie oder Therapiebeedigung) und andererseits exakt die vereinbarten Therapiebegrenzungen hervorgehen. Dieser Bogen hat Verordnungscharakter und soll eine möglichst exakte Eingrenzung der vorzunehmenden bzw. nicht mehr vorzunehmenden Maßnahmen ermöglichen. Aus den in der Alltagspraxis oft in Patientenkurven dokumentierten Akronymen wie „DNR“ oder euphemistischen Quasianordnungen wie „Blümchen“ oder ähnlichem können oft keine klaren Handlungskonsequenzen abgeleitet werden, so dass diese für eine gewissenhafte palliative Behandlungsplanung nicht geeignet sind.

Amyotrophe Lateralsklerose wiederum haben ebenfalls einen sehr langsamen, oft jahrelangen Verlauf. Es besteht dann über einen – verglichen mit onkologischen Erkrankungen – sehr langen Zeitraum ein hoher palliativmedizinischer Behandlungsbedarf, jedoch sind die Patienten oft untertherapiert. Aus diesen Betrachtungen wird deutlich, dass palliativmedizinische Konzepte eine rapide steigende Bedeutung in der Intensivmedizin haben, und dass die frühzeitige Erfassung des mutmaßlichen Patientenwillens unbedingt erforderlich ist. Außerdem sollte auch im Bereich der unmittelbaren akuten Notfallversorgung der Patientenwillen frühestmöglich in Erfahrung gebracht werden, um nicht mit dem Patientenwillen konforme, sehr belastende Therapien zu ver-meiden. In unserer Klinik haben wir daher die Arbeitsprozesse auf der Intensivstation und der Palliativstation angepasst und miteinander verzahnt, um eine optimale Umsetzung von Palliative Care in Bereichen der neurologischen Schwerstkrankenversorgung zu gewährleisten.

Behandlung intensivpflichtiger Patienten auf der Palliativstation: Aus unserer praktischen Erfahrung stellte sich heraus, dass trotz klarer ärztlicher Empfehlung die Umsetzung, insbesondere das Absetzen einer Beatmungstherapie, selbst dann erschwert war, wenn eine klare Einigung mit den gesetzlichen Vertretern / Angehörigen auf ein palliatives Behandlungskonzept gelang. Hierbei spielten in erster Linie die psychische Verarbeitung des Prozesses des Abschiednehmens sowie Vorbehalte gegenüber dem Absetzen der Beatmungstherapie selbst eine Rolle. In dieser Phase besteht auf Seiten der Angehörigen ein hoher Gesprächsbedarf, der Patient selbst ist dabei durch die Intensivmedizinische Umgebung mit Lärmbelästigung und Unruhe stark belastet. Wir haben daher sukzessive die Behandlung invasiv und nichtinvasiv beatmeter Patienten auf unserer Palliativstation etabliert. Praktisch umgesetzt wird zunächst die Verlegung

Foto: Lukas Lehmann

Dr. Martin Groß referiert zu diesem Thema auf dem diesjährigen MAIK

GEPFLEGT
DURCHATMEN
Wir stehen für beste außerklinische Intensivpflege.
Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
heimbeatmung.com
ihcc-akademie.de
maik-online.org
gepflegt-durchatmen.de
HEIMBEATMUNGS
SERVICE
Brambring Jaschke GmbH
WWW.HEIMBEATMUNG.COM

Invasive Beatmung auf der Palliativstation

des Patienten auf die Palliativstation. Besprochen wird auch, dass dort keine Monitorüberwachung durchgeführt wird und ein unerwartetes Versterben infolge einer nicht umgehend detektierten respiratorischen Verschlechterung stattfinden kann – was bisher allerdings bei keinem der bisher 10 beatmet von der Intensivstation übernommenen Patienten eintrat. Anschließend wird der Patient auf ein Heimbeatmungsgerät eingestellt und auf die Palliativstation verlegt. Hier wird einerseits der Patient bestmöglich palliativ versorgt, andererseits werden die Angehörigen beim Abschiednehmen intensiv begleitet. Wir hoffen, mit der Schilderung unserer Vorgehensweisen Anstöße gegeben zu haben, die Versorgung von Patienten an der Schnittstelle zwischen Palliativmedizin und Intensiv-medizin zu verbessern. Zusammenfassend ist einerseits eine sinnvolle intensivmedizinische Behandlung ohne palliativmedizinische Konzepte nicht möglich, andererseits wird erwartet, dass zukünftig intensivmedizinische Konzepte in der Palliativmedizin an Bedeutung gewinnen. Außerdem sollte auch im Bereich der außerklinischen Intensivversorgung eine möglichst flächendeckende Etablierung palliativer Behandlungskonzepte erfolgen.

Prof. Christian Byhahn, Chefarzt, Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Dr. Martin Groß, Chefarzt, Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation

Marziyeh Tajvarpour, Assistenzärztin, Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation

Literatur

1 Byock I. Improving palliative care in intensive care units: identifying strategies and interventions that work. Crit Care Med. 2006 Nov;34(11 Suppl): S302-5.

2 Rocker G, Cook D, Sjokvist P, Weaver B, Finfer S, McDonald E, Marshall J, Kirby A, Levy M, Dodek P, Heyland D, Guyatt G, Level of Care Study Investigators; Canadian Critical Care Trials Group. Clinical prediction of intensive care unit mortality. Crit Care Med. 2004 May; 32 (5): 1149-54

3 Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. Am J Respir Crit Care Med. 1998 Oct;158(4):1163-7.

4 Byock I. Improving palliative care in intensive care units: identifying strategies and interventions that work. Crit Care Med. 2006 Nov;34(11 Suppl): S302-5.

5 Norton SA, Hogan LA, Holloway RG, Temkin-Greener H, Buckley MJ, Quill TE. Proactive palliative care in the medical intensive care unit: effects on length of stay for selected high-risk patients. Crit Care Med. 2007 Jun;35(6):1530-5.

6 Stellungnahme der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB e.V.) zu den Ausführungen von Dr. Matthias Thöns aus Witten auf dem Bremer Palliativkongresses am 20.3.2015

7 Intensive care capacities in Germany: provision and usage between 1991 and 2009 [Article in German]. Thattil R, Klepzig D, Schuster M. Anaesthesist. 2012 Jan;61(1):56-62

8 Arbeitsgemeinschaft Neurologische Frührehabilitation Niedersachsen

10 Jahre MAIK

MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress

Der MAIK ist ein bundesweit anerkannter Fachkongress für die außerklinische Intensivversorgung. Vertreten sind alle Berufsgruppen, die in der außerklinischen Intensivversorgung tätig sind: Wissenschaftler*innen, Ärzt*innen, Pflegekräfte, Therapeut*innen unterschiedlichster Fachrichtung, Sozialpädagog*innen, Casemanager*innen, Expert*innen des Sozialrechts, Leistungsträger und die Medizintechnik. Pflegenden aus stationären Pflegeeinrichtungen, von Intensivstationen und aus ambulanten Pflegediensten bietet der MAIK aktuelle und fundierte Informationen für ihren beruflichen Alltag. Der MAIK mit der begleitenden Industrieausstellung ist aktuell und informativ, und er ist eine ideale Plattform, um miteinander ins Gespräch zu kommen. Dies gilt auch besonders für die Mitglieder von Selbsthilfeorganisationen, die Betroffenen, ihre pflegenden Angehörigen und ihre persönlichen Assistenten. Viele Betroffene gestalten den Kongress aktiv mit. Denn es geht einzig und allein um sie und ihre Lebensqualität. Mehr unter www.maik-online.org

2008

Mit dem **1. MAIK** im Jahr 2008 initiierten Jörg Brambring und Christoph Jaschke einen Kongress aus der Pflege heraus. Dies war damals ein Novum. Die beiden gelernten Krankenpfleger reagierten damit auf den hohen Gesprächsbedarf, der unter den Berufsgruppen in der außerklinischen Intensivversorgung bestand. Ein weiterer wichtiger Impuls war die Tatsache, dass vor 10 Jahren die außerklinische Intensivpflege in der Öffentlichkeit nahezu unbekannt war. Die Pflege fand und findet nach wie vor hinter verschlossenen Türen statt. Trotzdem gibt es inzwischen sehr viel mehr Berichte darüber, wie außerklinische Intensivpflege funktioniert und was sie für die Betroffenen leistet. Hochaktuell das Thema der damaligen Podiumsdiskussion: „Das Gebot er Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem – Eine ethische Einschätzung“.

Viele Referent*innen und Aussteller sind dem MAIK bis in die Gegenwart treu geblieben sind. „Der erste MAIK war ein aufregender und zugleich ermutigender Testlauf“, erinnern sich die bis heute fungierenden Kongresspräsidenten. Betrachtet man die Kongressprogramme, so kann man hieraus Rückschlüsse auf die Entwicklung der außerklinischen Intensivversorgung ziehen. In den vergangenen 10 Jahren ist eine Menge passiert!

2009

Im März 2009 war die Behindertenrechtskonvention in Deutschland in Kraft getreten. Die Beauftragte der Bayerischen Staatsregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung, Irmgard Badura, hielt zu diesem Thema beim **2. MAIK** das Impulsreferat. Über selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen referierte Anne Kreiling als Vertreterin der DGM, und Dinah Radtke erklärte die damals noch weitgehend unbekannte Möglichkeit der Inanspruchnahme des „Persönlichen Budgets“. Die Gesetzgebung war noch weit von irgendwelchen Pflegestärkungsgesetzen entfernt, weshalb die Pflegewissenschaftlerin und spätere Präsidentin des Deutschen Berufsverbands für Pflegeberufe (DBfK) Prof. Dr. Christel Bienstein in ihrem Referat „Neue Wege in der Pflege- Das Pflegeweiterentwicklungsgesetz“ für dringend notwendige Reformen warb. Gerade war die S2-Leitlinie erschienen, die Prof. Dr. Wolfram Windisch in seinem Vortrag erklärte, und Dr. Simone Rosseau thematisierte Beatmungszentren. Schon damals definierte Dr. Peter Demmel „Die Rolle des MDK in der außerklinischen Intensivversorgung“. Dies sind Beispiel von vielen, die zeigen, dass viele Themen aus dem Jahr 2009 weiterhin aktuell sind. Neben seinen wissenschaftlichen Beiträgen bot bei diesem MAIK erstmals Dr. Paul Diesener sein kurzweiliges MAIK-Quiz an; eine Tradition, die über viele Jahre hinweg die Teilnehmenden erfreute.

MAIK
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

2010

Beim **3. MAIK** hielt Andreas Westerfellhaus in seiner Funktion als Vorsitzender des Deutschen Pflegerats das Impulsreferat, in dem er für die Selbstverwaltung der Pflege warb. Erst 2017 ist die Gründung einer Bundespflegekammer in Sicht. Da sich schon 2010 der heutige Pflegenotstand abzeichnete, war bei diesem und späteren Kongressen ein wichtiges Thema, wie Arbeitgeber im Gesundheitswesen für Mitarbeiter*innen attraktiver werden können. Glaubwürdigkeit, Respekt, Fairness, Stolz und Teamgeist sind auch heute noch Schlüsselbegriffe für Arbeitsplatzkultur. Weitere Themen waren Datenbank und Netzwerk in der außerklinischen Versorgung, die Akkreditierung von Pflegediensten, Telemedizin und Therapie. Erstmals wurde in diesem Zusammenhang das VeReGo-Konzept vorgestellt, das sich bis heute bewährt. Thema der Podiumsdiskussion, moderiert von Detlef Friedrich, war „Zukunft Pflege – Wertschätzung und Raus aus dem Pflegenotstand“. Referent im Workshop der Börgel GmbH zur Hilfsmittelversorgung war der allseits geschätzte Andrew Luetjens, der im vergangenen Jahr verstorben ist.

Ein erschütterndes Video ging damals um die Welt, das zeigt, wie eine ungelernte Pflegekraft versehentlich das Beatmungsgerät eines britischen Querschnittgelähmten ausschaltet. Da die Pflegekraft nicht reagieren konnte, war der Klient seitdem schwerst hirngeschädigt. Kann so etwas auch bei uns passieren?, dies war die bange Frage. Christoph Jaschke appellierte deshalb an die Anwesenden: „Unsere Klienten und alle hier im Land, die nicht mehr eigenständig atmen können, brauchen eine Lobby, die für ihre Interessen kämpft. Zu dieser Lobby gehört hier jeder im Saal.“ Beim Gesellschaftsabend spielte das Instrumental-Duo BIG-BANG Orchester, das aus dem unvergessenen Klaus Kreuzeder und seinem musikalischen Partner Michael Schmitt bestand.

2011

Highlight des **4. MAIK** war das Impulsreferat „Ethische Aspekte der außerklinischen Intensivversorgung“ von Staatsministerin a.D. Christa Stewens. Erstmals besuchte die alten- und pflegepolitische Sprecherin der GRÜNEN im Deutschen Bundestag, Elisabeth Scharfenberg, den MAIK und prägte dort die viel zitierte Aussage, die außerklinische Intensivpflege sei noch ein „relatives Orchideenthema“. Im Klartext bedeutete dies, dass die Politik keine Vorstellung davon hat, was außerklinische Intensivpflege bedeutet und wo es Klärungsbedarf geben könnte. Erstmals war Oliver Jünke zu Gast beim MAIK. Er gehört inzwischen dem MAIK-Beirat an und referiert bis heute regelmäßig auf dem Kongress. Christine Bronner, Stifterin, geschäftsführender Vorstand, Gesamtleitung FANKI, Bundesvorstand und Landesvorsitzende Bayern Bundesverband Kinderhospiz, die beim diesjährigen MAIK das Impulsreferat halten wird, stellte ihre Arbeit vor. Erstmals referierte Dr. Paul Diesener über „Teilhabe orientierte Wege in der Trachealkanülenversorgung“, ein Thema, für das er sich bis heute engagiert. Schon vor sechs Jahren waren Generalisierung der Ausbildung und die Bürgerversicherung Thema. Sehr kontrovers wurde die „Qualitätssicherung in der außerklinischen Intensivversorgung“ auf dem Podium diskutiert. Fazit: Qualität in der Pflege ist mehr als eine gute Gesamtnote bei der MDK-Prüfung!

Nach Markus Söder und Dr. Marcel Huber, den Bayerischen Staatsministern für Umwelt und Gesundheit, übernahm beim **7. MAIK** erstmals Melanie Huml, Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, die Schirmherrschaft. Für das Impulsreferat „Ethik statt Monetik" konnte Bundesminister a.D. Dr. Heiner Geißler gewonnen werden. Zu diesem MAIK waren prominente Journalisten zur Diskussionsrunde „Die außerklinische Intensivversorgung in den Medien" gekommen. Fazit: Wenn Journalisten Missstände wie Abrechnungsbetrug, eklatante Pflegemängel und mafiöse Strukturen aufdecken, hüllt sich die Branche kollektiv in Schweigen. Warum dies? Erst Jahre später sollte es zur Aufdeckung großflächigen Abrechnungsbetrugs kommen und erstmals tauchte, im Pflegestärkungsgesetz III Anfang 2017, die außerklinische Intensivpflege in der Gesetzgebung auf. Mit dem MAIK Award wurde Dr. Angelika Bockelbrink geehrt, die Werner Fulle in seiner Laudation als „Pionierin der Heimbeatmung in Deutschland" bezeichnete. Es gab eine Fülle an spannenden Themen. U.a. berichtete Maria-Cristina Hallwachs über „Qualitätskontrolle", ein erschütterndes Theaterstück, das sie gemeinsam mit Rimini Protokoll verfasst und in dem sie die Hauptrolle spielte. Premiere hatte der Gesellschaftsabend im Ampere und für die Musik sorgten die MAIK Allstars, die späteren EVents. Beim 10. MAIK wird die Band, bestehend aus Vertretern der Medizintechnik, Atmungstherapeuten, Ärzten und Pflegekräften, vorerst letztmalig auftreten. Dies gilt nicht für die Band ABRAXAS aus Hamburg und deren Gallionsfigur Dr. Rock (PD Dr. Sven Hirschfeld).

2014

2013

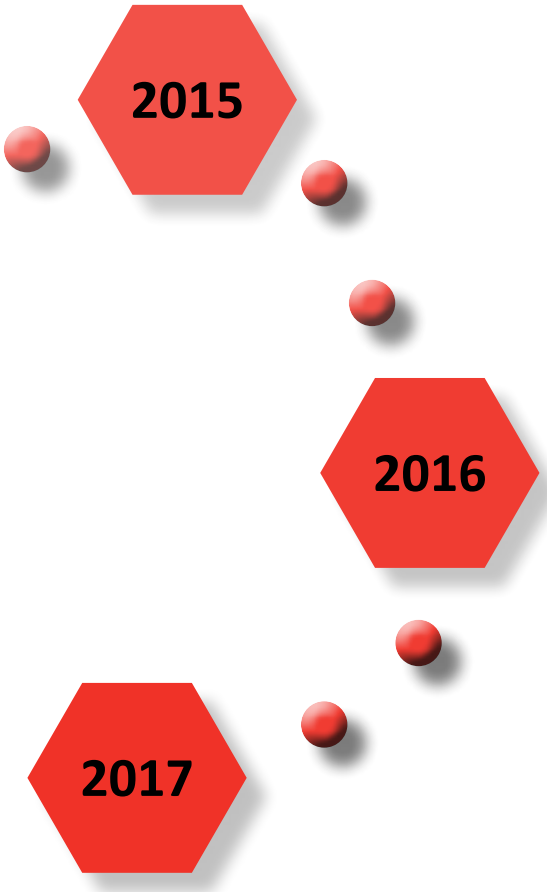
Gast aus dem Ausland war beim **6. MAIK** 2013 Dr. Adolf Ratzka, Direktor des Independent Living Institutes in Schweden. Dr. Ratzka, geboren bei Ingolstadt, war in jungen Jahr an Kinderlähmung erkrankt. Vor 25 Jahren, im Jahr 1988, hatte er in München selbst einen Kongress moderiert, in dem es um die Spätfolgen nach Poliomyelitis, chronische Unterbeatmung und Möglichkeiten selbstbestimmter Lebensführung Schwerbehinderter ging. Veranstalter war die Pfennigparade gewesen. Ein wichtiges Dokument von damals ist der Film „Aufstand der Betreuten". „Sie waren mein Idol", sagte Oswald Utz, der ehrenamtliche Behindertenbeauftragte der Landeshauptstadt München, zu Ratzka.

Bei der Podiumsdiskussion wurde die Problematik „Außerklinische ärztliche Betreuung" aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet. Bis heute ist die ärztliche Betreuung völlig unzureichend. Eine wichtige Voraussetzung ist, dass die Betroffenen mobil sind. So wurden erstmals die Anforderungen an einen sicheren Transport technologieabhängiger Menschen formuliert. Die Geschwister Katharina und Elias Dinter aus München beeindruckten mit ihrem Reisebericht „Our American Dream – ein 5.970 Meilen-Trip". Den MAIK Award erhielt Felicitas Hanne, die engagierte Geschäftsführerin des Kinderhauses AtemReich. Die Laudatio hielt Christine Bronner.

