GEPFLEGT DURCHATMEN

Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

Ausgabe 40 | April 2018

POLITISCHE TEILHABE VON MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

NEUE QUALITÄTSPRÜFRICHTLINIEN IN DER INTENSIVPFLEGE

CASE MANAGEMENT UND FAMILIÄRE NACHSORGE

SELBSTBESTIMMT LEBEN MIT BEATMUNG

Foto: Andi Weiland

Liebe Leserinnen und Leser,

gerade noch rechtzeitig vor dem Erscheinen dieser Ausgabe wurde Jens Spahn als neuer Bundesgesundheitsminister vereidigt, und dieser wiederum schlug Andreas Westerfellhaus, gelernter Intensiv- und Anästhesiepfleger sowie langjähriger Präsident des Deutschen Pflegerates (DPR) als neuen Pflegebeauftragten vor. Es gibt nun also endlich wieder konkrete Ansprechpartner in der Politik, besonders auch für die Belange intensivpflegebedürftiger Menschen. Ein guter Auftakt für den Diskurs mit der Politik ist die „Entscheider-Konferenz: Außerklinische Intensivpflege 3.0“ am 17. April 2018 in Berlin. Bei dieser Veranstaltung wie auch in dieser Ausgabe bewegt die Frage, was auf die Leistungserbringer außerklinischer Intensivpflege in 2018 zukommt. Noch relativ neu sind das Bewertungssystem der Pflegeversicherung, die Qualitätsprüfrichtlinien, der bundesweite Rahmenvertrag für die Intensivpflege, Medizinische Zentren für Erwachsene Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung mit dem Schwerpunkt „Außerklinische Beatmung“, und allerorts werden Digitalisierung, Telemedizin und Robotik diskutiert. Wir sind offen für diese Innovationen, und lesen Sie, wie wichtig technische Hilfsmittel schon für die Jüngsten in unserem Land sind! Es freut uns, dass wir außerdem eine Facharbeit über Casemanagement und familiäre Nachsorge in der ambulanten Kinderintensivmedizin veröffentlichen dürfen. Weitere Themen sind die Teilhabe von Menschen mit Behinderung, ein Interview mit Dr. Adolf Ratzka über seine modifizierte Nasenmaske, Missverständnisse und Ignoranz in der Diskussion um die Sterbehilfe, Veranstaltungshinweise und Rezensionen. Dies und vieles mehr erwartet Sie in unserem Frühlingsheft.
Wir wünschen viel Spaß bei der Lektüre.

Ihre

Dr. Maria Panzer

Redaktionsleitung

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

Politik

Politische Teilhabe von Menschen mit Behinderung 4

Europäischer Protesttag..... 5

Neuregelungen des Bundesteilhabegesetzes 5

Bayerisches Teilhabegesetz..... 6

Recht

Neues Bewertungssystem der Pflegeversicherung 7

Aktuelle Qualitätsprüfrichtlinien 12

Pflege

Entscheiderkonferenz „Außerklinische Intensivpflege 3.0“ 16

Digitalisierung und Telemedizin 18

20 Jahre Heimbeatmungsservice 20

Xpomet in Leipzig und Datenbrille 23

Einführung in die familienzentrierte Pflege, Teil 3 26

Tatort: Häusliche Pflege 30

Beatmung

Alltag mit modifizierter CPAP-Maske 34

Stiftung Pfennigparade 36

Mit Zwerchfellschrittmacher ins Krankenhaus..... 40

Versorgung

Projekt „Haus Dachsbau“..... 42

Betroffene

Hi, ich bin Justin 44

Die Tragödie der Irrungen 48

Kinder

Zoe macht Schule 55

Case Management und familiäre Nachsorge 58

Märchenpädagogik..... 66

Mitarbeiter

Manipulation in der Kommunikation 68

Neuerscheinungen

Stellenmarkt

Termine

Politische Teilhabe von Menschen mit Behinderung

Unser Titelbild zeigt Katrin Langensiepen, Mitglied bei Bündnis 90/Die Grünen seit 2010, Ratsfrau seit 2011, Sprecherin der LAG Soziales Niedersachsen Bündnis 90/Die Grünen und Sprecherin der BAG Behindertenpolitik B'90/Die Grünen.

Der Artikel 29 der UN Behindertenrechtskonvention besagt, dass behinderte Menschen das Recht auf Teilhabe an Wahlen haben sollen, das Recht auf das Innehaben eines Amtes, barrierefreien Zugang zu Wahllokalen, Recht auf Teilhabe in politischen Parteien. Aber wie sieht die Realität nach 10 Jahren Verabschiedung der UN Konvention, aus?
Noch immer wird in vielen Kommunen nicht auf einen rollstuhlgerechten Zugang der Wahllokale geachtet. Informationen zu Politveranstaltungen sind für viele behinderte Menschen nicht zugänglich oder unverständlich.
Was aber noch völlig fehlt oder nur selten vorkommt, ist die aktive Teilhabe behinderter Menschen in parteipolitischen Gremien. Oder einfacher gefragt: wie viele behinderte Politiker*innen kennen Sie? Die häufige Antwort: Wolfgang Schäuble. Seit kurzer Zeit die SPD Frau Malu Dreyer, sie sitzt im Landtag von Rheinland- Pfalz. Das war es dann auch schon. Natürlich gibt es auf kommunaler Ebene oder in innerparteilichen Strukturen behinderte Menschen, die aktiv sind und mitgestalten. Behinderte Menschen in medial sichtbaren Positionen gibt es kaum oder gar nicht. In vielen Kommunen gibt es Runde Tische oder Beiräte, die im besten Falle selbstaktiv von behinderten Menschen organisiert werden. Meist sind diese Räte ein inner circle, die wenig Einfluss haben. Sie sind wichtige beratende Gremien und die Arbeit ist wertzuschätzen. Aber ist es das, was zukunftsfähig ist und uns behinderte Menschen weiterbringt?
Ich bin spät zur Politik gekommen. Ich liebäugelte lange mit der Partei Bündnis 90/Die Grünen und trat im Oktober 2010 der Partei bei. Die Kommunalwahlen standen in Niedersachsen bevor. Unvernetzt, ohne Kontakte erreichte ich den 2. Listenplatz für den Bezirk Linden-Limmer in Hannover und wurde am 11.9.2011 über Nacht in den Stadtrat der niedersächsischen Landeshauptstadt gewählt. Da ich mich für sozialpolitische Themen interessiere und engagiere, wurde ich die sozialpolitische Sprecherin der grünen Ratsfraktion Hannover. Daneben besetzte ich den Vorsitz im Umweltausschuss und wurde einfaches Mitglied im Wirtschaftsausschuss. Ich wählte den Wirtschaftsausschuss bewusst und konnte in der Legislatur kleine Akzente zum Thema ,,Behinderung" setzen.

Katrin Langensiepen

Aber ist es dann genau das, was man sollte? Als behinderte Politikerin nur ,,Behindertenpolitik" machen. Man ist schließlich mehr als nur ,,die". Es ein Drahtseilakt. Behindertenpolitik zu machen, bedeutet auch Politik für die eigenen Rechte zu machen. Es ist natürlich auch ein ganz persönliches Ding und ich glaube vieles angestoßen zu haben. Auf Wirtschaftsempfängen regt man manche nur zum Denken an. Manchmal muss man aber auch ganz direkt nerven. Sprache korrigieren, Denkweisen verändern. Ein anderes Mal ist es nur ein leichtes Anstoßen, einfach da sein und nicht zwingend behindertenpolitische Themen besetzen.
Warum aber gibt es so scheinbar wenige behinderte Menschen in der Politik? Das politische Geschäft ist kein einfaches: lange Sitzungen, Wochenenden, lange Zugfahrten, Debatten. Man braucht Kraft, Durchhaltevermögen, aber auch die klassischen Barrieren gehören abgebaut. Gebährendesprachdolmetschung während der Sitzungen in Kommunalparlamenten oder sogar auf höheren Ebenen gibt es nicht, weil zum Teil diese teuer sind oder aber auch andersherum: wo kein gehörloser Mensch sitzt, wird es auch keine Dolmetschungen geben. Warum ein Höhen verstellbares Mikrofon, wenn es bis vor kurzem niemanden gab, der darauf angewiesen war? Was ist zuerst da, das Huhn oder das Ei?
Ein weiterer Punkt: Zahlreiche behinderte Menschen leben in Einrichtungen, in denen es keine oder kaum politische Informationen oder Debatten gibt. Wer den ganzen Tag in einer Einrichtung beschäftigt wird und kaum an Informationen kommt, kann sich nicht informieren. Wenn man zu wenig Geld in den Werkstätten erhält, ist politische Teilhabe ebenfalls schwierig. Der Bus zur nächsten Podiumsveranstaltung oder Mitgliederversammlung einer Partei kostet oder fährt spät abends nicht mehr zurück. Wenn Mitgliederversammlungen keinen Dolmetscher haben oder der Wahlzettel nicht für blinde Menschen zu ,,lesen" ist und andere diesen für einen ausfüllen müssen, ist politische Teilhabe schwierig bis gar unmöglich.
Und nicht zu vergessen, diejenigen, die gar kein aktives Wahlrecht haben. 85.000 Menschen dürfen in Deutschland nicht wählen gehen. Es wird Zeit, dies auf allen Ebenen zu ändern.
Fazit: Politische Teilhabe ist noch ein weites Feld. Barrieren müssen konkret abgebaut werden, gläserne Decken gilt es zu durchbrechen, Gesetze müssen verändert werden. Je mehr behinderte Menschen am öffentlichen Leben teilhaben, desto mehr werden sie auch in der Politik sichtbar.

Katrin Langensiepen

Inklusion von Anfang an

Dies das Motto des Europäischen Protesttags zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung am 5. Mai 2018. Es ist lautstarker Protest angesagt, beispielsweise in Berlin.

Mit „Inklusion von Anfang an“ sollen besonders Kinder, Jugendliche und ihre Eltern, aber auch Menschen, die in Schulen oder der Kinder- und Jugendhilfe arbeiten, erreicht werden. Denn „wenn Kinder früh lernen, mit Unterschieden umzugehen, macht sie das stark für die Zukunft. So können sie die Welt zum Besseren verändern. Gemeinsames, lebenslanges Lernen prägt nämlich das Sozialverhalten und ist gut für die Persönlichkeitsentwicklung. Wo Inklusion früh gelernt und gelebt wird, entstehen Barrieren im täglichen Umgang gar nicht erst. Niemand bleibt auf der Strecke, denn Kinder mit und ohne Förderbedarf profitieren gleichermaßen von Inklusion – und zwar schon im Kindergarten. Diese Erfahrungen wirken bis ins Erwachsenenalter und sorgen für bessere Ausbildungs- und Berufschancen“, erklärt die Aktion Mensch, die das bundesweite Engagement rund um den Protesttag bündelt und fördert. Initiatorin dieses Tages ist die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben Deutschland (ISL) e.V.
Mehr unter www.aktion-mensch.de/aktionstag-5-mai/aktionstag-2018.html

Neuregelungen des Bundesteilhabegesetzes ab 1.1.2018

Von den insgesamt vier Stufen des Bundesteilhabegesetzes waren zum 1. Januar 2017 u.a. bereits wichtige Änderungen im Schwerbehindertenrecht in Kraft getreten. Seit 1. Januar 2018 sind die Regelungen der zweiten Stufe des Bundesteilhabegesetzes wirksam.

Einführung des neuen Teilhabeplanverfahrens
Für Menschen mit Behinderungen, die Leistungen von verschiedenen Trägern benötigen, wird das Verfahren zur Inanspruchnahme von Leistungen stark vereinfacht. Mit dem neuen „Teilhabeplanverfahren“ ist ein einziger Reha-Antrag ausreichend, um ein umfassendes Prüf- und Entscheidungsverfahren in Gang zu setzen, auch wenn Sozialamt, Integrationsamt, Rentenversicherung, Bundesagentur für Arbeit, Unfall-, Kranken- und Pflegekasse für unterschiedliche Leistungen zuständig bleiben. Dafür werden die Regelungen zur Zuständigkeit und zur trägerübergreifenden Zusammenarbeit für alle Behörden, die Leistungen für Menschen mit Behinderungen erbringen (Rehabilitationsträger), gesetzlich definiert. Sind mehrere Rehabilitationsträger beteiligt oder werden unterschiedliche Leistungen beantragt, ist ein gemeinsames Verfahren der Bedarfsfeststellung künftig für alle Rehabilitationsträger verbindlich vorgeschrieben. Mit Zustimmung oder auf Wunsch der Leistungsberechtigten werden zukünftig zusätzlich Fallkonferenzen durchgeführt, in denen der individuelle Unterstützungsbedarf der Antragstellenden beraten wird. Damit wird ab dem 1. Januar 2018 die Partizipation von Menschen mit Behinderungen im Verfahren gestärkt, wenn mehrere Leistungsarten oder Zuständigkeiten in Frage kommen.
Instrumente zur Bedarfsermittlung
Zur einheitlichen und überprüfbaren Ermittlung des individuellen Rehabilitationsbedarfs werden alle Rehabilitationsträger ab dem 1. Januar 2018 außerdem verpflichtet, systematische Arbeitsprozesse und standardisierte Arbeitsmittel (Instrumente) zu verwenden, die eine individuelle und funktionsbezogene Bedarfsermittlung gewährleisten und weitere gesetzlich definierte Mindeststandards erfüllen müssen.
Benennung von Ansprechstellen
Alle Rehabilitationsträger müssen ab dem 1. Januar 2018 Ansprechstellen benennen, die barrierefreie Informationen zur Inanspruchnahme von Leistungen und zu Beratungsangeboten für Antragsteller, Arbeitgeber und andere Behörden bereitstellen. Damit wird der Zugang zu den Rehabilitationsträgern deutlich vereinfacht. Aufgrund der Verpflichtung der Ansprechstellen, sich untereinander über Zuständigkeitsgrenzen hinweg zu vernetzen, ist es zukünftig nicht mehr entscheidend, ob man die „richtige“ Behörde anspricht.
Teilhabeverfahrensbericht
Die Rehabilitationsträger sind ab dem 1. Januar 2018 verpflichtet, eine gemeinsame Statistik über die Erbringung von Rehabilitationsleistungen sowie die Anzahl und die Dauer der Verwaltungsverfahren zu erstellen. Der Teilhabeverfahrensbericht wird auf Grundlage dieser Statistik jährlich veröffentlicht, erstmals im Jahr 2019.
Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung
Mit dem Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurden im neuen § 32 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch (SGB IX) die gesetzlichen Voraussetzungen für ein unentgeltliches, allen Menschen mit (drohenden) Behinderungen und ihren Angehörigen offenstehendes und Orientierung gebendes Angebot zur Beratung über Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe geschaffen.
Eingliederungshilfe - Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und Gesamtplanverfahren
Im Rahmen der Eingliederungshilfe treten zum 1. Januar 2018 vorgezogene Verbesserungen im Bereich der Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (im SGB XII) in Kraft. Durch die Zulassung anderer Leistungsanbieter und die Einführung des Budgets für Arbeit werden die Beschäftigungsangebote anerkannter Werkstätten für behinderte Menschen ergänzt.
Das Gesamtplanverfahren knüpft an die Regelungen zur Teilhabeplanung an und regelt die Spezifika der Eingliederungshilfe. Neben den Leistungsbereichen der anderen Rehabilitationsträger sind auch die zuständigen Pflegekassen, die Träger der Hilfe zur Pflege und die Träger der Hilfe zum Lebensunterhalt zu beteiligen.
Im Übrigen treten die Neuregelungen der Eingliederungshilfe grundsätzlich zum 1. Januar 2020 in Kraft, wie es in einer Presseinformation des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales heißt.

Ottmar Miles-Paul, kobinet 2.1.2018

Bayerisches Teilhabegesetz I

Seit 17. Januar 2018 ist das Bayerische Teilhabegesetz I in Kraft. Für Johannes Hintersberger, MdL, Staatssekretär im Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration, ist das Gesetz, auch in zeitlicher Hinsicht, Spitzenreiter beim Thema Inklusion.

Liebe Leserinnen und Leser, letztes Jahr um diese Zeit ging es im Bayerischen Sozialministerium hoch her: das Bundesteilhabegesetz war gerade verabschiedet, jetzt sollte möglichst schnell die landesrechtliche Umsetzung folgen. Unsere Experten haben über Wochen und Monate nicht nur mit den Kommunalen Spitzenverbänden und den Wohlfahrtsverbänden diskutiert - auch zahlreiche Verbände der Menschen mit Behinderungen haben ihre Chance genutzt und sich in den Umsetzungsprozess eingebracht. Über diese aktive Rolle der Menschen mit Behinderungen getreu dem Motto „Nicht ohne uns über uns“ habe ich mich sehr gefreut. Und ich bin sehr stolz darauf, dass wir es gemeinsam geschafft haben, in weniger als einem Jahr das Bayerische Teilhabegesetz I zu erarbeiten. Seit 17. Januar 2018 ist es in Kraft. Dank des großen Engagements aller Beteiligten ist Bayern damit auch in zeitlicher Hinsicht Spitzenreiter beim Thema Inklusion.
Und was steht nun im Bayerischen Teilhabegesetz I? Was verbessert sich für die Menschen mit Behinderungen ganz konkret durch das Gesetz? Meiner Meinung gibt es drei besonders wichtige Punkte:

- Mit dem bereits im Bundesteilhabegesetz verankerten Grundsatz „Leistungen wie aus einer Hand“ machen wir im Bayerischen Teilhabegesetz I ernst. Wir führen Zuständigkeiten bei der Leistungsgewährung zusammen. Zukünftig werden die Leistungen der Eingliederungshilfe, der Hilfe zur Pflege und die gleichzeitig gewährten existenzsichernden Leistungen bei den Bezirken gebündelt. Menschen mit Behinderungen haben mit den Bezirken künftig einen zentralen Ansprechpartner. Das Hin und Her zwischen den verschiedenen Behörden und die dadurch entstehende zusätzliche Belastung für die Betroffenen und deren Familien gehören bald der Vergangenheit an. Die Zuständigkeiten sind geklärt.
- Wir stärken auch die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen am Arbeitsleben. Beim Budget für Arbeit nutzen wir den landesgesetzlichen Spielraum für eine Anhebung des möglichen Lohnkostenzuschusses und erhöhen diesen um maximal 20 Prozent. Eventuell erforderliche Assistenzleistungen werden im Einzelfall zusätzlich vom Inklusionsamt finanziert. Durch diese Maßnahmen wird das Budget für Arbeit in Bayern deutlich besser ausgestattet, als vom Bund vorgesehen. Mir ist das sehr wichtig, denn so bekommen Menschen mit Behinderungen eine wesentlich bessere Chance auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt.
- Das Bayerische Teilhabegesetz I verbessert außerdem die Beteiligungsrechte von Menschen mit Behinderungen. Die Betroffenen sind die besten Experten in eigener Sache. Das hat der eingangs erwähnte Diskussionsprozess gezeigt. Wir reden daher künftig in allen sie betreffenden Angelegenheiten noch intensiver mit ihnen und nicht über sie und beteiligen sie bei den Verhandlungen zu neuen Rahmenverträgen oder in den Verfahren der Schiedsstelle.

Mit dem Bundesteilhabegesetz und dem Bayerischen Teilhabegesetz I haben wir den Grundstein dafür gelegt, dass viele Menschen mit Behinderungen mehr Entscheidungsfreiheit, aber auch mehr Eigenverantwortung erhalten. Sie gewinnen mehr Selbständigkeit bei den Fragen, wie und wo sie leben und wie und wo sie arbeiten wollen.
Aber wer kennt nicht das Gefühl, die Qual der Wahl zu haben, sich schwer damit zu tun, angesichts einer Vielzahl von Möglichkeiten die richtige Entscheidung zu treffen? Wichtig ist es in solch einer Situation, andere Menschen um Rat fragen zu können. Menschen aus dem persönlichen Umfeld, Vertraute, oder möglicherweise auch ausgewiesene Sozialrechtsexperten. Um das Informationsbedürfnis umfassend decken zu können, stehen den Menschen mit Behinderungen dafür künftig in Bayern neben den bewährten Beratungsstellen der Offenen Behindertenarbeit auch die Stellen der ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung zur Verfügung.
Manche von Ihnen, liebe Leserinnen und Leser, werden sich nun Sorgen machen, dass die Staatsregierung mit dem Bayerischen Teilhabegesetz I einen Haken hinter die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes macht und die Menschen mit Behinderungen aus den Augen verliert. Hier kann ich Sie beruhigen! Für die Staatsregierung ist die Umsetzung des Bundesteilhabegesetzes noch lange nicht abgeschlossen. Zum einen ist bereits für das Jahr 2020 das Bayerische Teilhabegesetz II geplant, zum anderen werden wir die Reform der Eingliederungshilfe und die Umsetzung des Bayerischen Teilhabegesetzes I in der Praxis sehr genau im Blick behalten. Auf Ihre konkreten Erfahrungen bin ich schon sehr gespannt, Ihre fachkundigen Einschätzungen sind mir herzlich willkommen.
Ihr Johannes Hintersberger

Johannes Hintersberger, MdL
Staatssekretär, Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Soziales, Familie und Integration

Das Bewertungssystem der Pflegeversicherung

Thomas Muck, Leiter Querschnittsaufgaben Pflege und Medizin
Leiter der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Pflege“ der MDK-Gemeinschaft (SEG2)
MDK Bayern beim MAIK 2017

Mit der Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffes und des neuen Begutachtungsinstrumentes zum 1.1.2017 wurde auch das Bewertungssystem, nach dem die verschiedenen Leistungen der Pflegeversicherung zugeordnet werden, völlig neu konzipiert. In der folgenden kurzen Darstellung wird versucht, die grundsätzliche Logik des neuen Bewertungssystems darzustellen und auf wichtige Änderungen im Vergleich zum alten System, insbesondere für die Intensivpflege, hinzuweisen.