2012

Zum **5. MAIK** gratulierte u.a. Dagmar Hörl, Leiterin der Abteilung Gesundheit, Gesundheitspolitik und Krankenversicherung im Bayerischen Staatsministerium für Umwelt und Gesundheit in ihrem Referat. Einen mitreißenden Vortrag hielt Ottmar Miles-Paul, damals Beauftragter für die Belange behinderter Menschen in Rheinland-Pfalz. „Die UN-Behindertenrechtskonvention gilt ganz besonders für Menschen mit sehr hohem Unterstützungsbedarf", betonte er. In diesem Jahr waren die Wohngemeinschaften für Menschen mit Beatmung ein zentrales Thema. Deshalb war auch der Titel der Podiumsdiskussion die Fragestellung: „Ambulant betreute Wohngemeinschaften" – eine sinnvolle Alternative?". Dr. Franz-Joseph Huainigg, damals Abg.z.Nationalrat, ÖVP-Behindertensprecher und einer der wenigen beatmeten Politiker in Europa, präsentierte sein Kinderbuch „Papa schläft". Darin erklärt er seiner damals kleinen Tochter die Beatmung. Weaning bei Querschnittlähmung, Notfallmanagement, Entlassungsmanagement und Lebensqualität waren die herausragenden Themen dieses Kongresses, bei dem erstmals beim Gesellschaftsabend, der noch in den Ausstellungsräumen stattfand, der MAIK Award verliehen wurde. Preisträger Jo Börgel, der ehrenamtlich und persönlich seit Jahren osteuropäische Länder mit Hilfsmitteln, ausrangiertem Krankenhausinventar und Beatmungsgeräten beliefert, freute sich über die Ehrung. Betroffene sind bis heute auf seine Unterstützung dringend angewiesen, denn es gibt viel zu wenig gut ausgestattete Kliniken. Menschen, die auf Beatmung angewiesen sind, haben es besonders schwer.

Beim **8. MAIK** referierten medizinische Größen, die bereits aus dem aktiven Berufsleben ausgeschieden sind: Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, Prof. Dr. Dieter Köhler und Prof. Dr. Andreas Zieger. Sie setzen sich mit der überall zu beobachtenden Ökonomisierung und „Verbetriebswirtschaftlichung" auseinander, die auch nicht bei der Versorgung außerklinisch beatmeter Kinder und Erwachsener Halt macht. Großes Thema des Jahres war die Entbürokratisierung der Pflege. In den Workshops und Diskussionsrunden wurden die Versorgung von Kindern, das Dysphagie- und Trachealkanülenmanagment, Grundlagen der Beatmung und Hygienethemen thematisiert. Bis heute sehr beliebt ist die Diskussion konkreter Fallbeispiele, aktuell mit Dr. Karsten Siemon und Meike Grimm. Bis 2016 war auch Kongresspräsident Jörg Brambring dabei. Dass die Entlassung von der Intensivstation in die Häuslichkeit keinem Glücksspiel gleichen darf, war das Fazit der Podiumsdiskussion. Die Politik solle endlich die Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen regeln, war die Botschaft Richtung Deutscher Bundestag. Und weil die Landeshauptstadt München in dieser Hinsicht eine Vorreiterrolle einnimmt, gab es hierzu eine eigene Gesprächsrunde, u.a. mit Vertreter*innen des RGU. Mit dem MAIK Award wurde Dr. Kurt Wollinsky aus Ulm ausgezeichnet. Laudator Christoph Jaschke hob besonders dessen Engagement für Kinder und Jugendliche im Rahmen einer Beatmungssprechstunde hervor.



Den **9. MAIK** eröffnet Staatsministerin a.D. Christa Stewens, die die Anwesenden ermutigte, bei den Politiker*innen einfach nicht locker zu lassen, wenn man etwas erreichen möchte. Erstmals hatten die Therapeutinnen Nicolin Bähre, Janine Ehlers und Inga Brambring einen Therapieschwerpunkt organisiert und noch nie war das Undine-Syndrom so ausführlich beleuchtet worden. Wie in den Jahren zuvor, berichteten die Betroffenen als „Experten in eigener Sache". Als sehr inspirierend erwies sich die neue Reihe „Freie Vorträge", und aus aktuellem Anlass wurde sehr kontrovers die generalistische Ausbildung diskutiert. Weitere Themen waren die Anforderungen an die Qualifikation in der außerklinischen Beatmung, der Abrechnungsbetrug und seine Folgen sowie die Ergänzungsvereinbarung, die in Berlin und Brandenburg für Mitglieder des bpa ausgehandelt worden war. Die DIGAB e.V. war wieder mit fast allen Vorstandsmitgliedern beim MAIK vertreten. Der MAIK Award wurde Rüdiger Barth für sein großes Engagement beim Kinder- und Jugendhospiz Balthasar verliehen. Die Laudatio hielt Monika Krumm, Pflegedienstleitung im Kinderhospiz in Olpe, die Barths unermüdlichen Einsatz für sterbende Kinder und Jugendliche schilderte.

Dies ist nur ein knapper Rückblick auf 10 Jahre MAIK. Ausführlich wurden die Kongresse jeweils im Januarheft der GEPFLEGT DURCHATMEN. Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung dokumentiert, die im Archiv unter www.gepflegt-durchatmen.de zur Verfügung stehen.

Ein herzliches Willkommen zum **10. MAIK** Münchner außerklinischer Intensiv Kongress. Auf dem Programm stehen Vorträge, Diskussionen, Workshops und eine noch größere begleitende Industrieausstellung. Themenbereiche sind Querschnittlähmung, die neue S2-Leitlinie, Hygiene und das Sozialrecht. Aus verschiedenen Blickwinkeln widmen wir uns der medizinisch-pflegerischen häuslichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Übergang ins Erwachsenwerden. Im Zentrum steht die Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen, auch derer, die sich im Wachkoma oder im Zustand des Locked In befinden. Es gibt viele neue Ansätze in Intensivmedizin, Pflege und Therapie. Sie müssen nur tatsächlich auch bei den Betroffenen ankommen. Die Politik, die beim MAIK stets vertreten ist, spielt hier eine entscheidende Rolle.

Wir, die Kongresspräsidenten, danken allen, die den MAIK seit nunmehr 10 Jahren möglich machen und allen, die zum guten Gelingen beitragen. Zwar ist dieses Jubiläum ein Anlass zum Feiern, mehr für uns jedoch dazu, die Ärmel hochzukrempeln. Denn noch längst nicht haben wir alle Ziele erreicht, mit denen wir 2008 gestartet sind. Die Branche hat sich, auch im Zuge des enormen Anstiegs an außerklinisch beatmeten Menschen gravierend verändert. Allein schon aus der Sorge heraus, wie diese schwerstkranken Menschen weiterhin versorgt werden können, werden wir weiterhin den MAIK nutzen, um Kritik zu üben, neue Impulse zu geben und Netzwerke zum Wohle der Klienten zu knüpfen.

Jörg Brambring und Christoph Jaschke

Der **11. MAIK** findet am 26. und 27. Oktober 2018 statt!

Ein Kämpfer für soziale Gerechtigkeit und Nächstenliebe

Während der Vorbereitungen für den 10. MAIK erreichte uns am 12. September 2017 die Nachricht, dass Dr. Heiner Geißler, Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit a. D., verstorben ist. Der noch amtierende Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe nannte in seinem Nachruf den Verstorbenen „einen herausragenden Gestalter gerade der Sozial- und Gesundheitspolitik in der Bundesrepublik Deutschland“. Er habe mit seinem Einsatz für eine Neuordnung der Krankenpflegeausbildung einen wichtigen Meilenstein für die Weiterentwicklung der Pflegeberufe in Deutschland gesetzt, der bis heute nachwirke. In seine Zeit als Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit (1982 bis 1985) falle die Reform der Approbationsordnung, der Arzt im Praktikum und die Neuordnung der Ausbildungen in der Krankenpflege mit dem Krankenpflegegesetz. Dieses war am 1.9.1985 in Kraft getreten und regelte erstmals das Ausbildungsverhältnis und die -vergütung in der Krankenpflege. Dem sei eine fast 15jährige politische und fachliche Diskussion vorangegangen.

Uns hat der Tod von Dr. Geißler besonders bewegt, weil er beim MAIK im Jahr 2014 das Impulsreferat mit dem Titel „Ethik statt Monetik“ gehalten hatte. Darin nahm er kein Blatt vor den Mund und sprach von der Gier nach Geld, die „die Gehirne der Menschen“ zerfresse und er prangerte schon damals die sich immer weiter auftuende Schere zwischen Arm und Reich an. Die 85 reichsten Dollar-Milliardäre auf der Welt besäßen so viel Geld wie die ärmere Hälfte der gesamten Weltbevölkerung. Der Mangel an „kompakter“ Intelligenz, die auch ethisch zu denken vermöge, wirke sich zerstörerisch in der ganzen Gesellschaft aus und der Slogan „Geiz ist geil“ habe zu vielen Verwerfungen geführt. „Das Billigste ist nicht das Beste, im Gegenteil! Die Patienten sind dadurch gefährdet“, sagte der Redner im Hinblick auf das Gesundheitswesen und die Pflege. Sein leidenschaftliches Plädoyer für eine Rückbesinnung auf die Nächstenliebe beeindruckte die MAIK-Teilnehmenden sehr und sprach vielen aus der Seele, ist es doch aktueller denn je.

Dr. Heiner Geißler, Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit a.D. im Gespräch mit den beiden Kongress-Präsidenten Christoph Jaschke und Jörg Brambring

Workshop: „Was ich weiß, macht mich heiß - Unsichtbares sichtbar machen. Floreszenzen zur Steigerung der Compliance“

Veranstalter: WKM GmbH

Freitag, 27. Oktober 2017, um 11:00 Uhr, Forum 8

Schon im vergangenen Jahr haben Sarah Hellwig (rechts), Fachdozentin für Hygiene im Gesundheitswesen und Notfallmedizin, und Werner Fulle (links), Key Account Manager, WKM GmbH, die Teilnehmenden zum Staunen gebracht. Der Workshop ist ein Paradebeispiel dafür, wie man Hygieneschulungen kreativ gestalten kann. Denn es geht um die Frage, wie man die Motivation der Mitarbeiter*innen so steigern kann, dass sie handlungsorientiert ihr hygienisches Verhalten langfristig verbessern.

Die beiden Referenten laden Sie ein, aktiv dabei zu sein und zu erfahren, welches Ausmaß die unbewusste Kontaminationsverschleppung im alltäglichen Management infektiöser Wunden und Bereiche annehmen kann und sie werden die Bedeutung nosokomiale Infektionen visualisieren. Solche Bilder gehen einem so schnell nicht mehr aus dem Kopf, und das sollen sie ja auch nicht!

Das Medium „UV- Licht“ ist aus dem Bereich Händehygiene bekannt. Die beiden Referenten zeigen, dass da noch mehr geht als die einfache Händedesinfektion, und wie Sie damit Hygieneschulungen interessant, neu und praxisnah gestalten und das Thema ins „richtige Licht“ rücken können. UV-Licht ist ein spannendes Medium für Hygieneschulungen, um diese für die Teilnehmer*innen zu einem unvergesslichen Erlebnis zu machen. Tauchen Sie ein in die sichtbare Welt der Keime! Sie werden begeistert sein.

Workshop „Lebensqualität fördern durch personalisierte Kanülenversorgung“

Veranstalter: Smiths Medical Deutschland GmbH

Referenten: Matthias Höver, Christian Müller

Samstag, 28. Oktober 2017, 9:00 – 10:30 Uhr, Forum 8

Laut S2 Leitlinie liegt die Kanülenauswahl und Anpassung beim betreuenden Weaningzentrum/der Fachklinik. In der Realität kommt es aber immer wieder zu Umstellungen und Anpassungen außerhalb der Klinik. Die Gründe hierfür sind zwar vielschichtig, oftmals ist aber auch die Langzeitversorgung mit einer Standardkanüle nicht ausreichend. Bekannte Probleme sind: ein vergrößertes Stoma, ein Wanderstoma, Undichtigkeiten, Hypergranulation, Lageprobleme, sehr eingeschränkte Sprechmöglichkeiten usw. Reflexartig wird einfach eine größere Standardkanüle genutzt oder per Katalog durch die Kanülenauswahl „gezappt“. Die Probleme werden dadurch aber nicht gelöst, sondern maximal verlagert oder in die Zukunft verschoben.

Welche Möglichkeiten bietet eine angepasste Trachealkanüle in der Langzeitversorgung. Ist eine individuell angepasste Trachealkanüle nur als letzte Option zu sehen? Ist eine individuelle Kanüle finanzierbar.

Der Vortrag von Matthias Höver und Christian Müller (rechts) möchte diese Fragen beantworten und dafür sensibilisieren, dass tracheotomierte Menschen, die ein Leben lang mit ihrer Kanüle leben müssen von Anfang an eine personalisierte Kanüle bekommen. Dass Sie eine Kanüle aus hochwertigem Material bekommen, die auch in der Langzeitanwendung keine Folgeschäden nach sich zieht bzw. diese so gering wie möglich hält. Ein modernes Kanülenmanagement - am Menschen ausgerichtet und neu definiert.

JUBILEE - ANNIVERSAIRE - ANNIVERSARIO - JUBILÄUM - ANNIVERSARIO

FAHL 25 JAHRE - YEARS

Workshop „Basics der Trachealkanülenversorgung - gibt es etwas Neues?“

Veranstalter: Andreas Fahl Medizintechnik-Vertrieb GmbH

Referent: Wolfgang Fleischer

Freitag, 27. Oktober 2017, 15:30 – 17:00 Uhr, Forum 8

Als inhabergeführtes Herstellerunternehmen von Medizinprodukten und langjähriger Spezialist in der Tracheostomaversorgung und Beatmung sind wir seit 25 Jahren ein zuverlässiger Partner für Patienten, Angehörige, Pflegekräfte und Ärzte in Kliniken, Pflegeeinrichtungen und im häuslichen Bereich.

Unser Hilfsmittel- und Dienstleistungsangebot entspricht dem aktuellen technischen und medizinischen Stand. Auch Neuheiten und Weiterentwicklungen finden darin Berücksichtigung. Die Hilfsmittel schaffen einerseits für tracheotomierte / laryngektomierte und beatmete Patienten die Basis für ein weitestgehend selbstständiges und teilhabeorientiertes Leben mit hoher Lebensqualität, andererseits sichern sie eine bedarfsgerechte und individuelle Hilfsmittelversorgung durch vielfältige Produktoptionen.

Mit unserem Produktangebot und einem optimalen Service wollen wir Ihr Partner für die Rehabilitation nach Tracheotomie sein!

PERSÖNLICHE BETREUUNG und BERATUNG werden bei uns großgeschrieben, denn die Zufriedenheit unserer Kunden liegt uns besonders am Herzen.

Profitieren Sie jetzt von unserem Leistungsspektrum!

- Spezialist in der Tracheostomaversorgung und Beatmung
- Jahrzehntelanges Know-how des Inhabers
- Persönliche und fachgerechte Betreuung und Beratung
- Umfangreiches Sortiment mit bis 4.000 unterschiedlichen Trachealkanülen-Varianten
- Vielseitige Produkte speziell für Kinder
- Schnelle Reaktionsmöglichkeiten auch bei besonderen Anforderungen und Bedürfnissen
- Trachealkanülen-Individualisierung

Mehr Informationen finden Sie auf unserer neuen Homepage www.fahl.de!

Überzeugen Sie sich selbst und lernen Sie unser Unternehmen kennen.

Besuchen Sie unseren Stand Nr. 10

MAIK 2017 / 27.- 28.10.2017 / München

Wolfgang Fleischer
Andreas Fahl Medizintechnik-Vertrieb GmbH Key Account Manager Homecare / Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin / Medizinprodukteberater

Workshop „Stumm wegen Beatmung oder Aspiration? Nein Danke! Strategien zum frei halten der Atemwege."

Veranstalter: Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V.

Freitag, 27. Oktober 2017, 13.30 – 15.00 Uhr, Forum 8

Der Workshop richtet sich an Pflegende aus ambulanten und stationären Diensten, pflegende Angehörige und Therapeuten sowie ärztliche Betreuer von Patienten bzw. Bewohnern mit Trachealkanüle jeder Altersgruppe.

Gilt in Rettungs- und Intensivmedizin der Grundsatz, durch Intubation (im Langzeitverlauf dann Tracheotomie) dem seiner Schutz- und Atemfunktion beraubten Patienten, sei es wegen tiefem Koma oder medikamentös bedingt, einen sicheren Atemweg für Beatmung und Schutz vor Aspiration von Erbrochenem zu schaffen, wurde dieser Grundsatz zunächst in die außerklinische Intensivpflege und -behandlung in dem Bestreben übernommen, im kurativen Sinne das Beste für den Patienten zu tun. In Rehabilitation und außerklinischer Intensivpflege ticken die Uhren aber anders als in Notfall- und Intensivmedizin. Hier geht es um Selbstbestimmung, Teilhabe und Lebensqualität, wozu neben Essen und Trinken auch die sprachliche Kommunikation gehört. Mit der intermittierenden, nicht invasiven (Selbst) beatmung wurde für Patienten mit ausreichenden Schutzreflexen eine wertvolle Alternative geschaffen.

Wie steht es aber um die Patienten mit weitgehend inkompetenten Schutzreflexen, egal ob beatmet oder nicht? Bleiben sie von Teilhabe ausgeschlossen, weil im Sinne des o.g. Grundsatzes aus Notfall- und Intensivmedizin die Vermeidung von Aspiration im Vordergrund steht? Dr. Paul Diesener (rechts) und Isabell Schmider (links) haben seit über 20 Jahren mit Kindern und Jugendlichen im Jugendwerk Gailingen (neurologische Rehaklinik) ohne erhöhte Komplikationen einen anderen Weg beschritten. An die Stelle von Verhinderungsstrategien, denen letztlich die Freude am Essen und das Sprechen geopfert werden, traten Beseitigungsstrategien. Mit dem Entstehen des Dysphagie-Netzwerk-Südwest vor 10 Jahren wurde am Jugendwerk eine Dysphagie- und Kanülensprechstunde ins Leben gerufen, mit der auch erwachsene Patienten von diesen Überlegungen profitieren sollten. Die vielversprechenden Ergebnisse konnten in einer Studie zusammengefasst werden. Über 90% der Patienten, die nach gültiger Dysphagie-Leitlinie wegen Aspiration eine geblockte Kanüle benötigen, waren zur Laut- und Sprachbildung in der Lage, 2/3 auch zur teiloralen Kost. Darüber hinaus konnte in einer auf der Jahrestagung der DIGAB im Jahr 2016 vorgestellten Studie anhand einer Befragung von Angehörigen und Patienten gezeigt werden, dass das Teilhabe orientierte Kanülenmanagement die Patientenzufriedenheit steigert und den Pflegeaufwand senkt, ohne mit einer erhöhten Aspirationsbedingten Morbidität erkauft zu werden. Im Gegenteil. Dies ist Anlass, endgültig die vermeintlich zum kurativen Wohle des Patienten erfolgende Übertragung der genannten Grundsätze aus Notfall- und Intensivmedizin auf die außerklinische Intensivpflege und -behandlung in Frage zu stellen. Andernfalls müsste, überspitzt ausgedrückt, der Beweis erbracht werden, dass mit dem Verzicht auf Sprache und orale Kost bei schwerer Aspiration die Atemwege sicherer und die Lebensqualität besser wird.

Vermittelt werden auf dem diesjährigen Workshop multimedial und mit Demonstrationsobjekten vor allem die Beseitigungsstrategien, also das frei machen und frei halten der Atemwege. Hierzu gehören Speichel- und Sekretmanagement, Infektprophylaxe, physikalische Grundlagen der Hustenaktivität und der Absaugtechnik mit anschaulichen Demonstrationen, die in manchen vorangegangenen Workshops zu Aha-Erlebnissen beigetragen haben.

Veranstalter ist das **Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V.**, ein seit 10 Jahren bestehender informeller Zusammenschluss von ca. 250 VertreterInnen verschiedener Berufs- und Interessengruppen (Logopädie, Medizin, Pflege, pflegende Angehörige/Selbsthilfegruppen, Hilfsmittelprovider) aus Südwestdeutschland und der Schweiz, die mit schluckgestörten Menschen aller Altersgruppen zu tun haben. Die Geschäfte werden seit Februar 2015 von einem gemeinnützigen Verein mit Sitz in Überlingen/Bodensee geführt. Das Netzwerk hat das Anliegen, sich durch fachlichen Austausch (intern und extern) fort- und weiterzubilden und das Problemfeld Dysphagie und die Anliegen Betroffener bekannter zu machen.

Kontakt: Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V., Härlenweg 1, 88662 Überlingen/Bodensee

Workshop Blutgasanalyse

Veranstalter: Keller Medical GmbH

Freitag, 27. Oktober 2017, 13:30 – 15:00 Uhr, Forum 14

Regelmäßige Blutgasanalysen gehören zur Routinediagnose bei beatmeten Patienten. Nicht nur in der Klinik, sondern auch zu Hause oder in außerklinischen Einrichtungen. Immer häufiger erwägen diese Einrichtungen die Anschaffung eines BGA-Gerätes, um die Analysen vor Ort durchführen und ggfs. schnell reagieren zu können. Wir möchten mit diesem Workshop die Grundlagen der Blutgasanalysen erklären, die verschiedenen Parameter und deren Beurteilung, Indikationen zur Blutgasanalysen sowie deren Bedeutung in der ambulanten Intensivpflege. Alles wird mit reichlich Beispielen untermalt, besonders im Hinblick auf eine bestmögliche Beatmungseinstellung.

In einem 2. Block wird in die verschiedenen Methoden zur Blutgasmessung eingeführt. Und schließlich werden zwei Geräte vorgestellt. Das „Irma“, ein wartungsfreies, mobiles Blutanalyse-System zur Bestimmung von Blutgasen, Elektrolyten, Kreatinin, Laktat und anderen Blutbestandteilen am Point of Care mit Einmalkassetten, sowie der „Sentec Digital Monitor“ für die kontinuierliche und nicht-invasive CO2- und SpO2-Messung in einem einzigen transkutanen Sensor.

Der Workshop dauert 90 Minuten. Neben der Einführung durch den Referenten Dr. med. Olaf Lück, Chefarzt für Innere Medizin im Fachkrankenhaus für Neurologische Frührehabilitation der Kliniken Beelitz, sind Diskussionen und Hands-on eingeplant.

Mehr unter: www.keller-medical.de

Dr. med. Olaf Lück, Chefarzt für Innere Medizin im Fachkrankenhaus für Neurologische Frührehabilitation der Kliniken Beelitz

Sentec Digital Monitor

Irma

FAHL

BEST CARE FOR YOU!

Seit 25 Jahren Ihr Spezialist in der Tracheostomaversorgung und Beatmung

➨ Professionell beraten!

Im Bereich der häuslichen Intensivpflege besteht unser Team ausschließlich aus **Pflegepersonal mit Fachausbildung für z.B. Anästhesie und Intensivmedizin** mit langjähriger Berufserfahrung und **fachspezifischem Know-how**.

➨ Gemeinsam Ziele erreichen!

Unser Außendienstteam steht Ihnen als **persönlicher Ansprechpartner** zur Seite und unterstützt Sie um **gemeinsam** eine **bestmögliche Patientenversorgung** zu erreichen.

➨ Netzwerke nutzen!

Wir sammeln **fachübergreifende Informationen** und verschaffen uns damit einen Gesamteindruck über weitere Versorgungsoptionen.
Dabei profitieren Sie von unserem **umfangreichen Netzwerk** im interdisziplinären Team.

➨ Bedarfsgerechte und individuelle Hilfsmittelversorgung!

Um den unterschiedlichen Anforderungen jedes Patienten gerecht zu werden, bieten wir Ihnen ein **vielfältiges** und **umfangreiches** Produktportfolio.

Kontaktieren Sie uns jetzt für weitere Fragen oder für ein persönliches und unverbindliches Beratungsgespräch.

02203/2980-200 **vertrieb@fahl.de**

JUBILEE · ANNIVERSAIRE · ANNIVERSARIO · JUBILÄUM
FAHL 25 JAHRE · YEARS

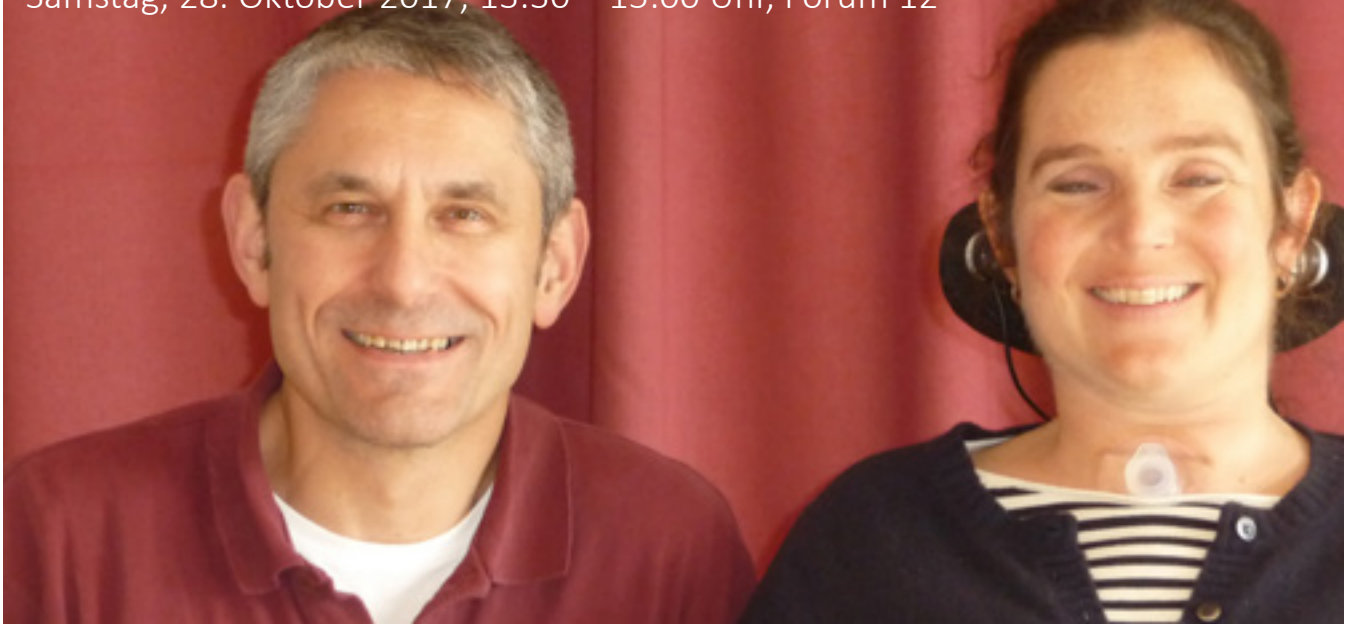
ANDREAS FAHL
MEDIZINTECHNIK-VERTRIEB GMBH
August-Horch-Straße 4a · 51149 Köln · **Phone +49(0)22 03/29 80-0**
Fax +49(0)2203/2980-100 · Germany · mail vertrieb@fahl.de · www.fahl.de

Foto: wavebreakmedia/Shutterstock.com

Workshop „Sekretmanagement. Was tun gegen die Langzeitfolgen der Beatmung?“

Veranstalter: IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH

Samstag, 28. Oktober 2017, 13:30 – 15:00 Uhr, Forum 12



Die gängigen Werkzeuge für das Sekretmanagement bei außerklinisch invasiv beatmeten Patienten sind die Inhalation und das blinde tracheale Absaugen. Trotzdem kommt es häufig zum Sekretverhalt. Den Workshop führen Maria-Cristina Hallwachs (rechts), seit Jahren selbst querschnittgelähmt und seit vielen Jahren in der Beratung für querschnittgelähmte Menschen mit Beatmung und deren Angehörigen tätig, und der Beatmungstherapeut Ingo Berweiler (links) durch. Sie erklären die natürlichen Reinigungsmechanismen der Atemwege und stellen eine einfach anzuwendende und wirkungsvolle Technik zur Mobilisation des Sekrets bei beatmeten Patienten, die Ventilatorunterstützte Assistierte Autogene Drainage, vor. Beim gegenseitigen Hands-on ist ausreichend Gelegenheit, sie praktisch zu üben und an sich selbst zu erfahren. Für diesen Workshop wird legere Kleidung empfohlen.

Refresherkurs „Was Sie schon immer einmal den Beatmungsexperten fragen wollten!?“

Veranstalter: IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH

Samstag, 28. Oktober 2017, 11:00 – 13:30 Uhr, Forum 12

Für diesen Refresherkurs, den Dr. med. Matthias Frerick (rechts), seit dem Jahr 2000 Arzt in der Kinderklinik Dritter Orden München, und Dr. med. Karsten Siemon (links), Leiter der Abteilung Frührehabilitation im Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft GmbH in Schmallenberg, abhalten, wurden im Vorfeld Fragen gesammelt und für eine TED-Abstimmung vorbereitet. Man darf gespannt sein auf die Ergebnisse, die von den beiden Experten erläutert werden. Die Teilnehmer des Refresherkurses sind auch vor Ort eingeladen, weitere Fragen zu stellen.

Workshop „Basics Beatmung - Modi, Parameter, Setups, Alarme...“

Veranstalter: ResMed Deutschland GmbH

Referent: Michael Brohm

27. Oktober 2017, 11.00 - 12.30 Uhr, Forum 12

Klärung der wichtigsten Begriffe in der Beatmung.
Dieser Workshop erläutert Ihnen die Grundlagen der Beatmungstechnik. Er soll Orientierung im Dschungel aus Modi, Werten, Parametern und Abkürzungen bringen. Das Gelernte wird in praktischen Übungen am Beatmungsgerät vertieft.

Michael Brohm
Fachkrankenpfleger für Innere Medizin und Intensivmedizin, Teamleitung Anwendung und Schulung, ResMed Deutschland GmbH

Workshop „Volumensicherung - Garantiert?- welche Lösungen gibt es?“

Veranstalter: ResMed Deutschland GmbH

Referent: Michael Brohm

27. Oktober 2017, 13.30 - 15.00 Uhr, Forum 12

Dieser Workshop erklärt die Grundlagen und Möglichkeiten der Volumensicherung durch moderne Beatmungsfeatures. Wir möchten Ihnen zeigen, wann und warum Einstellungen wie z. B. Sicherheitsvolumen wichtig sein können. In welchem Zusammenhang werden diese Einstellungen aktiv, was bedeutet dies für Patient und Anwender?

Workshop „Knoff Hoff Beatmung - Fehlersuche und Ihre Fragen rund um die Beatmung“

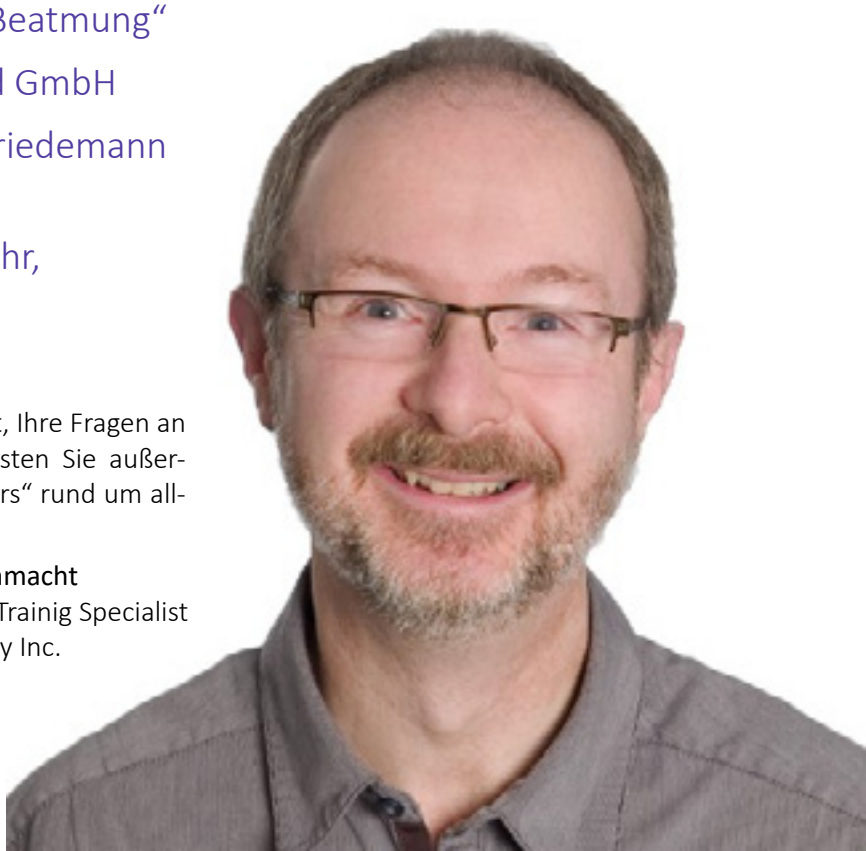
Veranstalter: ResMed Deutschland GmbH

Referenten: Michael Brohm und Friedemann Ohnmacht

27. Oktober 2017, 15.30 - 17.00 Uhr, Forum 12

Wieso, weshalb, warum. Wer nicht fragt ...
In diesem Workshop haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen an unsere Applikationsspezialisten zu stellen. Testen Sie außerdem Ihr Fachwissen auf einem „Fehler-Parcours“ rund um alltägliche Problemsituationen.

Friedemann Ohnmacht
EWMEA Clinical Trainig Specialist
ResMed Germany Inc.



Workshop „Alltags- und teilhabeorientiertes, professionelles Dysphagie- und Trachealkanülenmanagement in einem strukturierten, interdisziplinären Netzwerk“

Veranstalter: HEIMOMED Heinze GmbH & Co. KG

Referent: Mirko Hiller

Samstag, 28. Oktober 2017, 9.00- 10.30 Uhr, Forum 14

HEIMOMED healthy innovation

HEIMOMED Heinze GmbH & Co. KG
Daimlerstraße 30
50170 Kerpen
www.heimomed.com
info@heimomed.de

In Deutschland liegt die Häufigkeit von Schluckstörungen bei 7% der Gesamtbevölkerung (Kuhlmeier ,94). Ein beachtlicher Teil der Patienten leidet unter altersbedingten Schluckstörungen (Presbyphagie). Bei schwersten Schluckstörungen kann sogar eine Tracheotomie notwendig werden, um den Schutz der tiefen Atemwege zu gewährleisten. Aber sind die getroffenen Interventionen immer optimal für den Patienten gewählt?

Ein Leben mit Trachealkanüle bedeutet für jeden Betroffenen einen erheblichen Verlust an Lebensqualität. Ziel des professionellen Trachealkanülenmanagements ist die Dekanülierung oder zumindest, bei degenerativen chronischen Erkrankungen, eine optimale Kanülenversorgung. Fehler oder Nachlässigkeiten im Umgang mit Trachealkanülenpatienten können für diese verheerende gesundheitliche und sogar lebensbedrohliche Folgen haben, ganz zu schweigen von den enormen zusätzlichen finanziellen Belastungen für das Gesundheitssystem.

Der Workshop zeigt die Möglichkeiten eines sicheren Vorgehens von der strukturierten Diagnostik unter Einbeziehung validierter Scores zur Schweregradbestimmung über die medizinische Basisversorgung, therapeutische Interventionen und Kostaufbau bis hin zur Dekanülierung. Dabei werden Indikationen für und Risiken bei Tracheotomie sowie unterschiedliche Tracheostomaanlagen beleuchtet und ein Überblick über die Kriterien, die über die Auswahl unterschiedlicher Kanülenarten entscheiden sollten, gegeben. Auch das Sekretmanagement (z.B. sicheres effektives Absaugen) wird näher beleuchtet. Der Workshop zeigt außerdem, wie durch den Einsatz spezieller Trachealkanülen und Dokumentationswerkzeuge das medizinisch-therapeutische Vorgehen im Trachealkanülenmanagement messbar gemacht werden kann.

Mirko Hiller, MSc / Neurorehabilitation, Logopäde - Schwerpunkt Dysphagie, fachlicher Leiter DAS DYSPHAGIEZENTRUM, Annaberg-Buchholz

DAS DYSPHAGIEZENTRUM besteht seit 2007, betreut u. a. eine Schlucksprechstunde mit klinischer, endoskopischer & radiologischer Diagnostik, vermittelt Patienten in Spezialkliniken, hilft beim Umstellungsmanagement in Praxen, Kliniken und sonstigen Einrichtungen, bietet Supervisionen, leistet Patientenbetreuung und Angehörigenberatung, führt Seminare für Ärzte, Therapeuten & Pflegekräfte durch, hat sich auf die Erstellung von Assessments spezialisiert und kann mit einem großen Netzwerk von Fachkräften aller Disziplinen aufwarten, um Dysphagien aller Ätiologien und Schweregrade sicher zu diagnostizieren und die Behandlung einzuleiten. Mit der HEIMOMED Heinze GmbH & Co. KG, die den Workshop anbietet, besteht seit mehreren Jahren eine intensive Zusammenarbeit in Bezug auf Produktentwicklung, z.B. einer Dysphagiekanüle. Mehr unter www.das-dysphagiezentrum.de

Referat und Diskussion „Totgesagte leben länger- Autobiografische Notizen eines Beatmeten“

Referent: Dr. Peter Radtke

Samstag, 28. Oktober 2017, 13.30- 15.00 Uhr, Forum 8

„Sage ja zu den Überraschungen, die deine Pläne durchkreuzen, deine Träume zunichtemachen, deinem Tag eine ganz andere Richtung geben, ja, vielleicht deinem Leben. Sie sind kein Zufall“, dieses Zitat von Helder Camara steht auf der Homepage von Dr. Peter Radtke, der ein Referat und dann, unter der Moderation von Marion Geier, eine Diskussion anbietet. Der international bekannte Romanist und Philosoph ist Vorstandsmitglied in der „Arbeitsgemeinschaft Behinderung und Medien e.V.“. Obwohl er mit der Glasknochenkrankheit auf die Welt kam, hat er mehrere universitäre Abschlüsse absolviert. Neben vielen Veröffentlichungen war er lange Zeit als Schauspieler und ist bis heute als Regisseur tätig. An den Münchener Kammerspielen und am Wiener Burgtheater feierte er große Erfolge. Er ist auch Mitbegründer des bekannten „Münchner Crüppel Cabarets“. 2003 wurde Dr. Peter Radtke in den Nationalen Ethikrat der Bundesrepublik Deutschland berufen, dem er bis vor Kurzem angehörte.
Mehr zum Referenten unter: www.peter-radtke.de

Workshop „Musiktherapie in der Außerklinischen Intensivversorgung“

Referent: Stefan Stahl

Samstag, 28. Oktober 2017, 11.00- 12.30 Uhr, Forum 14

Stefan Stahl arbeitet seit 2014 für die Münchenstift mit Wachkomapatienten der Phase F. Neben den „klassischen“ Patienten im Wachkoma werden dort auch Menschen betreut, die bei Bewusstsein und kognitiv orieniert sind, aber dennoch intensive Vollzeitpflege benötigen. Die musiktherapeutische Arbeit ist daher vielseitig und reicht von der Anbahnung und dem Aufnehmen des Kontaktes über die Verbesserung der Körperwahrnehmung bis hin zu funktionellen Arbeitsweisen, z.B. zur Verbesserung der groben und feinen Motorik. Das macht die Arbeit abwechslungsreich und spannend.