Jede Versicherung benötigt Leistungsbeschreibungen und Bestimmungen für den Leistungseintritt. Dies gilt auch für die Pflegeversicherung, insbesondere da sie eine Vielzahl unterschiedlicher Leistungen vorsieht. Dabei wurde von Anfang an auf eine Graduierung unterschiedlicher Schweregrade abgestellt. Der vor dem 1.1.2017 bestehende Pflegebedürftigkeitsbegriff definierte sich überwiegend über das Ausmaß der tatsächlich benötigten Hilfe. Als Bewertungssystematik wurde daher ein numerisches System der Zeiterfassung gewählt. Diese sogenannte „Minutenzählerei“ war im Übrigen niemals eine Vorgabe für die Dauer bestimmter Pflegeverrichtungen, sondern diente nur im Sinne von Zeitorientierungswerten, um im Bewertungssystem eine möglichst gerechte Beurteilung aller Fälle zu gewährleisten. Dem neuen Bewertungssystem liegen auch wieder Zahlen zugrunde, allerdings werden jetzt Punkte vergeben, die zum Teil gewichtet werden. Das neue Bewertungssystem der Pflegeversicherung sieht eine Punkteskala bis maximal 100 Punkte vor. Die verschiedenen Pflegegrade sind dabei abhängig vom Erreichen einer bestimmten Punktzahl. (Abb. 1). Für Kinder bis zum 18. Monat hat der Gesetzgeber eine Sonderregelung getroffen; hier verschiebt sich der Pflegegrad um einen Pflegegrad nach oben.

Abb. 1 Skala der Punktwerte

Im Rahmen der Pflegebegutachtung werden über 60 verschiedene Kriterien und Aktivitäten, Selbständigkeit und Fähigkeiten, bzw. deren Einschränkung bewertet. Diese sind in sechs bewertungsrelevante Module eingeordnet.
Die Erfassung der einzelnen Fähigkeitsstörungen geschieht mittels Einordnung in vier Schweregrade. Durch die Erweiterung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs im PSG II werden deutlich mehr elementare Bereiche der Lebensführung betrachtet als im alten Recht.
Dies betrifft insbesondere den selbständigen Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen, was insbesondere für Pflegebedürftige mit einem hohen Behandlungsbedarf wichtig ist.

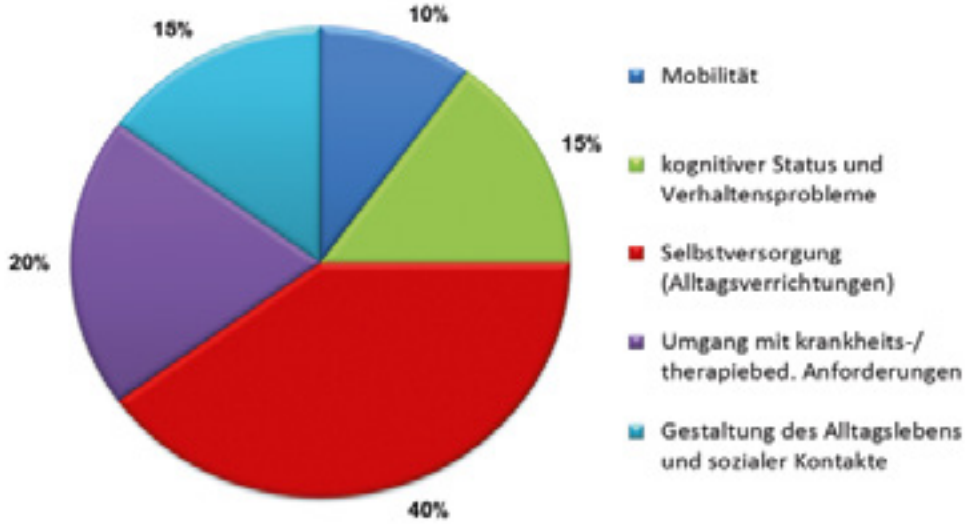


Abb. 2 Gewichtung der Module bei der Punktberechnung

Die Pflegeversicherung dient weiterhin vorrangig der Unterstützung bei Pflegebedürftigkeit. Um dies sicherzustellen, hat der Gesetzgeber eine unterschiedliche Gewichtung der einzelnen Begutachtungsmodule vorgenommen. (Abb. 2)
Wichtig zu wissen: von den Modulen 2 (kognitive und kommunikative Fähigkeiten) und 3 (Verhaltensweisen und psychische Problemlagen) wird nur das Modul mit der höchsten gewichteten Punktzahl gewertet.
Da mit Ausnahme von Modul 5 in jedem Modul mehr Punkte erreicht werden können als in die Gesamtwertung einfließen, müssen diese auch innerhalb des Moduls gewichtet werden. Dies soll beispielhaft an Modul 2 gezeigt werden: Modul 2 ist mit 15 % gewichtet und kann sich daher mit maximal 15 Punkten am Gesamtpunktwert von 100 beteiligen. In diesem Modul werden 11 Fähigkeitsstörungen bewertet, was maximal 33 Punkte möglich macht. Da nur maximal 15 Punkte in die Gesamtwertung einfließen können, werden die bei der Begutachtung erreichten Punkte innerhalb des Moduls, wie in Abb. 3 zu sehen, umgerechnet.
Eine Besonderheit stellt Modul 5 dar. Hier werden erst-

Schweregrad der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten	Einzelpunkte Modul	Gewichtete Punkte für Pflegegrad
keine	0 - 1	0
gering	2 - 5	3,75
erheblich	6 - 10	7,5
schwer	11 - 16	11,25
schwerste	17 - 33	15

Abb. 3 Gewichtung der Punkte innerhalb des Modul 2

mals auch die krankheits- und behandlungsbedingten Anforderungen und Belastungen berücksichtigt. Dies betrifft besonders Maßnahmen der Behandlungspflege, aber auch den Besuch von medizinischen Einrichtungen zu Behandlungszwecken. Dieses Modul ist immerhin mit 20 % gewichtet und kann damit 20 Punkte zum Gesamtpunktwert beitragen. Anders als bei den Fähigkeitsstörungen wird hier die Häufigkeit der erforderlichen Maßnahme gewertet, aber auch wieder unterschiedlich gewichtet. Für Beatmungspatienten bzw. Pflegebedürftige, die eine ambulante Intensivpflege benötigen, ist Punkt 5.12. „Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung“ wichtig. Damit sind spezielle Behandlungsmaßnahmen wie Beatmung oder Dialyse im häuslichen Bereich gemeint, die einen täglichen Unterstützungsbedarf erfordern. Ist dieser Punkt erfüllt, ist allein dadurch schon die maximale Punktzahl von 20 für das Modul 5 erreicht.

Dem neuen Pflegebegutachtungsinstrument liegt ein hochkomplexes Bewertungssystem zugrunde, das nach pflegefachlichen Gesichtspunkten von Pflegewissenschaftlern erarbeitet wurde und dessen komplette Darstellung den Rahmen dieses Artikels sprengen würde. Neben den kognitiven und psychischen Fähigkeitsstörungen werden nun auch Behandlungsnotwendigkeiten berücksichtigt, was gerade Patienten mit Heimbeatmung oder anderem Intensivpflegebedarf zu Gute kommt.

Thomas Muck

sanabelle Produktportfolio Tracheostomie

sanabelle – eine Marke der Fresenius Kabi Gruppe

Dienstleistungen und hochwertige Produkte aus einer Hand: Wir erweitern unser Angebot in der Tracheostomie um die Marke sanabelle. Sie profitieren von gewohnt hoher Qualität und anwenderfreundlichem Design.

Mehr erfahren Sie unter:
www.sanabelle-medical.com

FRESENIUS KABI
caring for life

Fresenius Kabi Deutschland GmbH | fresenius-kabi.de | T. 0800 / 788 7000

Auch Ausschuss umbenennen in Gesundheit & Pflege

In der vergangenen Woche habe ich die Bundesregierung aufgefordert, das „Bundesministerium für Gesundheit“ in das „Bundesministerium für Gesundheit und Pflege“ umzubenennen. Denn die Pflege ist eine der größten wachsenden Herausforderungen unserer Gesellschaft, mit ca. 3,6 Millionen Pflegebedürftigen, Millionen von betroffenen Angehörigen und tausenden Pflegekräften, die täglich im Einsatz sind. Die Bundesregierung muss die Chance nutzen und das Ministerium umbenennen, um der Pflege damit endlich mehr Anerkennung zu verschaffen.

Allerdings haben auch wir Abgeordnete die Möglichkeit, durch die Umbenennung des Gesundheitsauschusses der Pflege ihren tatsächlichen Stellenwert auch im Namen des betreffenden Ausschusses zuzuschreiben. Zur Umbenennung des Ausschusses für Gesundheit in den Ausschuss für Gesundheit und Pflege bitte ich daher in einem Brief auch die anderen Fraktionen um Unterstützung.
Doch allein die Anerkennung der Relevanz von Pflege durch die Umbenennung des Ministeriums reicht nicht aus. Darüber hinaus ist es unbedingt notwendig, dass Herr Spahn als Bundesminister für Gesundheit und Pflege ein wirksames Pflege-Sofortprogramm auf die Beine stellt. Die hierfür von Union und SPD im Koalitionsvertrag vereinbarten 8.000 Pflegestellen sind unzureichend. Der Bedarf an zusätzlichen Pflegekräften ist weitaus größer. So schlagen wir als Bundestagsfraktion von Bündnis 90/ Die Grünen in unseren Sofortprogrammen für die Alten- und Krankenpflege die Finanzierung von insgesamt 50.000 zusätzlichen Fachkraftstellen vor.
Im Brief an die Ersten Parlamentarischen Geschäftsführer*innen sowie die pflegepolitischen Sprecher*innen der Bundestagsfraktionen von CDU/CSU, SPD sowie FDP und Die Linke heißt es:
Die Pflege ist eine der größten wachsenden Herausforderungen unserer Gesellschaft. In Deutschland sind, wie nunmehr bekannt wurde, heute ca. 3,6 Millionen Menschen pflegebedürftig, zwei Drittel der pflegebedürftigen Menschen werden zu Hause versorgt. Die pflegenden Angehörigen leisten dabei den Großteil der Versorgung und sind dringend auf mehr professionelle Unterstützung und Entlastung im Alltag angewiesen. Gleichzeitig sind tausende Pflegekräfte im Altenpflegebereich und in der Krankenpflege täglich im Einsatz. Die Arbeitsbelastung steigt immer weiter. Der Pflegeberuf braucht dringend mehr Aufmerksamkeit und Anerkennung.
In der vergangenen Woche habe ich die Bundesregierung aufgefordert, Pflege in den Titel des Bundesministeriums für Gesundheit aufzunehmen. Um dem Stellenwert der Pflege gerecht zu werden, bitte ich Sie, sich mit mir darüber hinaus für die Umbenennung des „Ausschusses für Gesundheit“ in den „Ausschuss für Gesundheit und Pflege“ einzusetzen.

Mit freundlichen Grüßen,
Kordula Schulz-Asche

Kordula Schulz-Asche, Sprecherin für Pflegepolitik der Fraktion Bündnis 90 / DIE GRÜNEN

Deutsche Fachpflege Gruppe

Qualität verbindet.

Die Deutsche Fachpflege Gruppe ist mit rund 4.000 Mitarbeitern, über 750 Intensivpatienten in WG- und Einzelversorgung und über 1.000 Tourenpflegen führend in der außerklinischen Intensivpflege in Deutschland. Derzeit gehören 20 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**

Die neuen Qualitätsprüfrichtlinien – QPR und QPR-HKP ambulant

Ambulante Pflegedienste mit einem Versorgungsvertrag nach § 72 SGB XI werden in Deutschland auf Grundlage des § 114 SGB XI einmal jährlich einer Qualitätsprüfung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) oder durch den Prüfdienst der Privaten Krankenkasse (PKV) geprüft. Bis dato wurden Pflegedienste, die einen Versorgungsvertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V haben, also ausschließlich Leistungen der Krankenkassen erbringen, nicht vom MDK überprüft. Diese Lücke hat der Gesetzgeber mit dem dritten Pflegestärkungsgesetz (PSG III) nun geschlossen.

Zukünftig unterliegen diese Pflegedienste jährlichen Regelprüfungen, wie sie in Pflegediensten mit SGB XI Versorgung bereits seit einigen Jahren durchgeführt werden. Ebenso sind Anlassprüfungen, z.B. aufgrund von Beschwerden dort möglich (vgl. GKV 2017a, S. 2).

Was ist neu?
Am 27. November 2017 hat der GKV Spitzenverband eine geänderte Fassung der QPR ambulant veröffentlicht, gleichzeitig – und das ist völlig neu – die Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP). Erstmals werden nun die Pflegedienste geprüft, die bisher nicht im Fokus der regelmäßigen Qualitätsprüfungen standen.
Sowohl für Pflegedienste, die SGB XI und SGB V Leistungen erbringen, als auch Pflegedienste, die nur SGB V Leistungen durchführen, rücken die intensivpflegebedürftigen Personen in den Focus, für deren Versorgung eigene Qualitätskriterien entwickelt wurden. Sie sind in der QPR ambulant und in der QPR-HKP weitestgehend identisch. In der QPR-HKP entfällt der Prüfungsanteil für die SGB XI Leistungen (Grundpflege).

Was wird geprüft – Fokus ambulante Intensivpflege?
Geprüft werden z.B. Strukturkriterien, wie die Qualifikationen der Verantwortlichen Pflegefachkraft, die im Intensivpflegebereich zukünftig erweiterte Qualifikationen aufweisen muss. Ebenso wird die Qualifikation der Mitarbeiter geprüft, für die zusätzliche Kriterien formuliert sind. So sind beispielsweise für die Verantwortliche Pflegefachkraft (VPFK) folgende Kriterien beschrieben:

- Bei zu versorgenden Personen ab 18 Jahren: Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in,
- Bei zu versorgenden Personen unter 18 Jahren: Gesundheits- und Krankenpfleger/in oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in,
- Atmungstherapeut/in mit pflegerischer Ausbildung oder
- Fachgesundheits- und Krankenpfleger/in für Anästhesie- und Intensivpflege oder
- mindestens drei Jahre Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder außerklinische Beatmung) in den letzten fünf Jahren und Fortbildung (mindestens 200 Stunden-Kurs eines strukturierten, berufsbegleitenden, von Fachgesellschaften bzw. pflegerischen Berufsverbänden anerkannten und durch Akkreditierung oder Zertifizierung qualitätsgesicherten Kursprogramms, welches mindestens den Anforderungen der DIGAB-Zertifizierung entspricht). (vgl. GKV 2017c, S.18)

Analog gelten für die Pflegefachkräfte folgende Anforderungen:

- Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in
- Atmungstherapeut/in mit pflegerischer Ausbildung oder
- Fachgesundheits- und Krankenpfleger/in für Anästhesie- und Intensivpflege oder
- mindestens ein Jahr Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Intermediate Care-Station oder außerklinische Beatmung) in den letzten fünf Jahren oder
- Fortbildung (mindestens 120 Stunden-Kurs eines strukturierten, berufsbegleitenden, von Fachgesellschaften bzw. pflegerischen Berufsverbänden anerkannten und durch Akkreditierung oder Zertifizierung qualitätsgesicherten Kursprogramms, welches mindestens den Anforderungen der DIGAB-Zertifizierung entspricht) (vgl. GKV 2017c, S.18)

Vorzuweisen sind auch ein geeignetes Einarbeitungskonzept und ein detailliertes Casemanagement, Verfahrensanweisungen zum Verhalten in Notfallsituationen, hierzu gehören z.B. Notfallanweisungen für Brände, Wasserschäden und Stromausfälle. Überprüft wird ebenfalls die Umsetzung des Medizinproduktegesetzes (MPG), bei ambulanten Intensivpflegediensten eine umfangreiche Anforderung aufgrund des Einsatzes vielfältiger Medizinprodukte, besonders der Beatmungsgeräte, die Medizinprodukte der Anlage 1 sind und somit nicht von jedermann an jedermann eingewiesen werden dürfen. Für die bis dato nicht geprüften Pflegedienste ist auch die Prüfung der Leistungsabrechnung neu, die bei allen anderen Pflegediensten bereits seit Anfang 2016 durchgeführt wird. Hierzu vergleicht der MDK u.a. Dienstpläne, Handzeichen, Verordnungen, Genehmigungen der Krankenkassen, Pflegeverträge, Kostenvoranschläge und abgerechnete Leistungen auf ihre Richtigkeit. Fehler in der Abrechnung können eklatante Folgen nach sich ziehen, dabei sind neben Regressansprüchen auch strafrechtliche Konsequenzen zu nennen.

Fazit und Ausblick
Derzeit liegen den Prüfungen noch die aktuellen Rahmenverträge bzw. Versorgungsverträge nach § 132a SGB V zugrunde (vgl. QPR-HKP, 2017, S. 9). In der QPR ambulant und QPR-HKP ambulant wird in einer Fußnote darauf hingewiesen, dass folgende Richtlinien und Verträge Basis der Prüfungen sind:

- die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit dem jeweiligen ambulanten Pflegedienst,
- die abrechnungs- und vergütungsrelevanten Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit dem jeweiligen ambulanten Pflegedienst,
- die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und

Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die ambulante Pflege,
- […]
- die Rahmenempfehlungen nach § 132a Abs. 1 SGB V,
- die Richtlinie zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 SGB V (vgl. QPR 2017b, S. 8)

Daraus lässt sich ableiten, dass Pflegedienste, die Einzelverträge mit den Krankenkassen abgeschlossen haben, diese auf die qualitätsrelevanten Fakten überprüfen sollten.

Derzeit gibt es nur wenige Rückmeldungen aus der Praxis, da die Prüfungen – speziell der QPR-HKP – erst im Februar 2018 gestartet sind. Es ist also noch nicht abzusehen, wie die Prüfungen tatsächlich in der Praxis durchgeführt werden und wie speziell mit den Voraussetzungen für die VPFK und die Pflegefachkräfte umgegangen wird. Dies wird sich erst im Laufe der nächsten Monate zeigen. Die Vermutung liegt aber nahe, dass der Gesetzgeber die Rahmenverträge und gesetzlichen Grundlagen hierzu anpassen wird.

Zwar sind alle neuen oder angepassten Kriterien keine Transparenzkriterien, werden folglich nicht als Note veröffentlicht, ebenso wenig wie Prüfergebnisse der QPR-HKP, dennoch liegt die Vermutung nahe, dass die Nichterfüllung der Prüfkriterien, die die Qualifikationen der Mitarbeiter betreffen, im Abrechnungsbereich u.U. zu Regressansprüchen führen und den Pflegedienst nachhaltig in seiner Existenz gefährden können.

Quellen:

GKV-Spitzenverband (Hrsg.) (2017a): Richtlinie nach § 282 Abs. 2 Satz 3 SGB V über die Durchführung und den Umfang von Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen gemäß § 275b SGB V von Leistungserbringern mit Verträgen nach § 132a Abs. 4 SGB V (Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege – QPR-HKP) vom 27. September 20172. Online verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/2017-09-27_QPR-HKP_mit_Anlagen.pdf. Zuletzt abgerufen am 12.02.2018.

GKV – Spitzenverband (Hrsg.) (2017b): Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI.
(Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) vom 27. September 2017. Online verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/2017_11_27_QPR_Teil_1_amb_Pflege_mit_Anlagen.pdf. Zuletzt abgerufen am 12.02.2018.

GKV – Spitzenverband (Hrsg.) (2017c): Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege. Online verfügbar unter: https://www.mds-ev.de/uploads/media/downloads/2017_11_27_QPR_Teil_1_amb_Pflege_mit_Anlagen.pdf. Zuletzt abgerufen am 12.02.2018.

Jeanette Kück

Jeanette Kück
Pflegemanagerin BA, QB und Auditorin, Fachdozentin und Beraterin bei Ventrio Care und Consult

Ersatzkassen und bpa vereinbaren bundesweiten Rahmenvertrag für die Intensivpflege

Wachkomapatienten und andere intensivpflegebedürftige Menschen, die unter anderem auch künstlich beatmet werden müssen, haben rund um die Uhr einen sehr komplexen medizinischen und behandlungspflegerischen Hilfebedarf. Um ihnen ein Leben in ihrem häuslichen Umfeld zu ermöglichen, haben die Ersatzkassen zusammen mit ihrem Verband, dem Vdek, und der bpa die Anforderungen an diese Pflege, an die Pflegekräfte und die Pflegedienste in einem Vertrag festgeschrieben. Damit liegen nun erstmalig verbindliche, bundesweite Regelungen zur Qualität der außerklinischen intensivpflegerischen Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege vor.