Stefan Stahl hat Kreative Therapie im Medium Musik an der Hogeschool Zuyd in Heerlen studiert und war in der Musiktherapeutischen Abteilung eines großen Klinikums in Düsseldorf tätig. Dort bestand die Zielgruppe sowohl aus Kindern und Jugendlichen als auch aus Erwachsenen mit psychischen Erkrankungen wie affektiven Störungen, Burn-Out, Schizophrenie oder Depressionen. 2010 bot er Musiktherapie in einem Pflegeheim an, wo die therapeutische Zielgruppe vorwiegend ältere Menschen mit Demenz und dementiellen Veränderungen waren. Von 2011 bis 2012 arbeitete er mit Schlaganfallpatienten, Menschen mit Hirnschädigungen nach einem Unfall und anderen neurologischen Erkrankungen in einer Einrichtung in Eindhoven.

Die Teilnehmenden werden zum Mitmachen eingeladen. Musikinstrumente zum Ausprobieren stehen im Workshop zur Verfügung.

Workshop „Non-invasive, transkutane Überwachung des pCO_2 als Teil einer Krankenhausvermeidungsstrategie- Ein Praxisbericht“

Veranstalter: Radiometer GmbH

Referent: Joachim Willms

Samstag, 28. Oktober 2017, 11:00 – 12:00 Uhr, Forum 8

Die Einweisung von Beatmungspatienten in die Klinik stellt ein erhebliches Problem für die außerklinische Intensivpflege dar. Betroffene Patientengruppen und deren Angehörigen erleben den Krankenhausaufenthalt oftmals als belastend. Weiterhin besteht die Gefahr von Komplikationen durch den Klinikaufenthalt, wie z.B. die Besiedlung mit Erregern mit Problemresistenzen.

Die Non-invasive transkutane Überwachung des pCO_2 stellt eine effektive Interventionsform dar, um unnötige Krankenhauseinweisungen zu vermeiden. Im Rahmen des Workshops wird die Durchführung der transcutanen pCO_2-Messung und deren Anwendungsmöglichkeiten vorgestellt. Die Messemethode bietet betroffenen Patientengruppen viel Sicherheit und die Möglichkeit, Probleme in der pCO_2–Elimination nicht-invasiv frühzeitig zu erkennen und Präventionsmaßnahmen abzuleiten. Weiterhin liefert die Messmethode viele Informationen zu Belüftung der Lunge in Abhängigkeit zur Körperlage. Das System kann bei Mobilisation/Transfer und bei der Teilhabe am Sozialleben den Patienten effektiv unterstützen.

Der Referent Joachim Willms (links oben) ist Krankenpfleger mit Fachweiterbildung Intensiv/Anästhesie, Studium Management von Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens, Bachelor of Business Administration Steinbeis-Hochschule Berlin, Studium Erwachsenenbildung TU Kaiserslautern, Fachweiterbildung Krankenhaushygiene und Infektionsprävention Institut für Hygiene und Infektionsprävention, Hamburg, Zertifikatsstudiengang IT Management im Gesundheitswesen Apollon Hochschule Bremen, Fachkundelehrgang I DGSV FHTS Laatzen. Er ist Mitarbeiter des Intensivpflegedienstes „Triage“ im Bereich Qualitätsmanagement und nebenberuflicher Fachdozent des Schulungsunternehmens „Ventrio“ mit den Schwerpunkten außerklinische Beatmung und Hygiene/Infektionsprävention. Das Unternehmen „Ventrio“ ist ein Trainingsdienstleiter mit den Schwerpunkten Anästhesie/ Intensivpflege außerklinischer Intensivpflege, sowie im Gesamtbereich der Hygiene/Infektionsprävention.

Radiometer TCM 5 FLEX zur kontinuierlichen Überwachung des $tcpCO_2$

Workshop „Reflux, Durchfall, Verstopfung- wie Sie mit der richtigen Sondenernährung Komplikationen vermeiden können“

Veranstalter: Nutricia GmbH

Referentin: Traute Heine, Diplom Oecotrophologin, Training Manager der Nutricia Akademie.

Freitag, 27. Oktober 2017, 11:00 – 12:30 Uhr, Forum 14

Ziel der medizinisch enteralen Ernährung ist die bedarfsadaptierte Nährstoffversorgung der Patienten sowie die Vermeidung von Mangelernährung und möglichen Komplikationen. Unterschiedliche Gründe können zu unerwünschten Komplikationen wie Durchfall oder Verstopfung führen. Erkrankungen des Verdauungstraktes oder eine veränderte Stoffwechsellage des Patienten können zu einer Störung der Resorption und Verdauung beispielsweise der Nahrungsfette führen mit gastrointestinalen Unverträglichkeiten, die den Patienten zusätzlich belasten.

Modifizierte Sondennahrungen sind an die veränderte Stoffwechsellage der Patienten angepasst, um eine bedarfsadaptierte Ernährung des Patienten zu ermöglichen. Wenn der Stoffwechsel besondere Ansprüche stellt, ist es daher sehr wichtig, die richtige Art der enteralen Ernährung auszuwählen. Welche Sondennahrung wann und wie eingesetzt werden sollte, werden wir Ihnen in dieser Veranstaltung aufzeigen.

Vortrag „Rechtliche Probleme in der Versorgung von Kindern in Bezug auf das Sorgerecht“

Referentin: Christine Krieg

Samstag, 28. Oktober 2017, 9:00 – 10:30 Uhr, Forum 12

Der Vortrag auf dem 10. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress geht von der ambulanten sowie stationären Versorgung schwerst- und intensivpflegebedürftiger Kinder aus.
Im Rahmen des Vortrages soll neben den vertraglichen Verknüpfungen und den Einwilligungserfordernissen auch auf die Frage der Möglichkeit der Erstellung von Patientenverfügungen durch Kinder eingegangen werden.
Zentraler Kern des Vortrags wird die Verantwortung der Eltern im Zusammenhang mit der Versorgung der Kinder im Rahmen ihres Sorgerechts sein. Es werden die damit zusammenhängenden Probleme dargestellt werden, insbesondere dann, wenn Eltern sich nicht einig sind sowie wenn Entscheidungen getroffen werden, die gegen den Willen des Kindes verstoßen oder aber möglicherweise auch gegen das Wohl des Kindes. Es soll aufgezeigt werden, welche Lösungsansätze das Gesetz zur Verfügung stellt, aber auch wie die jeweilige pflegende Person sich in solchen Situationen verhalten kann.
Zur Verdeutlichung der Ausführungen werden Fallbeispiele vorgestellt. Für das brisante Thema sind 90 Minuten eingeplant. Referentin ist Rechtsanwältin Christine Krieg, Fachanwältin für Medizinrecht, zertifizierte Mediatorin, meyerhuber rechtsanwälte partnerschaft mbb.

Pflegekraft in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung

Hygienische Standards in Wohngemeinschaften der außerklinischen Intensivpflege

Seit dem 25.7.2017 ist die Novellierung des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) in Kraft getreten, die u.a. vorsieht, dass ambulante Pflegedienste, die Wohngemeinschaften (intensiv-) pflegerisch betreuen, ihre innerbetrieblichen Verfahrensweisen zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festlegen sollen. Außerdem unterliegen diese Pflegedienste und Unternehmen der infektionshygienischen Überwachung durch das Gesundheitsamt. Im Wortlaut des Gesetzes (§ 36 Abs. 1) betrifft das die ambulanten Pflegedienste und Unternehmen, die eine vergleichbare Dienstleistung erbringen wie voll- oder teilstationäre Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen. Davon ausgenommen sind Pflegedienste, die ausschließlich Angebote zur Alltags-Unterstützung anbieten (Bundesministerium für Gesundheit 2000).

In Deutschland haben vor allem die beiden Veröffentlichungen aus der infektionshygienischen Überwachungspraxis des Stadtgesundheitsamtes München für Aufmerksamkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst, also u.a. in den Gesundheitsämtern, gesorgt (Gleich et al. 2009; Gleich et al. 2015). Hier wurde nachgewiesen, dass in den Wohngemeinschaften der außerklinischen Intensivpflege eine hohe Prävalenz von Besiedlungen mit Multiresistenten Erregern (MRE) besteht. Darüber hinaus existieren kaum Erfahrungen, wie es um die hygienische Situation in den (intensiv-) pflegerischen WGs gestellt ist. Aufgrund der bisher unklaren Rechtslage bestehen seitens der Überwachungsbehörden Unsicherheiten, ob in den Wohngruppen die gleichen Hygienemaßnahmen wie in stationären medizinischen oder pflegerischen Einrichtungen anzuwenden sind. Im Hinblick auf das Ziel der Autonomie soll der Charakter einer privaten Wohnung gewahrt bleiben. Andererseits haben die Patienten ein Recht darauf, vor Infektionsübertragungen so gut wie möglich geschützt zu werden. Beide Ziele (Patientenautonomie und Patientensicherheit) stehen im Alltag bisweilen konträr zueinander. So wirken gut desinfizierbare Arbeitsflächen oder der Verzicht auf Auslegware zwar ungemütlich und stören evtl. den wohnlichen Charakter, sind aber aus Gründen der Infektionsprävention unerlässlich. Das Gesundheitsamt München fordert auf Basis der eigenen Beobachtungen ein generelles Aufnahmescreening auf MRE in der außerklinischen Intensivpflege (Gleich et al. 2009; Gleich et al. 2015). In Anbetracht der in München erhobenen Besiedlungsprävalenzen könnte auch die These vertreten werden, dass ein Aufnahmescreening überflüssig ist und die Pflegedienste von einer mutmaßlichen MRE-Besiedelung der Klienten ausgehen sollten. Betrachtet man die bisher veröffentlichten Erfahrungsberichte von Kontrollen ambulanter Pflegedienste, lassen sich Schwächen im Hygienemanagement erkennen (Adler et al. 2012; Popp et al. 2006).

In ambulant betreuten Wohngemeinschaften kommen noch weitere, sehr spezifische Herausforderungen hinzu (Gleich et al. 2015; Gleich et al. 2009):

- Häufigkeit der Personal-Patienten-Kontakte sind mit einem Heim oder sogar einer Intensivstation, nicht aber mit der üblichen ambulanten Versorgung vergleichbar,
- Schwerpunkt in der Behandlungspflege und der Versorgung von sogenannten Devices (Tracheostoma, PEG-Sonde, Urinkatheter),
- hohe Rate an Multiresistenten Erregern (MRE),
- viele Patienten mit eingeschränkter Immunkompetenz (aufgrund der Grund- und Begleiterkrankungen),
- Versorgung in einem Wohnumfeld, welches nicht in erster Linie hygienischen Aspekten unterworfen ist, sondern vor allem den häuslichen Charakter zum Ziel hat.

Aufgrund der rechtlichen Situation, dass die Wohngemeinschaften als privat-häuslicher und nicht als gewerblicher Bereich zu sehen sind, scheinen traditionelle Hygienekonzepte, die auf die Umgebung abzielen, ungeeignet und rechtlich kaum durchsetzbar. Die Hygienekonzepte für die Wohngruppen und die Ansatzpunkte für die infektionshygienische Überwachung müssen daher neu überdacht und auf die Pflegeprozesse ausgerichtet werden. Passende Empfehlungen für diesen Bereich fehlen bisher, daher entstehen Unklarheiten und Orientierungsbedarf.

Aufgrund der vermehrt auftretenden Anfragen seitens der Gesundheitsämter sowie der betroffenen ambulanten Pflegedienste zur Umsetzung von Hygienerichtlinien in den Wohngemeinschaften beschäftigt sich das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) intensiv mit dieser Thematik. Das NLGA hat die Funktion einer beratenden Behörde auf Landesebene, die weder profitorientiert agiert, noch eine Aufsichts- oder Überwachungspflicht hinsichtlich der Hygiene in Einrichtungen des Gesundheitswesens hat.

Zur Ermittlung einer angemessenen Basishygiene und von geeigneten zusätzlichen Hygienemaßnahmen im Falle von multiresistenten Erregern (MRE) hat das NLGA ein Konzept bzw. eine Arbeitshilfe mit dem Titel „MRE / BasisPlus“ entwickelt.

Dieses Konzept ist für verschiedene Einrichtungen des Gesundheitswesens anwendbar, wobei für die einzelnen Einrichtungsarten unterschiedliche Arbeitshilfen in Form von Checklisten und Detaildateien erarbeitet wurden. Als eine der Einrichtungsarten wurden auch sog. „ambulante Wohngemeinschaften“ berücksichtigt. „MRE / BasisPlus“ kann von der Website der MRSA-Netzwerke Niedersachsen als Zip-Datei heruntergeladen werden: www.mre-netzwerke.niedersachsen.de > Dokumente > Stationäre Einrichtungen).

Darüber hinaus hat das NLGA in Kooperation mit dem NaVI (Niedersachsens außerklinische Vernetzung Intensivpflege) den Arbeitskreis „Hygiene in der außerklinischen Intensivpflege“ initiiert, an dem Aufsichtsbehörden und Pflegedienste an einem Tisch sitzen, um ein niedersächsisches Konsensuspapier für die außerklinische Intensivpflege zu erarbeiten. Die Verzahnung mit dem NAVI-Netzwerk sowie die Teilnahme interessierter und qualifizierter Vertreter der ambulanten Pflege (z.B. aus dem NAVI-Netzwerk) an dem geplanten Hygiene-Arbeitskreis sind wichtig, um einerseits die fachliche Expertise einzubringen, aber auch um den erarbeiteten Empfehlungen ein hohes Maß an Akzeptanz zu geben.

Weitere Informationen sind auf den Seiten des NLGA zu finden: www.pflegehygiene.nlga.niedersachsen.de Wir würden uns über eine Rückmeldung zur Umsetzbarkeit und Praktikabilität freuen.

Literatur

Adler, A. C.; Spegel, H.; Wilke, J.; Höller, C.; Herr, C. (2012): Präventionsstrategien zur Vermeidung der Übertragung multiresistenter Erreger und praktische Umsetzung in der ambulanten Pflege. In: Gesundheitswesen 74 (10), S. 653–660. DOI: 10.1055/s-0032-1309014.

Bundesministerium für Gesundheit (2000): Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen. Infektionsschutzgesetz- IfSG, vom 2017. In: Bundesgesetzesblatt, S. 1045.

Gleich, S.; Böhm, D.; Horvath, L. (2015): Außerklinische Intensivpflege: Aktuelle Herausforderungen im Hygienemanagement. Ergebnisse einer Prävalenzerhebung multiresistenter Erreger im November 2014 - Erfahrungsbericht aus dem Gesundheitsamt München. In: Epidemiologisches Bulletin.

Gleich, S.; Fulle, W.; Linner, M.-T.; Perugia, S.; Heimstädt, V.; Kaser, M. et al. (2009): Hygienemanagement in deraußerklinischen Intensivpflege. Anforderungen an Struktur-und Prozessqualität. In: Hygiene & Medizin 34 (11), S. 443–453. Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Krankenhaushygiene/ThemenA-Z/H/Artikel_Heime.pdf?__blob=publicationFile, zuletzt geprüft am 28.06.2017.

Popp, W.; Hilgenhöner, M.; Dogru-Wiegand, S.; Hansen, D.; Daniels-Haardt, I. (2006): Hygiene in der ambulanten Pflege. Eine Erfassung bei Anbietern. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 49 (12), S. 1195–1204. DOI: 10.1007/s00103-006-0089-2.

Patrick Ziech, MHA, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA), Koordinator des Hygiene-Netzwerks, und **Peter Bergen**, examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger und Hygienefachkraft, ebenfalls Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA).

Wer mehr zu dem Thema „Hygienische Standards in Wohngemeinschaften der außerklinischen Intensivpflege“ erfahren möchte, ist zum Slot „Hygiene“ beim diesjährigen MAIK eingeladen. Es referieren außerdem Doris Böhm und Dr. med. Leila Horvath, Fachärztin für Innere und Allgemeinmedizin, beide Landeshauptstadt München, Referat für Gesundheit und Umwelt.

Kommunikation trotz Beatmung oder Trachealkanüle?

Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation (UK)

Ausgangssituation

Eine Beatmung stellt für Patienten und ihre Angehörigen eine ungewohnte Situation dar und ist häufig mit Ängsten und Stress verbunden. Die Beatmungstherapie ist Folge eines akuten Geschehens, eines geplanten Eingriffs oder Folge einer chronischen Erkrankung. Auch die Trachealkanüle stellt einen Eingriff in die Lebenssituation dar und stellt Betroffene und das Umfeld vor Herausforderungen. Erfahrungen während dieser Zeit können für die Patienten und die Angehörigen traumatisch sein. Gefühle wie Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein begleiten diese Situation häufig. Die zahlreichen Geräte und Geräusche, die körperliche Gebrechlichkeit und die medizinische Situation stellen eine Ausnahmesituation dar. Hinzu kommt, dass Beatmung / Trachealkanüle oft die Kommunikationsfähigkeit behindert.

Betrachtet man den Ist-Zustand in Deutschland, stellt man fest, dass ein Assessment der Kommunikationsmöglichkeiten noch nicht zum festen Bestandteil des Teams rund um Patienten mit Beatmung / Trachealkanüle gehören. Auch eine logopädische Begleitung gehört noch nicht zum Standard auf Intensiv- und Weaningstationen. Falls es eine logopädische Betreuung gibt, liegt der Fokus häufig auf der Behandlung von Schluckstörungen. Die Ressourcen und Möglichkeiten in Bezug auf die Unterstützung im Bereich „Unterstützte Kommunikation“ wurden noch nicht erkannt bzw. umgesetzt. So finden sich kaum deutsche Publikationen zum Thema. Spezielle Fortbildungen oder Ausbildungsmodule für Pflegepersonal und Ärzteschaft scheint es nicht zu geben. Auch in der logopädischen Ausbildung oder im Studium ist das Thema „Unterstütze Kommunikation“ und insbesondere der Schwerpunkt Klinik nicht bzw. nur wenig präsent.

ICF

Um Isolation und andere Folgen zu verhindern, muss so früh wie möglich nach Alternativen gesucht werden, die eine Kommunikation wieder ermöglichen. Es gibt einige Strategien, die zur Verbesserung der Kommunikation beitragen können, z.B. eine Überartikulation der Betroffenen, so dass das Lippenlesen dem Gegenüber erleichtert wird. Auch ein Sprechventil kann eine Möglichkeit darstellen, dass der Betroffene wieder sprechen kann. Häufig werden Gesten eingesetzt, um basale Bedürfnisse auszudrücken und Codes für z.B. „ja“ und „nein“ werden etabliert. Und doch gibt es immer wieder Begebenheiten, die dazu führen, dass kein Sprechventil eingesetzt werden kann oder durch das Lippenlesen Inhalte nicht wie gewollt vermittelt werden. Die Betroffenen haben das Bedürfnis, Fragen zu stellen, sich komplexer zu unterhalten oder Wünsche zu äußern.

Bei einer Befragung von Studierenden und älteren Personen gaben beide Gruppen als wichtigste Aktivitäten des täglichen Lebens während einer Krankheit die Interaktion mit Familie und Freunden sowie die Erhaltung der persönlichen Autonomie an (Ditto et al. 1996). Dies entspricht der ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health), welche die Aktivität und Teilhabe als höchstes Gut sieht. Verbesserungen in Funktion und Struktur sollen dazu dienen, die Ausführung von Aktivitäten und die Teilhabe am täglichen Leben zu ermöglichen. Deshalb gilt es, bei der Zielformulierung die Ebene der Aktivitäten und der Teilhabe im Blick zu haben.

Unter Körperfunktion werden die physiologischen Funktionen von Körpersystemen zusammengefasst (z.B. Kopfschütteln für „ja“). Im Bereich Körperstruktur werden anatomische Teile des Körpers und ihre Bestandteile beschrieben (z.B. Struktur des Kehlkopfes). Die Aktivität ist die Durchführung einer Aufgabe oder einer Handlung durch eine Person (z.B. Schmerzen ausdrücken können). Unter Teilhabe wird das Einbezogen sein in eine Lebenssituation verstanden (z.B. an Gesprächen teilnehmen).

Kommunikationsfähigkeit

In einer Studie von Patek et al. (2004) wird berichtet, dass 88% der Patienten ihre Kommunikation während der Intubation als frustrierend bezeichneten. 86% der Patienten waren der Meinung, dass eine Kommunikationstafel ihre Frustration verringert hätte. Das lässt die Mutmaßung zu, dass es Patienten mit Trachealkanüle nicht viel anders geht. Obwohl einige Möglichkeiten in der Umsetzung einfach erscheinen (Schreibtafel, Ja-Nein-Code, Gesten, Buchstabentafel …), werden sie nur selten erfolgreich eingesetzt.

Die Ursachen für den fehlenden bzw. erfolglosen Gebrauch sind gemäß Happ et al. (2003) vielfältig:

- Verschlechterung des Gesundheitszustandes
- wechselnde kognitive und physische Zustände der Patientinnen und Patienten
- ungünstige Positionierung
- eingeschränkte Belastbarkeit
- wechselnde Kommunikationspartner
- Personalmangel
- mangelndes Wissen
- fehlender Zugang zu Möglichkeiten der Unterstützten Kommunikation

Auf der Seite der Angehörigen kommen Gründe wie Unkenntnis, Betroffenheit durch die Erkrankung und Angst, etwas falsch zu machen bzw. die Sicherheit zu gefährden, und Frustration zum Tragen. Ohne Instruktionen und Ermutigung seitens des Personals, wie die Kommunikationshilfsmittel einsetzbar sind, fällt es Angehörigen oft schwer, in eine Kommunikationssituation zu gelangen (vgl. Broyles et al. 2012).

Die „Unterstützte Kommunikation" stellt eine Option zur Verbesserung der Kommunikationsmöglichkeiten dar. Setzt man sich mit dem Begriff „AAC – Augmentative and Alternative Communication" auseinander, ergibt sich in der Übersetzung „ergänzende und ersetzende Kommunikation" (vgl. Braun 2003). Für Patienten und Patientinnen ohne oder mit eingeschränkter Lautsprache stehen zahlreiche Möglichkeiten zur „Unterstützten Kommunikation" bereit. Diese kommen v.a. bei denjenigen zum Einsatz, welche längerfristig oder dauerhaft ohne Lautsprache sind. Ein Einsatz scheint auch bei „akuter" oder „temporärer" Sprachlosigkeit sinnvoll.

Bevor man Patienten in ihrer Kommunikation stärken und unterstützen kann, gilt es zunächst, bei allen Beteiligten das Bewusstsein für möglicherweise auftretende kommunikative Einschränkungen im Alltag zu fördern und die Wichtigkeit der Förderung der kommunikativen Fähigkeiten als Beitrag zur Lebensqualität und Genesung zu sehen. Eine Evaluation der Kommunikationsfähigkeiten sollte bei beatmeten / tracheotomierten Personen zur Standarddiagnostik gehören. Das Ziel ist, geeignete Kommunikationsmöglichkeiten zu erfassen, die zur Verfügung gestellt werden können.

Vorgehen:

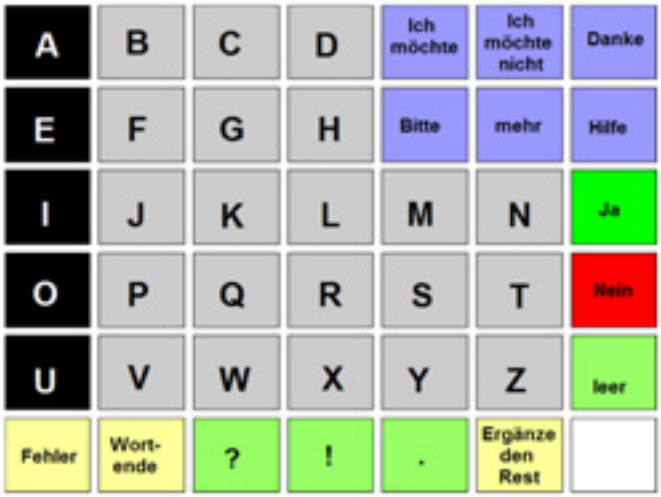
- Erfassen von motorischen, sensorischen, kognitiven und sprachlichen Ressourcen
- Auswahl und zur Verfügung stellen von Methoden und Materialien
- Transparente und nachvollziehbare Dokumentation der Ergebnisse
- Instruktion des Umfeldes

Tafel für Nutzung in der Klinik, REHAVISTA

Mögliche Kommunikationsanlässe

Besonders wichtig ist es, Informationen über die Art und Weise der Kommunikationsmöglichkeiten der Patienten und die Unterstützung in einem „Kommunikationspass“ zusammenzufassen und allen beteiligten auf den ersten Blick bzw. im Kontakt mit dem Patienten zugänglich zu machen.

Mit dem Patienten gemeinsam wird evaluiert, welche Anlässe bzw. Themen für ihn wichtig sind und wie die Art der Unterstützung aussieht.



Mögliche Kommunikationsbegebenheiten können sein:

- Um Hilfe rufen, Aufmerksamkeit erregen (Adaption des „Notrufs / Schwesternrufs“)
- Medizinisch relevante Informationen geben bzw. erhalten (z.B. Schmerzen, weiteres Vorgehen)
- Emotionale Bedürfnisse benennen
- Kontrolle erhalten (z.B. ja, nein, weiß nicht, was anderes, stopp)
- Anweisungen geben bzw. um Unterstützung bitten (z.B. Lippen befeuchten, absaugen)
- Fragen stellen
- Persönlichkeit ausdrücken, soziale Interaktion
- Wohlbefinden herstellen
- Umfeld steuern (z.B. Musik, Fernseher)

Häufig müssen mehrere Möglichkeiten zur Kommunikation nebeneinander etabliert werden, da sie von den individuellen Fähigkeiten der Betroffenen abhängig sind, die oft Tagesschwankungen unterliegen. Ein flexibler Wechsel zwischen den Strategien, abhängig davon, was die Betroffenen am effektivsten zum Ziel bringt, muss geübt werden.

Zusammenfassend hier die Strategien zum Ermöglichen von Kommunikation bei Beatmung/ Tracheotomie:

- Sprechventil
- Lippenlesen/Überartikulation
- Schreibtafel
- Gesten, Zeichen- z.B. für Ja/Nein, wichtige Begebenheiten
- Sprechzeichen
- Kommunikationstafeln (Buchstaben, Wörter, Symbole, Fotos)
- Elektronische Kommunikationsgeräte mit Kommunikationsstrategien
- Adaptierter Schwesternruf
- Umfeldsteuerung

Schlussfolgerung

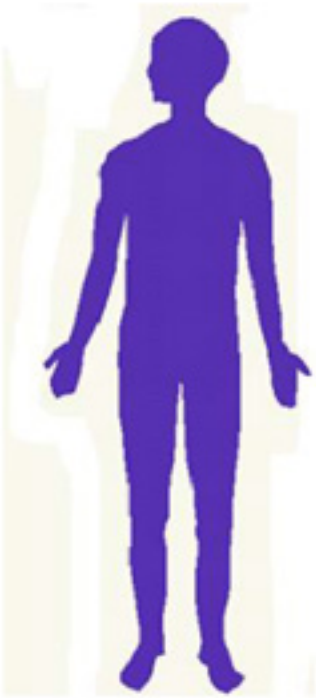
Der Zugang zu alternativen Kommunikationsmöglichkeiten bei beatmeten / tracheotomierten Patienten mit Kommunikationseinschränkungen muss verstärkt und ausgebaut werden. Das Erlernen von alternativen Kommunikationsstrategien unter Zuhilfenahme von low-tech- und/ oder high-tech-Lösungen ist sinnvoll. Insbesondere das Pflegepersonal als erster und engster Kontakt der Patienten muss geschult und instruiert werden. Hier liegt das Augenmerk auf einem niedrigschwelligen Zugang zu Methoden der „Unterstützten Kommunikation“. Als zweiter Schritt muss ein therapeutisches Assessment folgen, welches den Ausbau und gegebenenfalls die Ausweitung in Richtung Kommunikationsmöglichkeiten zum Ziel hat. Hier können elektronische Kommunikationshilfen mit einer Schriftsprachstrategie und Sprachausgabe oder, bei Bedarf, eine symbolunterstützte Kommunikationsstrategie dazu führen, dass dem Patienten ein umfangreiches Vokabular zur Verfügung gestellt werden kann. Dieses kann an die individuellen Bedürfnisse des Patienten angepasst und ggf. erweitert werden.

Sabrina Beer

Logopädin, MSc. Neurorehabilitation, Krankenschwester, LogBUK GmbH, Praxis für Logopädie und Ergotherapie, Beratungsstelle mit Schwerpunkt Unterstützte Kommunikation, Rosenheim

Download von diversen Materialien unter: www.logbuk.de/materialien

bipG®
VOR ORT
ERFAHRUNG AN IHRER SEITE
BUNDESWEITE
INTENSIV
PFLEGE
GESELLSCHAFT
"Gestalten Sie mit uns
die Zukunft der Intensivpflege"
Wir suchen!
✓ Anästhesie- & Intensivpfleger (m/w)
✓ Intensivmediziner (m/w)
✓ Atmungstherapeut (m/w)
Bewerben Sie sich:
bewerbung@bipG-vo.de
www.bipG-vo.de/karriere
Unsere Leistungen!
✓ Ambulante 1:1-Pflege
✓ Wohngemeinschaften
✓ Überleitungsmanagement
Kostenlos beraten lassen:
0261 / 89 94 48 54



Tafel für die Abfrage von Schmerzen

Literatur:

Alasad, J., Ahmad, M. Communication with critically ill patients. In: Journal of Advanced Nursing, 2005, 50 (4), S. 356-362357.

Bartlett, G. R.; Blais, R.; Tamblyn, R.: Impact of patient communication problems on the risk of preventable adverse events in the acute care settings, in: Canadian Medical Association Journal 178, 2008, 1555-1562

Broyles, L. M.; Tate, J. A.; Happ, M. B.: Use of Augmentative and Alternative Communication Strategies by Family Members in the Intensive Care Unit, in: American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses, 21, 2/2012, 01.03.2012

Costello, J.M.: Communication vulnerable patients in the pediatric ICU: Enhancing care trough augmentative and alternative communication, in: Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine: An Interdisciplinary Approach 3, 2010, 289-301

Dowden, P., Hosinger, M., Beukelman D. Serving nonspeaking patients in acute care settings: An intervention approach. In: Augemtative and Alternative Communication, 2009, 2/1) S. 25-32

Garrett, K. L.; Paull, B. M.; Happ, M. B.: Content of an Instructional AAC Program for ICU Nurses. Paper presented at the 2007 Clinical AAC Research Conference, Lexington, KY, 2007

Happ, M.; Garrett, K.L.; Sereika, S.; George, E.; Donahoe, M.: Improving communication with nonspeaking ICU patients. National Institute of Child Health and Human Development grant 5R01HD043988, 2003-2008

Happ, M.B.; Roesch T.K.; Garrett, K.: Electronic voice-output communication aids for temporarily nonspeaking patients in a medical intensive care unit: a feasibility study, in: Heart & Lung - The Journal of Acute and Critical Care, 33, 2004, 92-101

Happ, M.B., Garrett, K., Thomas, D.D., Tate, J., George, E., Houze, M., et al. Nurse Patient communication interactions in the intensive care unit. In: American Jorunal of Critical Care, 2011 , 20(2). S. e28-40.

Happ. M.B., Garrett, K.L., Tate, J.A., DiVirgilio, D., Houze, M.P., Demirci, J.R. et al. Effect of a multi-level intervention on nurse-patient communication in the intensive care unit: Results of the SPEACS trial. In: Heart & Lung, 2014, 43(2), S. 89-98

Ebert, D. A.: Communication disabilities among medical inpatients, in: New England Journal of Medicine, 3, 1998, 339-272

Ditto, P. H.; Druley, J.A.; Moore, K.A.; Danks, J. H.; Smucker, W.D. Fates worse than death: The role of valued life activities in health state evaluations, in: Health Psychology, 15, 1996, 332-343

O'Halloran, R., Hickson L., Worrall, L. Environmental factors that influence communication between people with communication disability and their healthcare providers in hospital: a review of the literature within the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. In: International Journal of Language & Communication Disorders, 2008, 43(&), S. 601-632632

Patak, L.; Gawlinski, A.; Fung, N. I.; Doering, L.; & Berg, J.: Patients' reports of health care practitioner interventions that are related to communication during mechanical ventilation, in: Heart & Lung,, 33, 2004, 308-320

Patek, L.; Gawlinski, A.; Fung, N. I.; Doering, L.; Berg, J.; Henneman, E. A.: Communication boards in critical care: Patients' view, in: Applied Nursing Research, 19, 4/2006, 182-190

Radtke, J.V., Baumann, B.M., Garrett, K.L., Happ, M.B, Listening to the Voiceless Patient: Case Reports in Assisted Communication in the Intensive Care Unit. In: Journal of Palliative Medicine, 2011, 14(6), S.791-795795

Radtke, J.V., Tate, J.A., Happ, M.B, Nurses' perceptions of communication training in the ICU. In: Intensive & Critical Care Nursing, 2012, 28(1), S. 16-2510

REHAVISTA: Klinikset

Shiber, J., Thomas, A., Northcutt, A. Communicating while receiving mechanical ventilation: Texting with a smartphone. In: American Jorunal of Critical Care, 2016, 25(2), S. e38-e3932

Schluckstörungen – das unterschätzte Risiko

Etwa 1.500mal schlucken wir pro Tag. Hinter diesem einfach erscheinenden Vorgang steckt ein komplexes Zusammenspiel zentralnervöser Strukturen: Die Schluckbewegung wird vom Großhirn, dem Hirnstamm und den sog. Schluckzentren im Gehirn gesteuert, die die etwa 50 am Schlucken beteiligten Muskelpaare koordinieren.

Wie wichtig dieses ganz elementare Ereignis „Schlucken“ für uns, unsere Lebensqualität und unsere Gesundheit ist, darüber machen wir uns keine Gedanken. Außer, wir können nicht mehr schlucken.

Eine Schluckstörung muss ernst genommen werden

Beim sicheren Schluckvorgang geht es um 2 unterschiedliche Ziele:

1. **Transport der Nahrung** vom Mund in den Magen bei
2. gleichzeitigem **Schutz der unteren Atemwege**.

Die Sterberate bei Schlaganfall-Betroffenen mit Dysphagie ist 5-fach höher verglichen zu Betroffenen ohne Dysphagie. Die unmittelbare Gefahr, Teile von Nahrung und Flüssigkeit in die Luftröhre statt in die Speiseröhre zu bekommen, kann zu einer Lungenentzündung („Aspirationspneumonie“) führen.

Aber auch Mangelernährung und Austrocknung müssen als mögliche Folgen mit gravierenden Auswirkungen beachtet werden: Allgemeine Schwächung bis hin zu verzögerter Genesung und erhöhter Infektanfälligkeit führen dazu, dass die Überlebensrate von Patienten mit Mangelernährung deutlich niedriger ist als diejenige von Patienten mit gutem Ernährungszustand. Studien zeigen, dass unterernährte Patienten 6 Monate nach einem Schlaganfall häufiger pflegeabhängig sind als nicht-unterernährte.

Was kann ich bei einer Schluckstörung tun?

Der erste und wichtigste Schritt ist eine ausführliche Diagnose durch den behandelnden Arzt.

Anschließend gibt es verschiedene Ansätze, eine Dysphagie zu behandeln. Neben einem chirurgischen Eingriff sind vor allem Übungen für die Mundmuskulatur ein erfolgversprechender Ansatz. Betroffene Patienten können auch lernen, das Schlucken zum Beispiel durch eine Veränderung der Kopfhaltung zu unterstützen. Eine andere Möglichkeit besteht darin, die Konsistenz der Speisen und Getränke zu ändern, beispielsweise durch Pürieren oder Andicken. So wird das Schlucken erleichtert und die Gefahr des Verschluckens verringert. Ärzte und Logopäden sind darauf spezialisiert, Schluckbeschwerden zu erkennen und zu behandeln.

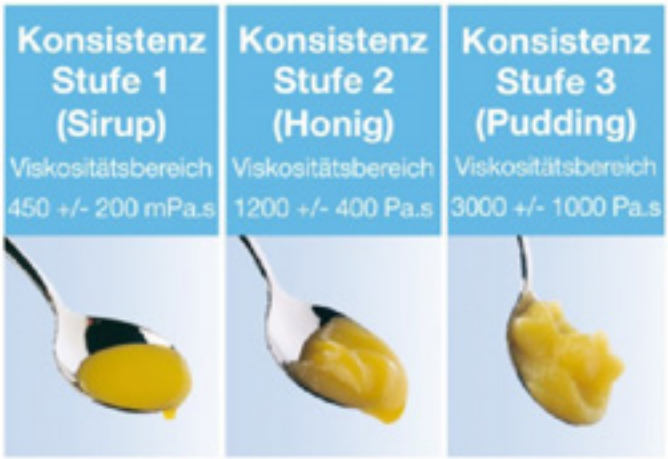
Ernährung bei Dysphagie – worauf muss ich achten?