Mit Wirkung zum 1. Februar 2018 haben der Verband der Ersatzkassen (vdek) und der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste einen gemeinsamen Ergänzungsvertrag zur ambulanten außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der Häuslichen Krankenpflege auf den Weg gebracht. Ziel dieses Ergänzungsvertrages ist ein einheitliches Regelungswerk über Inhalt, Anforderungen und Qualitätssicherung bei der Versorgung von Versicherten der Ersatzkassen mit komplexem medizinischem und pflegerischem Hilfebedarf, wie beispielsweise Langzeitbeatmeten, durch Mitgliedsdienste des bpa.
Der Vertrag stellt technisch gesehen einen Mustervertrag dar, welchen die Ersatzkassen und Pflegedienste bei künftigen Versorgungen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege einheitlich bundesweit verwenden. Damit entfällt für die Beteiligten der in der Vergangenheit nicht selten mühsame Weg von Einzelverhandlungen über die Zugangsvoraussetzungen bei der Versorgung von Versicherten mit Leistungen der speziellen Krankenbeobachtung.
Gleichzeitig soll der Vertrag als Basis dienen, um in den einzelnen Bundesländern die Möglichkeit kollektiver Vergütungen auf Verbandsebene zu verhandeln. Die Vereinbarungspartner des Ergänzungsvertrages waren sich bereits frühzeitig darüber einig, dass eine Preisbildung auf Bundesebene mit einheitlicher Wirkung für alle Bundesländer durchaus wünschenswert wäre, aber aufgrund der bislang sehr heterogenen Vergütungslandschaft im Bundesgebiet derzeit (noch) nicht umsetzbar ist.
Ähnlich wie in der somatischen häuslichen Krankenpflege beabsichtigt der bpa, den vdek bzw. die von ihm vertretenen Ersatzkassen für Landesebene, unter Heranziehung des geeinten Ergänzungsvertrages, zu Vergütungsverhandlungen über die Leistungen der speziellen Krankenbeobachtung aufzufordern.
Die Ergänzungsvereinbarung baut inhaltlich auf den jeweils gültigen Versorgungsvertrag gemäß § 132a Abs. 4 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege auf und regelt (lediglich) die besonderen Anforderungen bei Leistungserbringung im Rahmen der außerklinischen intensivpflegerischen Versorgung. Die Schwerpunkte bilden dabei neben dem Überleitmanagement aus dem Krankenhaus bzw. der Rehabilitation, der Qualitätssicherung und der ggf. angezeigten Rückzugspflege im Wesentlichen die organisatorischen und personellen Voraussetzungen für die Leistungserbringung.
Die Gewährleistung einer hochwertigen außerklinischen intensivpflegerischen Versorgung bedingt entsprechende personelle Anforderungen. Gleichzeitig erfordert die Sicherstellung der Versorgung einen breit gefächerten, flexiblen Zugang und die Integration von Pflegefachkräften. Diesen Herausforderungen trägt der Vertrag Rechnung. So ist der Einsatz von examinierten Pflegefachkräften neben zahlreichen zusätzlichen formellen Qualifikationsmöglichkeiten auch über verschiedene Formen von Berufserfahrung bzw. Zusatzqualifikation zu erreichen.
Der Wunsch der beteiligten Vertragspartner ist es, die vorliegende Ergänzungsvereinbarung flächendeckend umzusetzen, um eine Weiterentwicklung der Versorgungsqualität der Versicherten sicher zu stellen und gleichzeitig den gesetzgeberischen Forderungen nach einheitlichen Maßstäben zur Sicherung der Qualität in diesem Bereich nachzukommen.

Bernd Tews

Bernd Tews, Geschäftsführer
bpa.Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V.

FAHL

NEU

SPIRAFLEX® SHORT

FLEXIBEL IN DER LANGZEITVERSORGUNG

- Sehr flexible **kurze Spiral-Trachealkanüle**
- Bestehend aus **thermo-sensiblem medizinischen** Kunststoff
- Hohe **Formstabilität** durch integrierte Metallspirale
- Besonders während einer **Langzeitversorgung** gut geeignet
- **Vereinfachte Kanülenpflege** durch flexible Innenkanülen
- Ausführung **mit & ohne CUFF** in verschiedenen Sets erhältlich
- **MADE IN GERMANY**

Unser umfangreiches Trachealkanülen-Sortiment finden Sie unter www.fahl.de.

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

Was erwartet uns 2018 – wo wollen wir hin?

Die Entscheidung für eine Große Koalition ist gefallen, der neue Gesundheitsminister heißt Jens Spahn, und Erwin Rüddel, MdB, ist der neue Vorsitzende des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages. Die außerklinische Intensivpflege steht vor großen Veränderungen und es gilt, mit den neuen politischen Entscheidungsträgern so schnell wie möglich ins Gespräch zu kommen.

Die Pflegestärkungsgesetze, die in der letzten Legislaturperiode verabschiedet wurden, konnten bislang nicht verhindern, dass außerklinisch beatmete Menschen weiterhin vielfach schlecht versorgt werden. Ein wesentlicher Grund hierfür liegt darin, dass es die Politik zulässt, dass ambulante Pflegedienste, die nach § 132a Abs. 2 SGB V zugelassen wurden, keinerlei weitere Zulassungsvoraussetzungen (insbesondere betrieblich-organisatorische, fachlich-personelle) erfüllen müssen, wenn sie zusätzlich ambulante intensivpflegerische Leistungen anbieten und/oder durchführen wollen. Diese Gesetzeslücke wird seit Jahren von denjenigen genutzt, die mit ambulanter Intensivpflege nur schnelles Geld machen wollen. Zwar ist der Bereich der Prüfungen ausgeweitet worden, aber aufschlussreich ist das Ergebnis des 5. MDS-Pflege-Qualitätsberichts, der jüngst vom GKV-Spitzenverband und vom Medizinischen Dienst des GKV-Spitzenverbandes (MDS) in Berlin veröffentlich wurde. Teilweise besteht „deutlicher Verbesserungsbedarf“, kann man dort lesen.
Ob die Qualitätsprüfricht-Richtlinie HKP zu einer Verbesserung beitragen wird, bleibt abzuwarten. Tätig sind auch Berufsverbände wie der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), der mit den Ersatzkassen, Qualitätsmaßstäbe ausgebarbeitet hat. Es gibt einen ersten bundesweiten Rahmenvertrag zur ambulanten Intensivpflege, aber all dies bleibt ein „zahnloser Tiger“, solange es keine gesetzlichen Vorgaben gibt. Zudem vertieft sich der Graben zwischen Leistungsanbietern und Leistungsträgern. Das Thema Vergütungsverhandlungen bekommt einen immer höheren Stellenwert. Wer einen zu niedrigen Preis für seine Dienstleistung akzeptiert, kann schnell ins Aus geraten.
Umso wichtiger ist es, sich als Inhaber und Geschäftsführer von Einrichtungen und Diensten der außerklinischen Intensivpflege zu vernetzen und Erfahrungen auszutauschen. Dazu gibt es Gelegenheit in Berlin bei der Entscheiderkonferenz „Außerklinische Intensivpflege 3.0“ am 17. April 2018. Die Veranstaltung von Vincentz-Network mit Vorträgen und Workshops. Hierfür konnte der Veranstalter Jana Klingelhöller, Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS), Dr. Christian Burholt, Kanzlei Baker McKenzie, Dr. Oliver Stegemann, Justiziar des Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), Corinne Ruser, Geschäftsführerin Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege (BHK), Marie-Christin Weber, Universität Potsdam, und Stephan Kroneder, Vorstandsvorsitzender des Ambulanten Intensivpflegeverbandes Deutschland (IPV), gewinnen.
Im Programm steht auch eine Podiumsdiskussion mit Vertretern der Politik und der Leistungserbringer. Dies Runde, die Chefredakteur Lukas Sander und ich moderieren werden, haben bereits zugesagt: Erwin Rüddel (CDU), Erich Irlstorfer (CSU), Pia Zimmermann (DIE LINKE), Claudia Moll (SPD), Marc Bennerscheidt (Leistungserbringer), Kordula Schulz-Asche (Bündnis 90 / Die Grünen) und Claudia Gürkov (Bayerischer Rundfunk, Rechercheteam).

Christoph Jaschke und Lukas Sander

Die Gespräche werden bei einem Abendessen im Hotel Adlon Kempinski Berlin fortgesetzt. Informationen unter http://www.vincentz-akademie.de/Ambulantes-Management/Entscheider-Konferenz-Ausserklinische-Intensivpflege-3.0
Da diese Konferenz bereits ausgebucht ist, findet am 25. September 2018 in Berlin die Entscheiderkonferenz „Außerklinische Intensivpflege 4.0“ statt.

Erwin Rüddel (CDU), Vorsitzender des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages

Die Abrechnung über den Datenträgeraustausch: Fluch oder Segen?

Dorothee von Zobel

Der Einzug der Abrechnungen über DTA, den Datenträgeraustausch im Bereich sämtlicher SGB V und SGB XI Leistungen, wird zunehmend unumgänglich. So stellt sich die Frage nach deren Entwicklung, Umsetzung und Transparenz.

In Zeiten der zunehmenden Digitalisierung fordern immer mehr Krankenkassen, dass auch die Abrechnung über die häusliche Krankenpflege via Datenträgeraustausch abgewickelt wird. Sie berufen sich hierbei auf § 302 SGB V. Die Grundlagen wurden bereits am 20. Dezember 1988 festgelegt. In Artikel 1 dieses Gesetzes werden die Leistungserbringer verpflichtet, „den Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern die von ihnen erbrachten Leistungen nach Art, Menge und Preis zu bezeichnen sowie die Arztnummer des verordnenden Arztes“ aufzuführen. Weiter heißt es: „Das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens bestimmt der Spitzenverband Bund der Krankenkassen“. Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) hat seither mit mehreren Veröffentlichungen seine Vorstellungen über den Aufbau der Abrechnung mittels DTA bekannt gegeben. Zuletzt am 01.01.2018.

Ein wichtiges Argument für die Einführung der Abrechnung in Form des Datenträgeraustausches ist die Vereinheitlichung des Abrechnungsverfahrens innerhalb der Bundesrepublik Deutschland. Dennoch obliegt es bis zum heutigen Tag jeder einzelnen Krankenkasse, in welcher Form die Rechnungen über alle SGB V sowie SGB XI Leistungen bei ihnen eingereicht werden sollen.

Die elektronische Abrechnung wird bisher nach wie vor von wenigen Leistungsträgern umgesetzt und selbst wenn, sind die Anforderungen bezüglich deren Aufbau sehr unterschiedlich. Grundsätzlich erwartet wird das IK-Kennzeichen des Leistungsträgers sowie des Leistungserbringers, die Arzt-, Betriebsstättennummer, die Genehmigungsnummer der entsprechenden Kostenzusage und die Verordnungsreferenz.

Unterschiedlich gehandhabt werden z.B. Gebührenpositionsnummern und Tarifkennzeichen. Von manchen Krankenkassen werden sogar für ein und dieselbe Leistung verschiedene Rechnungen verlangt, eine für die erbrachten vollen Stunden und eine für jede erbrachte Minute. Auch hier wieder mit unterschiedlichen Gebührenpositionsnummern. Um seine Vorstellungen durchzusetzen, hat der Leistungsträger die Möglichkeit, für nicht über Datenträgeraustausch erbrachte Abrechnungen bis zu 5 % des Rechnungsbetrages in Abzug zu bringen.

Der Leistungserbringer hat, um den geforderten Ansprüchen der Krankenkassen gerecht zu werden, zwei Möglichkeiten:

- Er kauft sich eine entsprechende branchenübliche Software, die eine Schulung hierfür dringend erfordert und sowohl mit einem enormen Zeitaufwand als auch hohen Kosten verbunden ist.
- Er beauftragt ein Abrechnungszentrum. Auch hier sind die monatlichen Kosten erheblich und es stellt sich zudem die Frage, in wie weit der Sachbearbeiter eines Abrechnungszentrums die genauen Einzelheiten in jeder Versorgung kennt bzw. diese beachtet und in wie weit die Abrechnung über die vom Pflegedienst erbrachte Leistung von eben diesem zusätzlich geprüft werden muss. Die hierdurch steigenden Kosten inklusive Mehraufwand zu übernehmen, sind die meisten Krankenkassen nicht bereit. Nichts desto trotz gehören die Abrechnungszentren zu einem wachsenden Markt, denn die Belastung für Pflegedienste, ihre erbrachten Leistungen entsprechend zu fakturieren und die offenstehenden Forderungen einzutreiben, wächst.

Noch fordern die Leistungserbringer, die auf der Abrechnung über Datenträgeraustausch bestehen, zusätzlich sämtliche Originale zuzüglich Leistungsnachweise in Papierform an. Sie befinden sich offensichtlich nach wie vor in der sogenannten Erprobungsphase, in der auch die Sachbearbeiter der Krankenkassen über den enormen Aufwand und über die mangelnde Transparenz klagen.

Es stellt sich zudem die Frage, ob die erhoffte und doch nicht erkennbare Vereinheitlichung der Abrechnungen durch den Datenträgeraustausch auch vor Betrug schützt. Oder besteht nicht vielmehr die Gefahr, dass aufgrund der zunehmenden Unübersichtlichkeit gerade und erst recht Abrechnungsbetrug sogar begünstigt wird? Mit wie wenig Aufwand können denn beispielsweise Unterschriften auf elektronisch übermittelte Leistungsnachweise kopiert werden, auch wenn entsprechende Leistungen nicht erbracht wurden?

Und können Sachbearbeiter von Rechenzentren, egal ob sie für den Leistungserbringer abrechnen oder ob sie für die Leistungsträger die Abrechnung kontrollieren, den Überblick über die tatsächlich erbrachten Leistungen garantieren? Je mehr Rechnungen unterschiedlicher Leistungen von vielen Sachbearbeitern für viele Sachbearbeiter durch viele Hände gereicht werden, desto leichter, so scheint es, wird es für kriminelle Anbieter werden.

So bleibt die Hoffnung, dass eine baldige Vereinheitlichung der Abrechnungsmodalitäten gefunden werden kann, die Klarheit sowohl für die Dienstleister, als auch für sämtliche Krankenkassen bringen und einen entscheidenden Beitrag zur Bekämpfung des Abrechnungsbetruges leisten wird.

Dorothee von Zobel

Digitalisierung und Telemedizin – Heilsbringer für unsere Gesellschaft?

Immer öfter versetzen mich Digitalisierung und Telemedizin in Erstaunen. Jedoch oft weniger die technische Innovation an sich, sondern mehr die Reaktion der Gesellschaft. Diese reagiert vielfach unkritisch auf die technischen Möglichkeiten. Dabei sollte man meiner Ansicht nach Lehren aus der Vergangenheit ziehen.

Anlass meiner Überlegungen sind die Vorträge beim 5. Mainfränkischen Gesundheitssymposium am 19.1.2018 in Estenfeld bei Würzburg. Ich bin grundsätzlich ein technikaffiner und technikbegeisterter Mensch, der bereitwillig Hard- und Software ausprobiert. Aber ich agiere auch gern auf der „sicheren Seite", wäge Risiken ab und unterlasse auch Manches. So kommt der Messenger WhatsApp beispielsweise nicht auf mein Smartphone und meinen Rechner. Bezüglich Datensicherheit lehrt mich die Vergangenheit, dass ich weder Regierungen noch Unternehmen trauen kann. Und ja, ich habe etwas zu verbergen: Meine Haustür ist abschließbar- was auch regelmäßig genutzt wird- und an meinem Schlafzimmerfenster befinden sich Vorhänge und Jalousien. Wer nichts zu verbergen hat- ein beliebtes Argument all derer, die leichtfertig und naiv mit ihren Daten umgehen!-, sollte wenigstens so konsequent sein und auf abschließbare Haustüren und Vorhänge verzichten! Aus technischer Sicht ist nach den Sicherheitslücken aktuellster Prozessoren heute leider klar, dass Datensicherheit und-schutz nur bedingt gewährleistet werden können. Da helfen die größten Bemühungen und höchsten Standards nur bis zur Offenlegung der nächsten Sicherheitslücke!
Mit dieser Erkenntnis wenden wir uns wieder der Medizin zu. Auch auf dem eingangs erwähnten Gesundheitssymposium waren sich alle Beteiligten einig, dass der Datenschutz ernst genommen und sichergestellt werden müsse. Unterstellen wir, dass das im Sinne der Bürger so ist und nehmen wir ferner an, dass sich auch Regierungen an Recht und Gesetz gebunden fühlen, dann kommt also doch noch irgendwann die elektronische Gesundheitskarte. Interessant daran ist, dass §291a SGB V, Abs 3 Satz 4 tatsächlich von einer einrichtungsübergreifenden Dokumentation, ja sogar von einer elektronischen Patientenakte spricht. Wenn man nun die aktuelle Krankenhauslandschaft verfolgt, sind viele Einrichtungen aktuell dabei oder haben sie längst, ihre eigene Patientenakte.

So auch vorgetragen von Dr. Tobias Müller der Rhön-Klinikum AG. Dazu gesellen sich nun noch die ggf. elektronisch geführten Akten bei Ärzten, Therapeuten und Pflegediensten, nur um Sanitäts-/ Orthopädiehäuser oder medizintechnische Provider schlicht zu vergessen. Die Liste ist beileibe nicht vollständig. Stolz trägt Ministerialdirigent Peter Steiert vom Bayerischen Gesundheits- und Pflegeministerium das Projekt „Bayerische elektronische Gesundheitsakte (Bay-eGA)“ vor, welches in den nächsten Jahren auch das Problem der elektronischen Patienten-/Gesundheitsakte lösen soll. Ich frage mich nur: Welcher Gesundheitsakte? Warum muss es denn eine bayerische Gesundheitsakte geben, wenn der Ansatz doch schon bei der elektronischen Gesundheitskarte vorhanden ist – und dort schon nicht klappt. Wenn jede Klinik, jeder Arzt schon „seine Akte“ hat und es nicht gelingt, diese dem Patienten in Einvernehmen mit dem Datenschutz zugänglich zu machen, wie kann man dann davon ausgehen, dass das ausgerechnet dem bayerischen Gesundheits- und Pflegeministerium übergreifend gelingen sollte? Und wenn das keine „Akte“ im herkömmlichen Sinn werden kann, weil die Daten nach wie vor in Kliniken, bei Ärzten etc. verbleiben werden, wie will man denn diese uneinheitlichen Strukturen zusammenbringen? Wenig verwunderlich wendet Hausarzt Dr. Christian Pfeiffer in der Diskussion ein, dass er sich nicht vorstellen könne, wie ein gesicherter Zugang von außen in seine Praxis, auf seine Struktur und Patientenakten erfolgen soll – wer Datenschutz ernst nimmt, wird dem wohl nur zustimmen können! Warum also wird wieder viel Geld in eine bayerische Insellösung gesteckt, wo man viel dringlicher Geld, Ideen und Manpower bräuchte, um endlich die deutschlandweite elektronische Gesundheitskarte und deren elektronische Patientenakte auf den Weg zu bringen?

Mindestens ebenso interessant ist Digitalisierung in der Klinik selbst. So erzählt Prof. Dr. Norbert Roewer, dass die Universität Würzburg schon seit Ende der 1990er Jahre digital dokumentiere/eine Patientenakte führe. Diese Entwicklung käme auch der Pflege zu Gute und sorge dort für freie Ressourcen. Das hört sich so an, als würde es der Pflege helfen, ihre Aufgaben wenigstens sachgerecht durchführen zu können. Ich erinnere aber daran, dass der Bayerische Rundfunk etwa im Jahr 2014 einen Fernseh-Beitrag veröffentlichte, der Pflegekräfte der Uni Würzburg zeigte. Deren These damals: Wir sind überfordert, liegen am Boden und sind mit unseren Kräften am Ende! Und nicht allein sie waren dieser Meinung.

Welch verklärtes Bild wird hier gezeichnet? Wie lassen sich diese Aussagen, Digitalisierung führe zu Entspannung im Pflegebereich, mit dem Empfinden der Pflegekräfte in Einklang bringen? Pflege ist zwar ein gesellschaftliches Problem, rückt aber nur hin und wieder in den Fokus – sie wird regelrecht einfach als „vorhanden“ empfunden. Von einer Lobby der Pflege, welche ähnlich Gehör findet wie die Autoindustrie im Dieselskandal, können wir nur träumen. Es verwundert also nicht, dass selbst eine messbare Entlastung der Pflege nicht in freie Ressourcen mündet, sondern schlicht in die betriebswirtschaftliche Gesamtbetrachtung eingerechnet wird. Dann ist jede „Pflege-Minute“ entscheidend, weil sie einen monetären Gegenwert hat. Damit wird schnell klar, dass das gesellschaftliche Problem Pflege und Pflegemangel auch durch noch so raffinierte technische Hilfsmittel nicht entlastet werden wird. Die durch digitalisierte Hilfsmittel frei gewordene Zeit steht nicht einfach zur Verfügung, sie wird verrechnet. 30 Minuten Zeitersparnis pro Tag durch einfachere Dokumentation ist eben keinesfalls mehr Pflege- oder Gesprächszeit für den Patienten, sondern 30 Minuten, die man eine Pflegekraft eher nach Hause schicken kann, um die Effizienz der Einrichtung zu erhöhen.