Wichtig ist, dass der Energie- sowie Nährstoffbedarf des Betroffenen gedeckt wird. Das kann bedeuten, dass bei Betroffenen mit einer schweren Dysphagie und einem hohen Aspirationsrisiko keine normale orale Kost gegeben werden darf, sondern die Ernährung (zunächst) über die Sonde erfolgt. Ist die Ernährung über eine Sonde voraussichtlich über einen eher kurzen Zeitraum (weniger als 28 Tage) notwendig, so wird die Sondenkost vorzugsweise über eine Sonde gegeben, die über die Nase in den Magen geht („nasogastral“).

Logopäden führen zur Verbesserung des Schluckablaufs Schlucktrainings durch.

Wichtig zu wissen: die Ernährung über eine Sonde beeinträchtigt das Schlucktraining in der Regel nicht.

Mit Hilfe von speziellen Untersuchungsmethoden kann festgestellt werden, wann ein oraler Kostaufbau möglich ist. Die speziellen Dickungsmittel von Nutilis helfen, Essen und Trinken einfach in den Konsistenzen anzudicken, die für den Patienten als gefahrlos zu Schlucken ermittelt wurden.



Wichtig zu wissen: Patienten, die eine konsistenzadaptierte Nahrung erhalten, nehmen etwa 40% zu wenig Energie und Eiweiß zu sich. Die Gründe hierfür sind vielschichtig. Zum einen isst auch das Auge mit: Untersuchungen haben gezeigt, dass die Verbesserung von Geschmack, Textur und Aussehen der pürierten Kost die Energiezufuhr bei Pflegeheimbewohnern erhöht und Gewichtsverluste reduziert. Zum anderen wird die Nährstoffdichte von püriertem Essen geringer, wenn einfach nur mit Wasser verdünnt wird.

Die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) hat in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGN und der DGG 2013 die S3-Leitlinie „Klinische Ernährung in der Neurologie“ veröffentlicht. Darin wird explizit beschrieben, dass Patienten mit konsistenzadaptierter Nahrung dazu neigen, weniger Nahrung und Flüssigkeiten aufzunehmen. Die Autoren empfehlen deshalb, eine Ernährungsfachkraft zu konsultieren und in Fällen mit dauerhaft geringer Nahrungszufuhr eine Ernährungstherapie zu initiieren.

Die Originalleitlinie finden Sie hier:

www.dgem.de/leitlinien

Quellen:

Wirth R et al. Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) Klinische Ernährung in der Neurologie Aktuel Ernahrungsmed 2013; 38(04): e49-e89

Niers et al: Schluckstörungen. Ein Überblick aus neurologischer Sicht. Lila Reihe der Nutricia GmbH. Auflage 03.2017

Nutricia unterstützt Sie! Die MEHRnährungsexperten von Nutricia sind ein Team aus examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger/innen. Wir kennen die speziellen Bedürfnisse der Ernährungstherapie von beatmeten Patienten sehr genau und sind Ihr Partner von der Entlassung aus der Klinik bis zur intensiven Weiterversorgung im ambulanten Bereich. Wir unterstützen Sie bei der Versorgung von Patienten, die eine besondere Ernährung in Form von medizinischer Trink-, Sonden- und angedickter Ernährung benötigen. Wir besuchen Sie und Ihre Patienten regelmäßig, dokumentieren den Verlauf der Ernährung bzw. den Ernährungszustand und erkennen Komplikationen. Wir schulen Sie und Ihre Mitarbeiter zu den unterschiedlichen Themen rund um die Ernährungsversorgung wie Mangelernährung, Grundlagen der medizinischen Ernährung sowie besondere Ernährungssituationen wie Dysphagie und Dekubitus.

Rufen Sie uns einfach an:

09131 7782-0 und fragen Sie nach Ihrem MEHRnährungsexperten vor Ort.

Monika Beyer, 10.2017

Nutilis Clear.
Mit Sicherheit zu klaren Ergebnissen!

Andickungspulver für die Ernährungsversorgung Ihrer Dysphagie-Patienten

SICHER: Kein Verschlucken durch stabile Konsistenz der angedickten Getränke/Speisen dank amylaseresistenter* Eigenschaften

KLARE ERGEBNISSE: Getränke bleiben beim Andicken klar – für ein appetitliches Aussehen

EINFACH: Klümpchenfreies Andicken von kalten und warmen Getränken/Speisen in verschiedenen Konsistenzstufen

LECKER: Dank neutralem Geschmack und Geruch für fast alle Mahlzeiten/Getränke verwendbar

DYSPHAGIE

Mit amylaseresistenten Eigenschaften

FÜR EIN SICHERERES SCHLUCKEN

Information für medizinisches Fachpersonal

EMH – 08.17

Faxantwort an 09131 7782 1283

☐ Ich möchte den kostenlosen Dysphagie-Newsletter abonnieren, um regelmäßig zum Thema Ernährung bei Schluckstörungen informiert zu werden.

Mit der Anmeldung geben Sie die Zustimmung, dass Ihre Daten durch die Nutricia GmbH elektronisch verarbeitet und für den Newsletter verwendet werden dürfen. Diese Zustimmung können Sie durch „abbestellen" im Newsletter widerrufen.

Bitte in Druckbuchstaben schreiben:

Name, Vorname

E-Mail

*Amylase ist ein Enzym im menschlichen Speichel, welches Stärke bereits im Mund zersetzt und zum Verschlucken führen kann. Nutilis enthält neben Stärke auch pflanzliche Ballaststoffe, die dafür sorgen, dass die gewünschte Konsistenz der angedickten Speisen und Getränke auch bei Speichelkontakt erhalten bleibt.

www.dysphagie.de

NUTRICIA Nutilis

„Wenn Kinder von zu Hause nach zu Hause gehen“

Strukturiertes Überleitungsmanagement in der kinderinsel

Die „kinderinsel“ an der DRK-Kinderklinik Siegen ist eine Intensivstation mit Wohncharakter für dauerhaft beatmete Kinder und Jugendliche. Seit 2005 versorgt ein großes interdisziplinäres Team, bestehend aus Ärzten, Kinderkrankenpflegekräften, Pädagogen und Therapeuten, bis zu 16 Kinder bzw. Jugendliche in einem WG-ähnlichen Umfeld.

Auch wenn einige der Bewohner inzwischen seit mehr als 12 Jahren in ihren individuell eingerichteten Jugendzimmern mit entsprechender Versorgungstechnik wohnen, hat man sich die Überleitung in eine häusliche Pflege im Familiengefüge eigentlich als Ziel gesetzt. 12 Patienten konnten in den letzten 5 Jahren so stabilisiert werden, dass sie ihr „Insel-zu-Hause“ in Richtung ihres „familiären-zu-Hauses“ verlassen konnten.

In den vergangenen Jahren stellten sich die Abschiede dabei zunächst immer sehr unterschiedlich dar. Nach durchaus auch schwierigen begleiteten Prozessen hat man sich im interdisziplinären Team Gedanken gemacht, den doch sehr umfangreichen Vorgang zu dokumentieren, zu standardisieren und natürlich immer weiter zu optimieren. In dem Zusammenhang kam es sehr gelegen, dass der Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger Stefan Jungbluth im Rahmen seines Studiums an der HFH noch eine Abschlussarbeit anzufertigen hatte. Diese hatte den Titel: „Wenn Kinder von zu Hause nach zu Hause gehen“.

Als Methoden wählte der angehende MSc zum einen die umfassende Literaturrecherche ebenso wie die Sichtung und Analyse der vorhandenen Dokumente und Prozessbeschreibungen. Ein wichtiger Baustein waren zudem Interviews mit betroffenen Familien, deren Kinder bereits nach Hause entlassen werden konnten. Aufgrund der Tatsache, dass einige der ehemaligen Bewohner nun von der ebenfalls an der Kinderklinik angebundenen Häuslichen Kinderkrankenpflege versorgt werden, hatte man hier weitere kompetente Ansprechpartner, die relevanten Input beitragen konnten. Ziel der Arbeit war es unter anderem, die Sicht der Eltern deutlich zu machen und anhand dieser Erkenntnisse das Überleitungsmanagement zu optimieren.

Die Ergebnisse der rund 50-seitigen Abschlussarbeit lassen sich in drei Kategorien einteilen:

1.Literatur

Unterschiedliche Quellen zeigen auf, dass man eigentlich schon bei der Anamnese an die spätere Entlassung denken muss. Die Eltern bzw. Angehörigen sollten möglichst (nur) einen Ansprechpartner bei der Einrichtung für den Prozess der Überleitung haben. Auch beschreiben die verschiedenen Literaturquellen die unabdingbare Einbeziehung der Familien von der Planung bis zur Umsetzung bereits von Beginn der Aufnahme an. Einige Autoren empfehlen die frühzeitige Abstimmung des poststationären Bedarfs, um später Verzögerungen aufgrund von Lieferschwierigkeiten zu vermeiden. Die rechtzeitige Ansprache und Einbindung des späteren häuslichen Pflegedienstes gehört ebenfalls ganz oben auf die ToDo-Liste. Die Erwähnung von Kindern in der Entlassplanung ist im Vergleich zu den Erwachsenen eher selten. In der Regel werden, verständlicherweise, die Eltern angesprochen, jedoch ist es auch wichtig, um Selbstbestimmung und Ressourcen zu fördern, die Kinder mit einzubeziehen.

Der Expertenstandard Entlassungsmanagement gibt Einrichtungen wie der kinderinsel ein Grundgerüst, um darauf aufbauend ihre individuelle Entlassplanung gestalten zu können.

2. Eigene Dokumente und Prozessbeschreibungen

Die kinderinsel besitzt eigene Standards im Rahmen der Entlassplanung. Diese umfassen unter anderem ein Ablaufdiagramm, einen Überleitungsbogen und eine Checkliste zur Anleitung der Eltern.

Sinnvoll erscheint in dem Zusammenhang die Gliederung von Elementen in Bausteine einer Entlassplanung. Eine grundsätzliche IT-gestützte Infrastruktur für Dokumente muss vorhanden sein. Die IT-Unterstützung vereinfacht den Zugriff und die Dokumentation der relevanten Daten.

Das mehrstufige Ablaufdiagramm gibt als Leitfaden für alle Beteiligten, besonders für die Eltern, aber auch als eine gute Orientierungshilfe, um den aktuellen Stand der Planungen sowie die weiteren Schritte überblicken zu können. Stetige Schulungen der Mitarbeiter anhand der Unterlagen sowie der Checklisten sichern den Prozess intern ab.

Ein Überleitungsbogen als Leitfaden listet für alle schnell einsehbar sinnvolle relevante Daten, alle Ansprechpartner und aktuelle Stände auf. In der Checkliste wird der Fortschritt der Elternanleitung festgehalten und ermöglicht so jedem Mitarbeiter, die Anleitung der Eltern zu übernehmen.

3. Interviews

Die konkrete ausführliche Auseinandersetzung mit „ehemaligen Betroffenen“ in Form von persönlichen Interviews hat wichtige neue Erkenntnisse eingebracht. Eltern bzw. Angehörige wünschen sich eine Einarbeitung in „alle Lebenslagen“. Die Eltern erleben die Anleitung im Kontext der kinderinsel, haben jedoch keinerlei Erfahrung im Umgang im neuen Umfeld, sei es in der Schule, bei einem Ausflug oder bei nächtlichen Unruhephasen. Mehrere Hausbesuche und das Durchspielen von verschiedenen Situationen können hier Sicherheit vermitteln.

Auch wünschenswert sei die noch intensivere Einbindung in den gesamten Planungsprozess.

Bzgl. der späteren Versorgung durch die häuslichen Pflegedienste wird eine noch frühzeitigere und intensivere Hospitation angedacht. Erstrebenswert ist es, dass am Entlasstag und in der ersten Nacht Pflegekräfte anwesend sind, die das Kind und seine Eigenheiten kennen.

Grundsätzlich ist der Kommunikationsbedarf aus Elternsicht höher als aus der Sicht der Professionen. Eine umfassende, detaillierte Übersicht aller Ansprechpartner nach der Entlassung gibt den Eltern Sicherheit und verkürzt den Aufwand. Dies betrifft alle Professionen. Sei es in Bezug auf Nahrung, Hilfsmittel, Medizintechnik, Medikamente oder Verbrauchsmaterial.

Die minutiöse Planung des Entlasstages selbst, rechtzeitig kommuniziert an alle Beteiligten, wurde ebenfalls eingefordert. Häufig geschieht für die Eltern „alles auf einmal“. Die Ankunft des Kindes, für sich genommen bereits ein großer Aufwand, bedenkt man die mitreisende Technik, wird beinah überschattet von der gleichzeitigen Ankunft der Hilfsmittel, Ernährung und weiterer Technik. Wünschenswert wäre hier eine Streckung auf zwei Tage, damit sich die Eltern am zweiten Tag auf ihr Kind konzentrieren können und nicht „den Flur wie bei einem Umzug voller Kisten“ stehen haben.

Last but not least wurde man darauf hingewiesen, die vielen „Kleinigkeiten“ neben der Entlassung nicht unbeachtet zu lassen. Gegebenheiten, die für die Einrichtung nicht mehr relevant sind, sondern nach Entlassung auf die Eltern zukommen, müssen kommuniziert werden. Dies betrifft zum Beispiel eine Versicherung bei Unterbringung von O2 und Notstromaggregat im Haus oder die Info an die örtliche Feuerwehr bzgl. des gelagerten Sauerstoffs.

Fazit

Die gewonnenen Erkenntnisse konnte das Team der kinderinsel dazu nutzen, um ihr bestehendes Entlass- und Überleitungsmanagement noch weiter zu verbessern.

In der Einarbeitung neuer Mitarbeiter zum Beispiel wird die Planung nun ausführlicher abgebildet, ebenso im Mitarbeiterhandbuch der kinderinsel.

Als allgemeines Fazit kann festgehalten werden, dass Kommunikation in der Planung eine wesentliche Rolle spielt. Rechtzeitige und ausführliche Information gibt den Eltern und den Kindern Sicherheit und öffnet Raum für andere Dinge.

Je früher sich alle Beteiligten mit dem Überleitungsprozess auseinandersetzen, umso größer sind die Chancen auf einen möglichst reibungslosen und zufriedenstellenden Abschied aus der Einrichtung gen häusliche Pflege. Checklisten helfen, den Vorgang zu strukturieren und abzubilden. Wenige klar definierte Ansprechpartner auf allen Seiten sind ebenfalls ein wichtiger Schlüssel zur erfolgreichen Umsetzung.

Stefan Jungbluth

Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Fachleitung Pflege der kinderinsel 2 an der DRK-Kinderklinik Siegen

Kontakt:

kinderinsel an der DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH

Wellersbergstr. 60, D-57072 Siegen

Tel.: 0271/2345-389

www.drk-kinderklinik.de

birgit.krumm@drk-kinderklinik.de

Jetzt erst recht!

Teilhabe und Selbstbestimmung in Wohngemeinschaften für Menschen mit Beatmung

Die Finanzierung außerklinischer Intensivpflege und die Kostenverhandlungen mit den Leistungsträgern sind derzeit Themen, die vor allem den Anbietern außerklinischer Intensivpflege zu schaffen machen, für die zur Qualität ihrer Dienstleistung auch die Unterstützung eines selbstbestimmten Lebens und die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben gehören. Doch ist dies überhaupt noch möglich?

Einer der entscheidenden Hebel in der Pflege, sei es stationär, sei es ambulant, ist der Personalschlüssel. In Deutschland wird derzeit viel darüber diskutiert. Dass in keinem anderen Land Europas eine Pflegekraft so viele Patienten alleine versorgen muss wie hierzulande, wird nur selten erwähnt. Sylvia Bühler, Vorstandsmitglied bei der Gewerkschaft Verdi, berichtet laut Handelsblatt vom 5.7.2017 über eine Pflegekraft, die pro Schicht in ihrer Klinik für durchschnittlich 13 Patienten zuständig ist, in der Nachtschicht können es durchschnittlich auch 26 sein! Ich kann nur hoffen, dass unter diesen 26 nicht auch Menschen sind, die beatmet werden und eigentlich einer ständigen Überwachung bedürfen.

Denn so ist es bei einem Großteil außerklinisch beatmeter Menschen. Die S2-Leitlinie bestätigt: Betroffene mit körperlicher Behinderung „benötigen unter Umständen umfangreiche Unterstützung bis hin zur ständigen Anwesenheit von Betreuungspersonen bei lebenserhaltender kontinuierlicher NIV.“ Um letztere geht es in der außerklinischen Intensivpflege. Aber wie sieht die Realität aus? Die Krankenkassen haben, obwohl sie die S2-Leitlinie von Anfang an kennen, über die Finanzierung von Wohngemeinschaften mit dem Umbau von ambulant zu stationär begonnen. Mit Hilfe eines Quotenrechners, den ich entwickelt habe, wird ersichtlich, wie gravierend sich niedrige Stundensätze auf die Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen in den Wohngemeinschaften auswirken. Erst ab einem- in meinen Augen skandalösen - Personalschlüssel von 1:4 gelangen die Unternehmen in den Bereich, wo sie Gewinne erzielen. Könnte man das große Schweigen innerhalb der Branche dahingehend deuten, dass ein Großteil der Leistungserbringer längst bei außerklinisch beatmeten Menschen ab 1:4 und höher in Wohngemeinschaften arbeitet? Hinter diese Wände möchte man erst gar nicht sehen! Aber der Bundestagsabgeordnete Erwin Rüddel (CDU), pflegepolitischer Sprecher seiner Fraktion in der letzten Legislaturperiode, regt eifrig „zum Nachdenken“ darüber an, ob Wachkoma-Patienten „nicht in einer Pflegeeinrichtung besser versorgt“ würden als in einer Pflege-WG. Könnte es sein, dass diese Menschen einfach nur deshalb so „begehrt“ sind, weil sie sich nicht mehr wehren können und scheinbar keine Anforderungen stellen, das Geld aber sprudelt?Und sind im Umkehrschluss deshalb junge beatmete Menschen für gewinnorientierte Anbieter eher „unattraktiv“, weil Jugendliche und junge Erwachsene möglichst normal leben, die Welt entdecken und erleben möchten? Das erleben wir tagtäglich in un-

Ein gutes Klima

Pulmonale Rehabilitation mit HME von HEIMOMED

HME (Feucht-Wärme-Austauscher) für Menschen mit angelegtem Tracheostoma für ein nahezu normales, feuchtwarmes Klima im Atemtrakt.

Für Tracheotomierte und Laryngektomierte mit Stimmventil:
PRIM-AIR PHON I ① (für 22 mm-Aufnahmering), Phonation durch Fingerauflegen möglich.
PRIM-AIR PHON III ② (für 22 mm-Aufnahmering) mit Druckplatte und Sicherungsring.

Für Tracheotomierte, Laryngektomierte und Laryngektomierte mit Stimmventil:
PRIM-AIR PED II ③ (für 15 mm-Universalansatz), Fixierung des Schaumstoffs mithilfe eines Gehäuses oder eines Sprechventils.
PRIM-AIR PED III ④ (für 15 mm-Universalansatz), feste Fixierung des Schaumstoffs im Gehäuse.

HEIMOMED Heinze GmbH & Co. KG
Daimlerstraße 30 · 50170 Kerpen
Tel.: +49 2273 9849-43 · Fax: +49 2273 9849-543
info@heimomed.de · www.heimomed.com

HEIMOMED®
healthy innovation

seren Wohngemeinschaften! Unsere Pflegekräfte können auf all diese Wünsche nur eingehen, wenn sie nicht ständig für mehrere Klienten gleichzeitig zuständig sind.