Diese Sicht sollte vorsichtig, aber dennoch auf allen der Digitalisierung positiv zugeschriebenen gesellschaftlichen Aspekten liegen. Wenn uns Digitalisierung, Telematik, E-Health etc. das Leben so erleichtert hätten, bleibt für mich die Frage: Warum sind wir noch immer eine von Arbeitsverdichtung getriebene Gesellschaft? Gibt es überhaupt Branchen in Deutschland oder Europa, die nicht nach der oben dargestellten Maxime funktionieren? Gibt es sie überhaupt, die Arbeitnehmer, die nach Einführung der Digitalisierung eine Entspannung ihrer persönlichen Belastung am Arbeitsplatz erlebten? Dabei meine ich nicht diejenigen, die ihren Arbeitsplatz verloren haben.

Wir sollten prüfen, ob Digitalisierung und Telemedizin tatsächlich die gesellschaftlichen Auswirkungen haben, die wir gerne sähen. Vielleicht dient sie in erster Linie profitgetriebenen Ansprüchen einiger weniger.

Ebenso wird den Patienten oft vorgegaukelt, das Fachwissen weniger Spezialisten stünde selbst im letzten Winkel der Krankenhauslandschaft zur Verfügung. Juristische Bedenken außen vor: Wer lässt sich denn gerne von einem Arzt diagnostizieren, der einem nicht gegenübersteht? Woher weiß ich, ob die aus der Diagnostik abgeleitete Therapie von dem Arzt, der in der Sache offensichtlich wenig Ahnung hat – sonst bräuchte es die Ferndiagnose nicht – überhaupt adäquat durchgeführt werden kann? Es kann doch nicht nur darum gehen, die perfekte Diagnostik zu betreiben - die Therapie ist doch mindestens ebenso wichtig.

Und wenn das alles tatsächlich mehr Fortschritt bringt und wir alle länger leben: Wer stößt endlich die Diskussion an, wie wir uns diese Medizin in 20 oder 30 Jahren noch leisten können, wenn die Pflegefälle trotz des Fortschritts der letzten Jahre ganz offensichtlich nicht ab-, sondern zunehmen?

Es mag sein, dass Telemedizin und die Digitalisierung des Gesundheitswesens eine Chance darstellen - ich möchte das gar nicht abstreiten. Nur wünschte ich mir, dass dabei die Menschlichkeit wieder mehr im Fokus steht. Das beständige Streben nach Effizienzsteigerung und Gewinnmaximierung wird kaum ewig durchzuhalten sein und ist damit ganz sicher nicht im Sinn unseres Lebens. Schon sehr früh erkannte Albert Einstein diesen Zusammenhang: „Ich fürchte mich vor dem Tag, an dem die Technologie unsere Menschlichkeit übertrifft. Auf der Welt wird es nur noch eine Generation aus Idioten geben.“

Dieter Weber

Quellen:

5. Mainfränkisches Gesundheitssymposium
https://www.mainfranken.org/wirtschaftsraum/gesundheit/50820.Vertrauen_statt_German_Angst_-_Telemedizin_als_Chance_fuer_Mainfranken.html

§ 291a SGB V Elektronische Gesundheitskarte und Telematikinfrastruktur
http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/291a.html

Zwangsgeld für Bayern
http://www.zeit.de/mobilitaet/2018-01/diesel-fahrverbote-bayern-verwaltungsgericht-zwangsgeld

20 Jahre Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH

Die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH feiert in diesem Jahr ihr 20jähriges Bestehen. Die beiden Gründer und Geschäftsführer, Jörg Brambring und Christoph Jaschke, blicken auf zwei Jahrzehnte zurück, in denen sich aus einer Nische in der Pflegelandschaft ein heiß umkämpfter Markt entwickelt hat.

GD: Ihr gehört zu den Pionieren der Heimbeatmung. Würdet Ihr aus heutiger Sicht diesen Schritt noch einmal wagen?
Brambring: Auf jeden Fall, denn es geht damals wie heute darum, dass die Menschen in einer möglichst normalen Umgebung, im Kreis ihrer Familie und Freunde leben können. Lebensqualität bedeutet auch, sich nach eigenem Geschmack und eigenen Vorlieben einzurichten und den Tagesablauf weitestgehend selbst bestimmen zu können.
Jaschke: Auch ich würde diesen Weg wieder gehen, aber wir Leistungserbringer hätten uns früher zusammenschließen sollen, um die Intensivpflege zu formen. Vor 20 Jahren war die Vernetzung schwieriger und es gab nur wenige Veranstaltungen. Natürlich waren wir mit der „Arbeitsgemeinschaft Respiratorentwöhnung und Heimbeatmung“ (AGH) e.V., der heutigen DIGAB, verbunden und suchten Kontakt zu den Selbsthilfevereinigungen, um die Intensivpflege weiterzuentwickeln.
GD: Warum kannte bis vor kurzem keiner die außerklinische Intensivpflege?
Brambring: Zunächst bekamen wir Gegenwind. Mit der Warnung vor dem sog. „Drehtüreffekt“ wurde die Möglichkeit, Intensivpflege auch in der Häuslichkeit durchführen zu können, stark angezweifelt. Wir hatten deshalb den Ehrgeiz, es erst recht gut zu machen. Wir wollten vor allem Kindern, die sehr unter der Trennung von ihrer Familie litten, die Rückkehr in die häusliche Umgebung ermöglichen. Im Rückblick war es eine tolle Erfahrung, eine neue Form der Pflege aufzubauen und Standards zu entwickeln. Und es hat funktioniert. Unsere erste Klientin, die wir als Kind übernahmen, haben wir fast 20 Jahre gepflegt. Dass sie bis zu ihrem Tod so zufrieden war, macht uns und das Pflegeteam ungemein glücklich.
Jaschke: Neu war für uns auch, Arbeitgeber von immer mehr Pflegekräften zu sein. Ich wuchs in den Bereich des Finanzgeschäftsführers hinein, während Jörg bis heute den operativen Bereich unseres Unternehmens prägt und selbst immer noch Menschen pflegt. Über Jahre war er im DIGAB-Vorstand und gehörte dem Redaktionsteam der S2k-Leitlinie an. Mir liegt die Öffentlichkeitsarbeit sehr am Herzen, denn noch immer wissen viele Menschen nicht, was Intensivpflegekräfte tun, wie hochqualifiziert sie sein müssen, um außerklinisch beatmete Menschen zu versorgen. Bis die Politik sich „bewegte“ mussten wir „Klinken“ putzen und wir suchen weiterhin das Gespräch mit ihr. Als Arbeitgeber wurde uns die Bedeutung von Arbeitsplatzkultur klar und dass Arbeitgeber in der Pflege große Verantwortung tragen!
GD: Ist die „außerklinische Intensivpflege“ eine Branche?
Brambring: Leider ist die „Szene“ zersplittert. Weil wir gezwungen sind, jede Versorgung mit den Kassen zu verhandeln und es keine einheitliche Bepreisung gibt, ist das gegenseitige Misstrauen groß. Informationen werden nicht preisgegeben; man könnte ja besser oder schlechter in den Augen der Mitbewerber dastehen. Die großen Pflegeanbieter schotten sich ab, bis auf wenige Ausnahmen. Ich habe deshalb gemeinsam mit anderen Inhabergeführten Intensivpflegediensten in NRW ein Netzwerk

Jörg Brambring (li.) und Christoph Jaschke (re.)

MAIK

Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

26. - 27. OKTOBER 2018

HOLIDAY INN MUNICH - CITY CENTRE

MAIK PARTY
AMPERE
26.10.18

smiths medical
bringing technology to life

Dr. Schumacher

LÖWENSTEIN medical

BMV® Bender Medical Vertrieb GmbH

azh
Abrechnung & Online-Tools
www.azh.de

HANS MÜLLER
UNTERNEHMENSGRUPPE

PVS pria
EIN UNTERNEHMEN DER PVS HOLDING

servona
Medizintechnik plus!

VIVISOL
Home Care Services

www.maik-online.org

Veranstalter: IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH

gegründet, den IDA NRW e.V., um ein Gegengewicht zu schaffen und mehr für die Betroffenen zu tun.

Jaschke: Der fehlende Zusammenhalt ist ein zentrales Problem, das es schwer macht, gegenüber der Politik die Interessen der Pflege und der Betroffenen zu vertreten. Ein Bein haben uns die Abrechnungsbetrüger gestellt, die zum Glück nun endlich bestraft werden. Um ein Netzwerk zu knüpfen, haben wir vor 11 Jahren – aus der Pflege heraus – den MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress ins Leben gerufen. Er hat offensichtlich so vielen Besuchern gefallen, dass danach immer neue Kongresse kreiert werden. Dass der MAIK weiterhin ein Ereignis ist, zu dem die Teilnehmenden aus dem ganzen Bundesgebiet anreisen und das schon Wochen vorher ausverkauft ist, erfüllt uns schon ein wenig mit Stolz.

GD: Was sind Eure Themen der kommenden 10 Jahre?

Brambring: Der Bedarf an außerklinischer Intensivpflege wird weiter steigen. Sollte es einmal verlässliche Zahlen geben, würde es mich nicht überraschen, wenn wir bei 30 000 invasiv beatmeten Menschen pro Jahr lägen. Deshalb sollte man schon in der Klinik darauf achten, ob noch ein Weaning möglich ist. Ein weiteres Problem ist die unzureichende ärztliche Versorgung im außerklinischen Bereich und der Mangel an Pflegekräften. Ohne qualifiziertes Personal können die Menschen nicht adäquat versorgt werden. Keine Abstriche bei der Qualität und möglichst viel Selbstbestimmung der Betroffenen, das ist die Quintessenz unseres Unternehmens.

Jaschke: Wenn die Anbieter außerklinischer Intensivpflege ein Zulassungsverfahren durchlaufen müssten, wäre ein entscheidender Schritt zu überprüfbarer Qualität vollzogen. Noch sind die QM-Standards nicht bundesweit verbindlich und im Gesetz verankert! Unangemeldete Prüfungen und absolute Transparenz bei der Abrechnung sind weitere Meilensteine bei der Bekämpfung der „schwarzen Schafe“. Eine klare Bepreisung unserer Dienstleistung, die eine gute Bezahlung der Pflegekräfte sowie eine hervorragende Pflege abdeckt, hat oberste Priorität. Es geht um die Menschen, die Intensivpflege benötigen und oft nicht eigenständig atmen können. Es geht um diejenigen, die unsere Unterstützung am meisten brauchen! Ich bekomme noch immer Gänsehaut, wenn ich an Heiner Geißlers leidenschaftliche Rede „Ethik statt Monetik“ auf dem MAIK denke, in der er zur Rückbesinnung auf die Nächstenliebe aufrief. Er hat den Konflikt unserer Zeit mit diesen drei Worten auf einen klaren Nenner gebracht - diese Worte sind unser Auftrag für die kommenden Jahre.

GD: Wie werdet Ihr Euer 20. Jubiläum feiern?

Brambring: Mit einem großen Sommerfest für unsere Mitarbeiter und deren Angehörige, unsere Freunde und Partner. Das Fest ist ein Dankeschön an alle, die uns in den vergangenen 20 Jahren begleitet haben.