Die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH: Jetzt erst recht!

Es vergeht kein Meeting, ohne dass wir auf das Thema Lebensqualität der Klienten, ihr Recht auf Teilhabe und Selbstbestimmung zu sprechen kommen. Denn dies war unser Ziel vor fast 20 Jahren, als wir das Unternehmen gründeten und begannen, die Menschen aus den Kliniken nach Hause zu holen. Inzwischen pflegen wir Menschen mit Beatmung in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen und haben Wohngemeinschaften in Augsburg, Bad Kissingen, Nesselwang, Pforzheim und Kerpen. Jede WG ist auf fünf bis acht Erwachsene ausgelegt, neue befinden sich in Bad Kissingen und Pforzheim gerade im Aufbau. An allen Standorten legen wir folgende Qualitätskriterien zugrunde: Die Zimmer haben eine Mindestgröße von 30 qm und verfügen fast alle über eine Terrasse oder einen Balkon. Der Gemeinschaftsbereich ist großzügig gestaltet und ist, wie alle Räumlichkeiten, ideal für Rollstuhlfahrer. Und damit sie die Wohngemeinschaften auch verlassen können, liegen die WGs verkehrsgünstig in attraktiven Wohngegenden. Der Ausgangspunkt für die Planung ist der Mensch mit seinen besonderen Bedarfen. In unserer Wohngemeinschaft in Kerpen haben wir auch Appartements, damit Ehepartner*in oder Lebensgefährt*in miteinziehen können. Unsere Wohngemeinschaften sind offen für Angehörige, Freunde und Nachbarn, es darf darin gespielt, ferngesehen, gefeiert werden.

Obwohl sich die Leistungsträger scheinbar von dem Gedanken der gesellschaftlichen Teilhabe verabschiedet haben, tun wir, was uns möglich ist: Begleitung zum Konzert „Poesie und Widerstand“ von Konstantin Weckers, zur Musical-Night in Aachen, zum Besuch einer Wahlkampfveranstaltung, wo Bundeskanzlerin Angela Merkel mit einem Klienten sprach. Neben solchen Highlights gibt es viele alltägliche Aktivitäten, die das Leben ja erst ausmachen. Wer den Pflegekräften den Raum für Eigeninitiative und kreative Lösungen durch ständige Kosteneinsparungen nimmt, raubt ihnen den „langen Atem“, den sie in ihrem Beruf brauchen. Ich kenne dies aus eigener Erfahrung aus meiner Zeit als Krankenpfleger: Die gemeinsamen Erlebnisse mit sterbenskranken Menschen und die Freude darüber, dass da immer noch etwas ging, ist eine besondere Kraftquelle. Wir müssen uns gegen die Zerstörung dessen, was – neben dem Fachlichen – außerklinische Intensivpflege ausmacht, wehren. Die Inklusion wurde von den Betroffenen hart erkämpft. Dieses hohe Gut darf nicht der Ökonomisierung der Pflege zum Opfer fallen.

Christoph Jaschke

sanabelle

sanabelle – Spezialisten in der Tracheostoma-Versorgung

- Umfassendes Sortiment für Trachealkanülenträger
- Hochwertige Hilfsmittel zur Versorgung, Hygiene und Pflege
- Durchdachte Produkte von hoher Qualität
- Ansprechendes Design und einfache Handhabung

Besuchen Sie uns auf dem MAIK in München

Trachealkompressen Vlies oder Schaum für Erwachsene und Kinder in unterschiedlichen Ausführungen – Auch als ungeschlitzte Vlieskompressen erhältlich.

Kanülenhaltebänder in verschiedenen Größen und Ausführungen von 15 - 50 cm

Künstliche Nasen
für Erwachsene, Kinder und Kleinkinder

patentiert

CLIP TO FIT

sanabelle HME-A7 und HME-A2:
Mit CLIP-TO-FIT-Funktion für einen schnellen und sanften Wechsel
www.clip-to-fit.de

sanabelle HME-T6:
mit hygroskopischem Papiermedium

sanabelle TS100 base
Absauggerät – klein und handlich, ideal für den Homecare-Bereich

Weitere sanabelle Produkte aus den Bereichen Tracheostomie, Urologie, Infusion und Hautpflege:
www.sanabelle-medical.com

sanabelle ist eine Marke der medi1one medical gmbh

MH Kinaesthetics – ein Werkzeug, das Mitarbeiter und Klienten in ihrer Gesundheitsentwicklung durch effektives Bewegen in der Schwerkraft unterstützt.

Kinaesthetics ist eine Lehre der menschlichen Bewegung. Der Begriff Kinaesthetics kommt aus dem Griechischen und hat zwei Bedeutungen: Die Wortsilbe Kin- steht für die Bewegung und die Wortsilbe aesthetics steht für die Wahrnehmung. Im Wesentlichen geht es darum zu verstehen, wie ich mein Gewicht in der Schwerkraft organisiere. MH bedeutet: Dres. Maietta-Hatch, die Begründerin von Kinaesthetics.

Jeder gesunde Mensch geht tagtäglich, ohne groß darüber nachzudenken, mit der Schwerkraft um. Von Geburt an sind wir damit beschäftigt, das Gewicht unseres Körpers, das Gewicht von Gegenständen und das Gewicht von anderen Menschen in der Schwerkraft zu bewegen. Schwierig wird das erst dann, wenn man Einschränkungen hat, z.B. bei einer Krankheit oder bei fehlenden Körperteilen.

In dem Konzeptsystem der Kinaesthetics wird zunächst die Achtung auf die eigene Bewegung gelenkt. Die Erkenntnis, dass die Knochen das Gewicht an die Unterstützungsfläche (z.B. Boden, Stuhl, Bett, Treppe…) ableiten und die Muskeln die Bewegungsrichtung ermöglichen, ist ein wesentlicher Bestandteil. Die Extremitäten tragen maßgeblich zur effektiven Gewichtskontrolle und-verteilung, und dadurch zum effektiven Bewegen, bei. Jeder Mensch entwickelt im Laufe seines Lebens Ausgleichsbewegungen, um sich in der Schwerkraft zu halten oder fortbewegen zu können. Das kann bzw. wird sich, je nach Proportionen oder anderen Einschränkungen, von anderen Menschen unterscheiden. Daher gibt es nicht nur eine richtige Gang- oder Liegeart, Sitz- oder Standhaltung, sondern mehrere.

Die Achtung auf uns selbst zeigt, dass es Gesetze in der menschlichen Bewegung gibt, die bei jedem Menschen gleich sind. Durch Beobachtung und Kontakt zu anderen Menschen kann man aber unterschiedliche Art und Weisen der Bewegung erkennen. Wir als Pflegekräfte haben nicht nur unser Gewicht zu organisieren, sondern dies auch für unsere Klienten zu ergänzen oder auch teilweise zu übernehmen. Dies zieht dann oft Rückenprobleme, Nacken- und Muskelverspannungen oder auch-zerrungen nach sich, wenn ich das Gewicht von anderen Menschen gegen die Schwerkraft bewege, anstatt mit der Schwerkraft.

In der Kinaesthetics erlernen wir Werkzeuge, die uns dabei helfen, nicht einfach das Gewicht des Klienten zu übernehmen, sondern diesen so zu bewegen, dass er sein eigenes Gewicht – über seine Knochen und mit Hilfe von den Pflegenden – organisieren kann.

Hierzu ein Beispiel: Bei einer schlaffen Tetraplegie aufgrund einer Nervenerkrankung, kann der Betroffene seinen Körper spüren, er kann ihn aber nicht mehr selbstständig von der Rückenlage in die Seitenlage bringen.

Aber auch dieser Betroffene hat Knochen und Muskeln, die noch Aufgaben übernehmen können. Er hat auch Extremitäten, die wir als Pflegekräfte nutzen können, um sein Gewicht auf die Knochen der Extremitäten zu bringen bzw. um seine Muskeln für eine Bewegungsrichtung zu nutzen. Hier gelten die gleichen Gesetzmäßigkeiten wie bei unserer eigenen Bewegung: Die Knochen leiten das Gewicht an die Unterstützungsfläche, die Muskeln ermöglichen Bewegung bzw. Richtung. Die entsprechende Stabilität erhalten sie dann von uns Pflegenden. Natürlich ist es hilfreich, sich daran zu orientieren, wie wir selber uns drehen würden!

Womit wir wieder bei der Achtung auf uns selber sind. Dadurch wird unser Handeln schrittweise durchgeführt, und eben nicht durch ein 1, 2 ,3 – Hauruck, was so viel heißt wie Anstrengung, Kraft und Heben. Genau das macht auf Dauer unseren Rücken kaputt!

Schrittweises Handeln ermöglicht Pausen, sodass unser Körper die Chance hat, seine Anstrengung / Muskelanspannung anzupassen. Und was für uns gilt, gilt auch für den Betroffenen. Auch er bekommt die Chance, seine Knochen und Muskeln zu bemerken. Denn wir lassen das Gewicht, das verlagert wird, beim Klienten. Dadurch verändert sich für uns auch die eigene Anstrengung / Muskelanspannung. Alle genannten Probleme, die wir Pflegende in unserem Berufsleben haben, können mit dieser Arbeitsweise drastisch reduziert werden.

Dieser Gesundheitsaspekt ist aus der Pflege nicht mehr weg zu denken. Denn angesichts des herrschenden Pflegekräftemangels und des derzeit angestrebten höheren Rentenalters, muss die Gesundheit der Mitarbeiter erhalten bzw. verbessert werden.

Auch die Klienten profitieren von der Nutzung ihres Körpers, weil durch die regelmäßige Be- und Entlastung die Knochen Calcium besser einlagern (Osteoporoseprophylaxe). Die Gelenke bleiben lange nutzbar, die Darmtätigkeit wird durch Eigenbewegung angeregt, die Haut wird besser durchblutet (Dekubitusprophylaxe), Muskeln und Sehnen erhalten ihren Bewegungsspielraum (Kontrakturenprophylaxe), das Selbstwertgefühl steigt, Fortschritte und Eigenaktivität können erkannt und gefördert werden (Ressourcen), und der Klient gewinnt seine Selbstbestimmung zurück. Weitere positive Auswirkungen sind:

Reduktion von Angst, Senkung von Blutdruck und Puls sowie die Reduzierung von Schmerzen. Dadurch kann eine Dauermedikation mit Schmerzmit- teln reduziert bzw. auch ganz herausgenommen werden. Somit werden auch die inneren Organe entlastet. Nicht nur die Fortbewegung von einer Position in die andere, sondern auch das Halten einer Position ermöglicht eine bessere Lungenbelüftung, Rumpf- oder Kopfstabilität. Es gibt in der Kinaesthetics nicht nur eine gute Lösung für ein Problem, sondern mehrere. Diese Vielfalt gibt Raum für die Individualität der Menschen. Macht aber auch klar, dass es manchmal mehrere Lösungswege braucht, um die richtige Vorgehensweise zu finden. Einen Hilfsmitteleinsatz schließt dies nicht aus.

Für uns Trainerinnen und Zertifizierte Anwender*innen ist es wichtig, einen Blick dafür zu entwickeln, wo die Probleme bei Mitarbeiter*innen und Klienten liegen. Wir analysieren und suchen mit ihnen gemeinsam nach Lösungen. Denn der Lösungsweg für Mitarbeiter*in A und ihrem Klienten ist nicht zwangsläufig der Lösungsweg für Mitarbeiter*in B und ihrem Klienten. Unser Ziel ist es, das Wissen, das die Pflegenden in Grund- und Aufbaukursen lernen, gemeinsam mit ihnen in der Praxis zu festigen. Denn nur vor Ort, in der Bewegung mit unseren Klienten, bleiben wir in Bewegung, können Probleme lösen und die Gesundheit aller Beteiligten an dem Bewegungsprozess fördern. Außerdem möchten wir in Workshops und Arbeitsgruppen aktuelle Schwierigkeiten, mit so vielen Mitarbeitern, wie möglich, bearbeiten und analysieren. Damit tragen wir zur betrieblichen Gesundheitsförderung bei und sorgen dafür, dass unsere Kolleg*innen lange gesund und fit in ihrem Beruf bleiben.

Fortsetzung folgt in der nächsten Ausgabe!

Ich bin Rebecca Knüttel und habe drei aufbauende MH Kinaesthetics Kurse besucht und mit dem Abschluss als Zertifizierte Anwenderin absolviert. Ich leite und begleite die Kolleg*innen nach ihren Grund- und Aufbaukursen in der Praxis weiter. Dabei analysiere ich mit ihnen die Bewegungsprozesse unserer Klienten. In meinem Lernprojekt zum Abschluss als Zertifizierte Anwenderin beschäftigte ich mich mit dem Umsetzen eines Menschen mit Tetraplegie/Parese unter der Überschrift: „Gewicht, wohin damit?“

Ich bin Kerstin Hirsch und befasse mich seit 2006 mit dem Bereich Kinaesthetics. Über meine Weiterbildung zur Praxisanleiterin für Kinaesthetics (Zertifizierte Anwenderin) und die anschließende mehrjährige Ausbildung zur Grundkurs- und Aufbaukurstrainerin Kinaesthetics decke ich nahezu das volle Ausbildungsprogramm für die Kolleg*innen in der Pflege ab. Seit 2015 unterstütze ich in Seminaren auch pflegende Angehörige für die Pflege zu Hause. Dieses Kinaesthetics-Angebot hat einen zunehmend hohen Stellenwert im Bereich der häuslichen Pflege, da pflegende Angehörige in ihrem großen persönlichen oder körperlichen Einsatz oft an ihre Grenzen stoßen. Ein Kurs für pflegende Angehörige umfasst 8 Abende/Nachmittage á 2 Stunden. Er ist terminlich so konzipiert, dass die Angehörigen einen adäquaten Ersatz für die Pflege zu Hause organisieren können.

Neue Intensivpflege-Wohngemeinschaft in München-Feldmoching eröffnet

Im Münchener Norden eröffnet der zur Deutschen Fachpflege Gruppe gehörende Pflegedienst AKB Elke Dodenhoff GmbH seine siebte und achte ambulant betreute Wohngemeinschaft für intensivpflichtige Patienten

Wohngemeinschaften für intensivpflegebedürftige Menschen bieten eine echte Lebensalternative, wenn nach langen Intensivtherapien in Akutkliniken oder Reha-Einrichtungen Patienten in die eigene Häuslichkeit entlassen werden können, aber nach wie vor auf eine 24-stündige Rundum-Versorgung durch speziell ausgebildetes Fachpersonal angewiesen sind. Denn dann stellt sich meist die Frage, ob diese oftmals geräte- und überwachungsintensive Spezialpflege im eigenen Zuhause überhaupt geleistet werden kann.

Fast 30 Jahre Erfahrung bringt der Ambulante Krankenbehandlungsdienst Elke Dodenhoff GmbH mit Spezialisierung sowohl auf die ambulante Krankenpflege als auch die außerklinische Intensivpflege von beatmeten Patienten mit. Jetzt eröffnet das Mitglied der Deutschen Fachpflege Gruppe seine siebte und achte Wohngemeinschaft im Münchener Norden. Im Herzen von Feldmoching, eingebettet in den historischen Ortskern und inmitten der Dreiseenplatte finden in der Karlsfelder Straße ab Oktober insgesamt 24 intensivpflichtige Patienten in zwei unabhängigen Wohngemeinschaften ein neues Zuhause. 100 Prozent barrierefrei und auf dem neuesten Stand ausgestattet bieten sich vor Ort optimale Voraussetzungen für Pflegekräfte, Ärzte, Patienten und Familien.

Die knapp 20 qm großen, hellen und freundlichen Einzelzimmer sollen ganz nach den Vorlieben der Patienten und deren Angehörigen eingerichtet werden. Zentraler Wohnmittelpunkt für Patienten und Angehörige ist der lichtdurchflutete und über 50 qm große Wohnbereich mit offener Küche. Zum Haus gehört auch ein weitläufiger und barrierefrei zu erreichender Außenbereich mit viel Grün. Als Besonderheit des Hauses befindet sich im Dachgeschoss eine Wohnmöglichkeit für vier Mitarbeiter. Die Wohngemeinschaft in Feldmoching ist speziell auf die Anforderungen der Intensivpflege zugeschnitten und nimmt ab Oktober Patienten auf.

VIVISOL
Home Care Services

SOLGROUP
a breath of life

Das Leben atmen

… mit **VIVISOL** rund um die Uhr bestens versorgt!

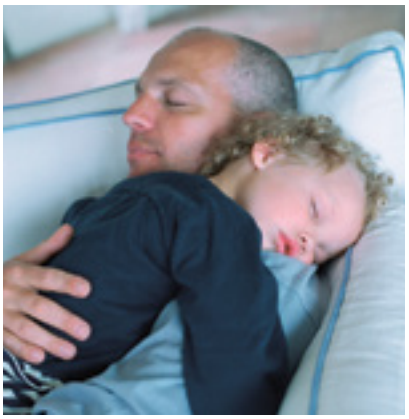


Bild links unten: www.istock.com

- Langzeit-Sauerstofftherapie
- Außerklinische Beatmung
- Hustenassistenz
- Monitoring
- Schlafapnoediagnostik
- Schlafapnoetherapie

VIVISOL ist ein Unternehmen der **SOL-Gruppe** mit seinen Kernkompetenzen im Bereich **„Home Care Services"**. Schwerpunkte sind unter anderem der Service in der **Langzeit-Sauerstofftherapie**, in der **Schlafapnoediagnostik** und **-therapie** sowie in der **außerklinischen Beatmung**.

VIVISOL hat das Ziel **„Lebensqualität zu verbessern"**, vor allem für chronisch kranke Patienten, deren Behandlung zu Hause oder in spezialisierten Einrichtungen durchgeführt wird.
Über **200.000 zufriedene Patienten** in Europa sprechen für sich.

VIVISOL Deutschland GmbH ▪ Werner-von-Siemens-Straße 1 ▪ 85375 Neufahrn | Germany
Tel.: 03 62 07 51 10 ▪ **Fax:** 03 62 07 51 170 ▪ info@**VIVISOL**.de ▪ www.**VIVISOL**.de

Arzneimittel und Medizinprodukte in der Pflege

Claudia Gabel hat die DVD „Arzneimittel und Medizinprodukte in der Pflege“ von Constanze Schäfer auf ihre Anwendbarkeit geprüft und ist der Frage nachgegangen, ob diese für die Schulung von Pflegekräften geeignet ist.

Constanze Schäfer: Arzneimittel und Medizinprodukte in der Pflege, Schulung für Pflegekräfte, Version 2.0

2. 2017. CD-ROM mit 32 PowerPoint-Folien und Vortragstext, Online-PlusBase.

€ 39,00

ISBN 978-3-7692-6777-8

Die DVD des Deutschen Apotheker Verlages in der Version 2.0 verspricht „pharmazeutische Kompetenz pur!“ Die Autorin, Dr. Constanze Schäfer MHA, leitet bei der Apothekerkammer Nordrhein den Bereich Aus- und Fortbildung. Die DVD ist in zweiter erweitertet Auflage erschienen.

Neu in der Version 2.0: „Teilen von Tabletten und die Anwendung von Pens.“

Die CD-ROM benötigt Systemvorrausetzung MS Windows 7, 8 oder 10 und Power Point ab 2007 sowie ein Programm zum Öffnen von PDF Dateien. Wer diese Voraussetzungen nicht hat, kann sich unter www.online-plusbase.de registrieren und mit dem in der CD-Hülle befindlichen Zugangscode auf alle Dateien der CD-ROM zugreifen und diese downloaden.

Das Registrieren verläuft problemlos. Beim Freischalten mit Hilfe des Zugangscodes gab es bei mir ein unerklärliches Problem. Ein Anruf über die Kontaktseite der Homepage war hier hilfreich. Mir wurde kompetent und zeitnah geholfen. Ich konnte mir nun die PowerPoint Präsentation mit 32 Folien, den „dazugehörigen fertigen Vortragstext mit Möglichkeiten zur individuellen Anpassung, sowie Links zu Videoclips zur Anwendung spezieller Arzneiformen“ downloaden.

Konkret bedeutet dies: es sind drei Dateien vorhanden. Einmal die PowerPoint Präsentation, dann das aus der Präsentation erzeugte PDF mit den Notizen („Vortragstext“) und das erzeugte PDF ohne Notizen als reine Folienpräsentation. Der Inhalt ist also in allen drei Dateien gleich und aus einer Datei erzeugt. Diesen Schritt hätte der versierte Anwender vermutlich selbst ebenfalls umsetzen können. Er erspart zumindest etwas Zeit.

Die Links sind 3 Studienlinks zu englischsprachigen Studien, ein Link zum Bundesverband und 7 Anwendungslinks (Tablettenteiler, Dosieraerosol, Novolizer, Augentropfen, Ohrentropfen, Nasenspray und Wirkstoffpflaster) zu Videoclips in Deutsch, englisch, arabisch, russisch und türkisch.

Der Vortragstext ist als Fließtext geschrieben. Wichtige Punkte sind rot markiert. Es sind Tipps enthalten, wie man die Folie anpassen kann oder den Vortrag anschaulicher mit der Praxis verknüpfen könnte. Z.B.: „Tipp: Bringen sie zwei leere Tropfflaschen mit Rand- und Zentraltropfer mit.“

Die Informationen sind ausreichend, um den Vortrag halten zu können. Vom fachlichen Wissensstand sind es Grundinformationen zu Arzneimitteln und deren Umgang, die je nach pflegerischer Grundausbildung, dem Anwender nicht nur neu sein dürften. Der Teil über die Medizinprodukte wird sehr kurz in vier Folien abgehandelt.

Die Folien sind mit einer Mischung aus Texten, Bildern und Grafiken ansprechend gestaltet, für mein persönliches Empfinden teilweise mit zu viel Text versehen. Nach neuen Erkenntnissen zu einer ansprechenden Folienpräsentation ist hier ja „weniger“ mehr. Aber in Anbetracht der Konstellation, dass man die DVD anschafft, um zu einem Thema zu referieren, welches man nicht selbst vorbereitet hat, sicher dem Anlass angemessen.

Mein persönliches FAZIT: Das Versprechen „pharmazeutischer Kompetenz pur“ entspricht nicht den Vorstellungen, die ich bei dem Preis von 39,00€ erwarte. Es wird solides Grundwissen auf einfache Art und Weise geliefert. Es dient der erfahrenen Pflegefachkraft zur Auffrischung von Wissen – ist aus meiner Sicht allerdings eher ausgelegt auf die Nutzung in der klassischen Altenpflege, in der weniger Wissen zu diesem Gebiet im Rahmen der Ausbildung vermittelt wird.

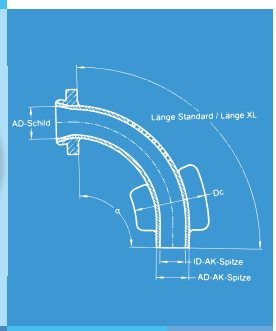
Claudia Gabel

BMV® Bender Medical Vertrieb GmbH

Profitieren Sie von uns!

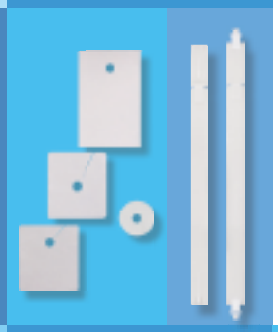
Weaning

BMV® – die wirtschaftliche Alternative ohne Qualitätsverlust – für Sie und Ihre Patienten.

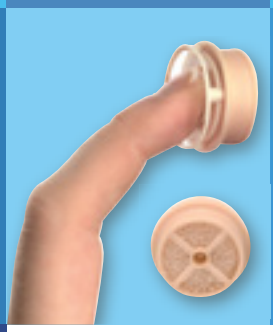


Trachealkanülen Optimierungen

- Durchgängiges Produktsortiment.
- Eigene Entwicklung.
- Eigene Fertigung.
- Eigener Versand.



Hilfsmittel Verbrauchsartikel



BMV® HME Filterkassette

BMV® Tracheostoma-Pflegecreme

BMV® Wundtiefen-messer Flexi

Produzent und Großhändler für Tracheotomie-/Laryngektomieprodukte

Telefon: 0800/182 69 80
E-Mail: info@bmv-med.de · www.bmv-med.de

STELLENMARKT TOP-FACHKRÄFTE SUCHEN UND FINDEN!

Mediadaten unter:
www.gepflegt-durchatmen.de/mediadaten

Willkommen beim **WICHTEL**TEAM!
Wir haben uns mit Herz und Seele der intensiven Pflege von kranken und behinderten Kindern verschrieben. Im ambulanten Rahmen, denn nichts geht über die vertraute, häusliche Umgebung.

Wir suchen ab sofort oder zum nächstmöglichen Zeitpunkt

(KINDER)KRANKENSCHWESTERN/-PFLEGER BZW. EXAMINIERTE ALTENPFLEGER/-INNEN

für die 1:1 Betreuung unserer jungen Patienten.
Die Versorgung unserer jungen Patienten findet in der Regel im 3-Schichtsystem statt. Gerne nehmen wir bei der Einsatzplanung auf Ihre persönlichen Vorstellungen Rücksicht.

Sie möchten Teilzeit arbeiten? Kein Problem: Alle unsere Stellenangebote richten sich gleichermaßen auch an Teilzeitkräfte.

Nähere Information zu unseren Stellenangeboten finden Sie unter **www.wichtelteam.de/werde-wichtel** oder erhalten Sie telefonisch unter 0 60 21 / 44 19 84

Wir freuen uns über Ihren Anruf.
Und natürlich auf Ihre Bewerbung.

WICHTELTEAM
HÄUSLICHE INTENSIVPFLEGE FÜR KINDER

WISSEN VERMITTELN

IHCC AKADEMIE

BASISKURSE

Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung/DIGAB
und viele weitere Fortbildungsangebote

- Newsletter kostenlos abonnieren
- Terminkalender online
- IHCC auf facebook

- Dozenten mit langjähriger Berufserfahrung | Praxisbezug
- Arbeit in kleinen Gruppen | Interaktion
- Schulungen in Bad Kissingen, Kerpen, Landsberg und Leonberg

IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
Ottobrunner Straße 41 | 82008 Unterhaching
Tel. 089 540 42 68 -0 | Mail info@ihcc.mobi

www.ihcc-akademie.de

ihcc-akademie.de

HAUS FLORA

Die Artemed Gruppe ist ein führendes und dynamisch wachendes Gesundheitsunternehmen in Deutschland. Zu unserer Gruppe gehören derzeit 12 Krankenhäuser, 5 Pflegezentren und eine Stiftung.

Für unsere neurologische Fachpflegeeinrichtung Haus Flora in Elmshorn suchen wir zum nächst möglichen Zeitpunkt eine motivierte **Pflegedienstleitung (m/w),** die mit Freude und Engagement den **Aufbau einer Beatmungspflege** gestaltet und mitverantwortet.

Wir wünschen uns eine menschlich wie fachlich überzeugende Persönlichkeit mit einer Qualifikation als Pflegedienstleitung, einer Fachweiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege (alternativ auch langjährige Erfahrung in diesem Bereich) sowie fundierten Kenntnissen in der qualitätsbezogenen Ausrichtung von Strukturen und Prozessen.

Wir bieten Ihnen die Möglichkeit, in einem engagierten und jungen Führungskräfteteam der Artemed mitzuwirken. Ebenso unterstützen wir Sie gerne bei externen Fort- und Weiterbildungen.

Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen senden Sie bitte an:
Christian Zapatka
Haus Flora
Matthias-Kahlke-Promenade 15
25335 Elmshorn
zapatka@haus-flora.de, Tel.: 04121/234-400

Arbeiten in den kleinsten »stationären« Einheiten, die die Pflege zu bieten hat!

Wir suchen DICH zur Verstärkung unserer Teams in **Steinfurt, Rheine, Lengerich** und **Saerbeck** als engagierte

exam. Pflegefachkraft (m/w)

Wir bieten dir:

- direkt zum Einstieg eine Fachweiterbildung, falls du über keine Vorkenntnisse im Bereich der Intensivpflege verfügst
- viel Zeit für deine Intensiv- und Beatmungspatienten
- familienfreundliche Arbeitszeitmodelle im 2- und 3-Schichtsystem
- einen unbefristeten Arbeitsvertrag und max. steuerfreie Zuschläge
- eine betriebliche Altersvorsorge
- die Nutzung von firmeneigenen Ferienhäusern

... und noch vieles mehr! Für ein erstes Kennenlernen ruf uns doch einfach unkompliziert an oder schick uns eine Mail. Wir freuen uns auf dich!

air vital
Wir l(i)eben Pflege
Kranken- und Intensivpflege

air vital Kranken- und Intensivpflege GmbH
Westfalenstraße 176 · 48165 Münster
Dein Ansprechpartner: Jörg Reinsch
Telefon (0 25 01) 922 95 70
muenster@airvital.info · www.airvital.info

ResMed

Zeit für Veränderung?

ResMed steht seit über 25 Jahren für Innovation und Qualität im Bereich der Schlaf- und Beatmungsmedizin. Das Unternehmen ist weltweit führend in der Entwicklung, Produktion sowie dem Vertrieb von Produkten und Systemlösungen für die Diagnose und Therapie von schlafbezogenen Atmungsstörungen (SBAS) und respiratorischen Erkrankungen.

ResMed setzt sich dafür ein, die Gesundheit und Lebensqualität von Menschen mit chronischen Erkrankungen zu verbessern. Die Wichtigkeit dieses Anliegens unterstreicht das Unternehmen mit dem Slogan

„Changing lives with every breath".

Zur Verstärkung unseres Teams suchen wir in diversen Regionen:

- **Anwendungsberater (m/w) Beatmung im Außendienst**
- **Regionaler Fachkoordinator (m/w) Beatmung**
- **Klinikvertriebsmitarbeiter (m/w)**
- **Service Techniker (m/w) im Außendienst**

Möchten Sie die Zukunft von ResMed aktiv mitgestalten und in Ihrer Position konkret etwas bewegen? Wissen Sie kurze Kommunikationswege und eine Politik der offenen Tür zu schätzen?

Bewerben Sie sich jetzt - wir freuen uns auf Sie! **http://careers.resmed.com/de/**

Oktober

9. - 13.10.2017 in Leonberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

9.10.2017 in Landsberg
Grundlagen der Beatmung, Teil 1 von 2
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

9.10.2017 in Kerpen
Kinästhetic Grundkurs, Teil 3 von 4
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

10.10.2017 in Kerpen
Kinästhetic Grundkurs, Teil 4 von 4
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

11.10.2017 in Landsberg
Basale Stimulation, Teil 1 von 3
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

12.10.2017 in Landsberg
Basale Stimulation, Teil 2 von 3
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

18.10.2017 in Bad Kissingen
Tag der offenen Tür anlässlich der Büroeröffnung
Hartmannstr. 20a, 97688 Bad Kissingen
www.heimbeatmung.com

19.10.2017 in Landsberg
Basale Stimulation, Teil 3 von 3
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

19. - 20.10.2017 in Berlin
Fortbildung + Workshop Tracheostomie
Diese Veranstaltung wird von der Fa. Teleflex Medical ausgerichtet und wendet sich an Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen und Unternehmen, die Menschen mit einem Tracheostoma versorgen und ihre Kenntnisse in diesem Bereich vertiefen oder auffrischen möchten.
Veranstaltungsort: Seehotel Zeuthen, Fontaneallee 27/28, 15738 Zeuthen
Übernachtungskosten (EZ mit Frühstück): 87,00 EUR
Weitere Informationen bei: Zehra Özerol
Mail: zehra.oezerol@teleflex.com
Tel.: 07151/ 406 555

20. - 21.10.2017 in Ulm-Seligweiler
13. Tagung Außerklinische Beatmung Kinder und Kleinkinder
Auskunft: Monika Berlinghof
Mail: Monika.Berlinghof@rku.de
Tel.: 0731 177-1301

21. - 22.10.2017 in Bad Berka
9. Jahrestagung der Atmungstherapeuten (DGP) unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
www.atmungstherapeuten2017.conventus.de

27.10.2017 in München
DIGAB-Sektionstreffen „Neurologie und Neuro-Reha“
17.00 Uhr, MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress, Forum 8
Holiday Inn Munich- City Centre, Hochstraße 3, 81669 München

27.10.2017 in München
DIGAB-Sektionstreffen „Dysphagie“
18.00 Uhr, MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress, Forum 12
Holiday Inn Munich- City Centre, Hochstraße 3, 81669 München

27. - 28.10.2017 in München
10. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress, www.maik-online.org

November

3. - 4.11.2017 in Hamburg
15. Gesundheitspflege-Kongress
Kontakt: info@gesundheitskongresse.de
www.gesundheitskongresse.de

6. - 10.11.2017 in Bad Kissingen
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

8.11.2017 in Landsberg
Tracheostomie / Hygiene / Notfall- & Megacodetraining
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

9. - 10.11.2017 in Berlin
Berliner Pflegekonferenz 2017
Aus der Praxis- für die Praxis
http://berliner-pflegekonferenz.de/

15.11.2017 in Leonberg
Tracheostomie / Hygiene / Notfall- & Megacodetraining
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

17. - 18.11.2017 in Viersen
Arbeitstagung der „Arbeitsgemeinschaft Lebenswelten“ für Kinder Jugendliche und junge Erwachsene mit Beatmung
Kinderhaus Viersen, Hoserkirchweg 63, 41747 Viersen
www.kinderhaus-viersen.de
www.lebens-welten.de

23. - 24.11.2017 in München
Fortbildung + Workshop Tracheostomie
Diese Veranstaltung wird von der Fa. Teleflex Medical ausgerichtet und wendet sich an Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen und Unternehmen, die Menschen mit Tracheostoma versorgen und ihre Kenntnisse in diesem Bereich vertiefen oder auffrischen möchten.
Veranstaltungsort: Hotel Kastanienhof, Am Bahnhof 7, 85435 Erding
Übernachtungskosten (EZ mit Frühstück): 101,00 EUR
Weitere Informationen bei Zehra Özerol
Mail: zehra.oezerol@teleflex.com
Tel.: 07151/ 406 555)

27.11. - 1.12.2017 in Landsberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

Dezember

13.12.2017 in Landsberg
Beatmungsmanagement Complete
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

Vorschau 2018

17. - 18.1.2018 in Berlin
14. contec forum
www.contecforum.de

19. - 20.1.2018 Kongress Pflege 2018
Kontakt: info@gesundheitskongresse.de
www.gesundheitskongresse.de

14. - 16.2.2018 in Bremen
28. Symposium Intensivmedizin und Intensivpflege
www.intensivmed.de

7. - 10.3.2018 in Würzburg
9. HWX-/ICW Südkongress mit dem Motto „Mensch im Fokus“
www.institutschwarzkopf.de

21. - 24.3.2018 in Leipzig
XPOMET© Convention im Bereich Innovation und Hightech in der Medizin
xpomet.com/de/homepage

23.5.2018 in Halle
HALLE INTENSIV- www.halle-intensiv.de

7. - 10.6.2018 in Hannover
26. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V. zusammen mit dem 13. Beatmungssymposium unter Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.
www.digab-kongresse.de

Diese und weitere Termine finden Sie unter:

GEPFLEGT DURCHATMEN - Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

Herausgeber
Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Ottobrunner Straße 41
D-82008 Unterhaching
Telefon: 089 - 540 42 68 - 10
Fax: 089 - 540 42 68 30
www.heimbeatmung.com
presse@heimbeatmung.com

Verlag und Vertrieb
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
Ottobrunner Straße 41 - 82008 Unterhaching
Telefon: 089 - 540 42 68 0
Fax: 089 - 540 42 68 30
www.ihcc.mobi
presse@ihcc.mobi

Redaktionsleitung: Dr. Maria Panzer

Impressum:
Stefanie Baiter, Sabrina Beer, Peter Bergen, Monika Beyer, Jörg Brambring, Prof. Christian Byhahn, Dr. Paul Diesener, Claudia Gabel, Christiane Gödecke, Dr. Martin Groß, Mirko Hiller, Kerstin Hirsch, Ottmar Miles-Paul, Christoph Jaschke, Stephan Jungbluth, Christine Keller, Regina König, Rebecca Knüttel, Christine Krieg, Isabell Schmider, Lisa Steffen,
Marziyeh Tajvarpour, Sören Tiedemann, Patrick Ziech, Dorothee von Zobel

www.bvmed.de, www.berliner-pflegekonferenz.de, www.xpomet.com,
www.heimbeatmung.com, www.ihcc.mobi,
www.maik-online.org, www.einfach-teilhaben.de

Anzeigenleitung: Sebastian Herele
Grafik und Layout: Lena Panzer-Selz
Druck: HOLZMANN DRUCK GmbH & Co. KG

Derzeit gilt die Anzeigenpreisliste vom 1. Januar 2017.
Die Zeitung erscheint vierteljährlich.

Hinweise
Die namentlich gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors wider. Anzeigen müssen nicht die Meinung der Herausgeber widergeben. 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.

GEPFLEGT DURCHATMEN

Bitte nehmen Sie mich in den Verteiler für ein kostenloses Abonnement der Fachzeitung **GEPFLEGT DURCHATMEN** auf.

Bitte ankreuzen

☐ dienstlich ☐ privat

Name/Vorname

E-Mail

ggf.: Institution/ Einrichtung/Unternehmen

Straße/ Hausnummer oder Postfach

PLZ/ Ort

Datenschutzhinweis: Die erhobenen Daten werden ausschließlich zur Verwaltung des Abonnements verwendet und nach Beendigung dessen gelöscht.

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

Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Ottobrunner Straße 41
82008 Unterhaching
Fax: 089 / 540 42 68 30

Sie können das Abonnement auch gern bestellen unter:
www.gepflegt-durchatmen.de

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

LÖWENSTEIN medical

prisma VENT50

Beatmungstherapie auf höchstem Niveau.

HOMECARE
Pneumologie
Neonatologie
Anästhesie
Intensivbeatmung
Schlafdiagnostik
Service
Patientenbetreuung

brilliant display · easy handling · 360° easy turn · allover compatibility · low noise

Löwenstein Medical
Arzbacher Straße 80
D-56130 Bad Ems
Telefon: 0 26 03/96 00-0
Fax: 0 26 03/96 00-50
Internet: hul.de