Jaschke: Wir danken allen Pflegekräften, Mitstreitern, Freunden, Partnern und Unterstützern, allen, die unsere Fachzeitung „Gepflegt Durchatmen“ fördern, die den MAIK ermöglichen und die mit uns dieselben Ziele verfolgen.

HEIMBEATMUNGS SERVICE
Brambring Jaschke GmbH
20 JAHRE

Die Zukunft der Pflege in Deutschland - wie können wir Missstände beseitigen und den Menschen stärken?

Die XPOMET© Convention fand am 21. bis 23. März 2018 in Leipzig statt und war die erste und einzige Veranstaltung ihrer Art. Sie vereinte interdisziplinäre Vernetzung, hochkarätige Keynotes, progressive Projekt- und Denkanstöße sowie innovative und interaktive Formate zu einer dreitägigen Hommage an Technologie, Fortschritt und an das Weiterdenken in der Medizin. Auch die Pflege wurde in vielen Formaten thematisiert.

„Es gibt Menschen, die liegen stundenlang in ihren Ausscheidungen." Was klingt wie die Beschreibung der Ausnüchterungszelle des Polizeipräsidiums neben der Münchner Theresienwiese, ist die Realität in vielen Pflegeheimen und Krankenhäusern. Die Pflege ist momentan in aller Munde - spätestens seit der Krankenpfleger Alexander Jorde in der ARD-Wahlkampfarena Bundeskanzlerin Angela Merkel mit aller Deutlichkeit auf die Missstände in der deutschen Pflege ansprach und eine Veränderung forderte, dürfte jeder mitbekommen haben, dass hier etwas nicht stimmt. Pflege wurde zu einem der Hauptthemen im Wahlkampf und auch in den Koalitionsverhandlungen von Union und SPD. Der demografische Wandel und der Fachkräftemangel bei Pflegekräften forcieren einen Wandel in dem Umgang mit Pflege und befeuern aktuell auch die Diskussion um den Einsatz von digitalen Lösungen im Pflegebereich. Immer häufiger werden digitale Technologien zur Betreuung pflegebedürftiger Menschen eingesetzt, um die Pflege zu verbessern, zu koordinieren und somit die Pflegekräfte erheblich entlasten kann, ebenso wie Angehörige.

Die Zukunft der Pflege auf der XPOMET©

Bei der Konzipierung der XPOMET© Convention lag den Organisatoren das Thema Pflege besonders am Herzen - schon allein, weil dieses gerade im Zusammenhang mit medizinischen Veranstaltungen gerne vernachlässigt wird, Digitalisierung jedoch eben genau hier einen solch enormen Impact haben kann. Heinrich Recken (HFH – Hamburger Fern-Hochschule) und Ingolf Rascher (Deutsche AAL Akademie) haben federführend gemeinsam mit ihren Institutionen als Schirmherren den Bereich "Pflege der Zukunft" für die XPOMET© Convention ausgearbeitet und ein Konzept aus Showcase und Think Tank kreiert, das zum Mitmachen einlädt und innovative Ansätze der Mensch-Technik-Interaktion für die Pflege aufzeigt. Denn dass in der Pflege endlich Lösungen gefunden werden müssen - in Zusammenarbeit aller Beteiligten für alle Betroffenen - hat die Debatte deutlich gemacht.
Der Titel des Think Tanks - „Zukunft der Pflege" - hatte einen doppelten Bedeutungscharakter: Einerseits fokussierte er die Entwicklung der pflegerischen Versorgung, gleichzeitig implizierte er auch die Entwicklung der Profession Pflege. Beide Faktoren stehen miteinander in einem bedingenden Wechselverhältnis. Im Schwerpunkt ging es hier jedoch um die Strukturen der pflegerischen Versorgung und ihre Sicherstellung.
Doch warum benötigte es solch ein Format überhaupt? Ein Blick auf den Status quo zeigte einer aktuellen Studie zufolge, dass auf 13 Patienten in deutschen Krankenhäusern ein Pfleger kommt. Zum Vergleich: In der Schweiz oder in Schweden liegt das Verhältnis bei 8:1. Ähnlich sieht es in deutschen Pflegeheimen aus. Dies stellt nicht nur erschwerte Arbeitsbedingungen für die Pfleger dar, sondern bedeutet auch einen deutlichen Qualitätsverlust in der Pflege selbst und somit eine schlechtere Patientengesundheit. Hinzu kommt die Verwaltungsarbeit, die erhebliche Ressourcen verbraucht. Zeit, die der Pfleger beim Patienten selbst verbringen könnte, nicht nur zur physischen Behandlung, sondern auch zur mentalen Unterstützung- auch der Angehörigen.

Think Tank „Pflege der Zukunft"

Wie könnte die Zukunft der Pflege also aussehen? Dies versuchte der Think Tank unter der Leitung von Recken und Rascher zu beantworten. Ziel war es, Zukunftsszenarien zu entwickeln, mit welchen Anforderungen an eine technische Unterstützung der Versorgungslandschaft die Herausforderungen angegangen werden müssen, und welche Auswirkungen diese auf Strukturen und Arbeitsbedingungen der Pflegeberufe haben. Der Think Thank weckte bei unterschiedlichen Zielgruppen Interesse und vermittelte das Thema praxisnah. Hierzu gehörten nicht nur die Pfleger selbst, sondern auch Patientenvertreter, Entscheider aus Krankenhäusern und Pflegeheimen sowie die Politik.
Im Rahmen eines Zukunftsszenarios wurden die Herausforderungen in der pflegerischen Versorgung genannt und Lösungsmöglichkeiten durch technische Unterstützung diskutiert. Denn dass die Pflege der Zukunft Digitalisierung und Technik benötigt, zeigte auch ein Blick in die anderen Bereiche des Gesundheitswesens, die durch digitale Lösungen momentan disruptiert werden - und wir sind schon in der zweiten Generation digitaler Technologien angekommen. Neue Lösungen sollen eine bedarfsgerechte Pflege sicherstellen und die Selbstbestimmung von Pflegebedürftigen erhöhen, jedoch unter der Voraussetzung intelligenter Konzepte und sinnvoller Koordination.

Future Health Ausstellung

Einen Ausblick in die Zukunft gab der zugehörige Showcase in der Future Health Ausstellung. Dort sollten mittels interaktiver Exponate Schwellenängste abgebaut und Spaß und Begeisterung für den Einsatz moderner ePflege ermittelt werden, unterstützt durch Hintergrundinformationen. Durch Ausprobieren erlebten die Besucher den wissenschaftlichen und praktischen Nutzen einer zukunftsfähigen Arbeit in der Pflege. Dargestellt wurde neben der stationären Alterspflege auch die ambulante Intensivpflege, ebenso wie die Schnittstelle Krankenhaus- Häuslichkeit, die zukünftig eine immer wichtigere Rolle spielen wird. Dazu gehörte auch der Bereich der vernetzten Versorgung. Über allem standen mit Dokumentation und Prozessen die Aufgaben des Pflegers. Weitere Segmente des Bereichs waren beispielsweise auch Workshops zur Verwendung von Pflegerobotern.

Augmented Reality Datenbrillen in der ambulanten Intensivpflege

Das Forschungsprojekt Pflegebrille wird von einem Konsortium aus Hochschulen (Ruhr Universität Bochum, TU Clausthal, Hamburger Fern-Hochschule), Technologieanbieter (iTiZZiMMo, ZTM) und Anwendern aus der Pflege (Christophorus-Gruppe) durchgeführt. Das Projekt (Laufzeit Mai 2016 – April 2019) stellt ein interdisziplinäres Forschungsvorhaben dar, in dem Ingenieure, Sozialwissenschaftler sowie Pflegewissenschaftler und -praktiker innovative Lösungen mithilfe sogenannter Datenbrillen (Augmented Reality) für das Prozessmanagement im komplexen Handlungsprozess der ambulanten Intensivpflege finden wollen.

Das Bundesministerium für Bildung und Forschung hat 2014 im Rahmen der Initiative „Pflegeinnovationen 2020“ die beiden Förderbereiche „Die neue HighTech-Strategie“ und „Jedes Alter zählt. Die Demografiestrategie der Bundesregierung“ in ein Forschungsförderungsprogramm unter dem Titel „Pflegeinnovationen zur Unterstützung informell und professionell Pflegender“ eingebracht und ausgeschrieben. Die Förderung bezieht sich auf anwendungsorientierte Forschungs- und Entwicklungsprojekte, die interdisziplinär angelegt sein müssen und darauf zielen, informell (familiär) und professionell Pflegende akut oder präventiv zu entlasten. Hierbei ist insbesondere auf eine nutzerfreundliche Bedienbarkeit technischer Innovationen („Design for All“) zu achten. Innovationen aus dem Bereich der Mensch-Technik-Interaktion müssen einen signifikanten Mehrwert im Vergleich zu den gegenwärtig existierenden oder aktuell in Entwicklung befindlichen Lösungen aufweisen (vgl. BMBF 2015).

Das Projektteam hat in diesem offen ausgeschriebenen Förderprogramm einen Förderzuschlag zur Entwicklung einer Pflegebrille auf Basis von Augmented Reality Technologie erhalten. Im Projekt wird Augmented Reality-Technologie verwendet, um die Interaktion der handelnden Personen zu unterstützen, Objekterkennung (z.B. Beatmungsgeräte) vorzunehmen oder Arbeitsprozesse anzuleiten. Die Grundidee ist, dass in der Wohnung von Pflegebedürftigen eine Brille für alle Pflegenden und Angehörigen vorhanden ist, die individuell unterschiedliche Informationen zur Erleichterung und Verbesserung der Pflege anzeigt und darüber hinaus die Zusammenarbeit der informell und professionell Pflegenden unterstützt. Diese Brille ist mit einer Basisstation in der Wohnung zur Übermittlung von Nachrichten und Aufgaben mit einem Pflegeleitstand verbunden, so dass von dort aus Anleitungen gegeben und Videoverbindungen mit Experten zur Unterstützung hergestellt werden können.

Augmented Reality stellt eine Technologie dar, die eine intelligente Erweiterung der menschlichen Wahrnehmung ermöglicht, dadurch dass Informationen visuell in das Sichtfeld oder auditiv eingebracht werden. Dies geschieht orts- und zeitunabhängig, ohne dass die Pflegekräfte in ihrer Bewegung oder Arbeitstätigkeit eingeschränkt werden. Datenbrillen verfügen über einen leichtgewichtigen Formfaktor, sind freihändig und bieten verschiedenste Sensorik (z.B. Head-Tracker, Bewegungssensoren) sowie Softwareschnittstellen zur Implementierung spezifischer Lösungen (vgl. Recken; Prilla 2016: 46f).

Nach einer Feldphase, in der durch nichtteilnehmende

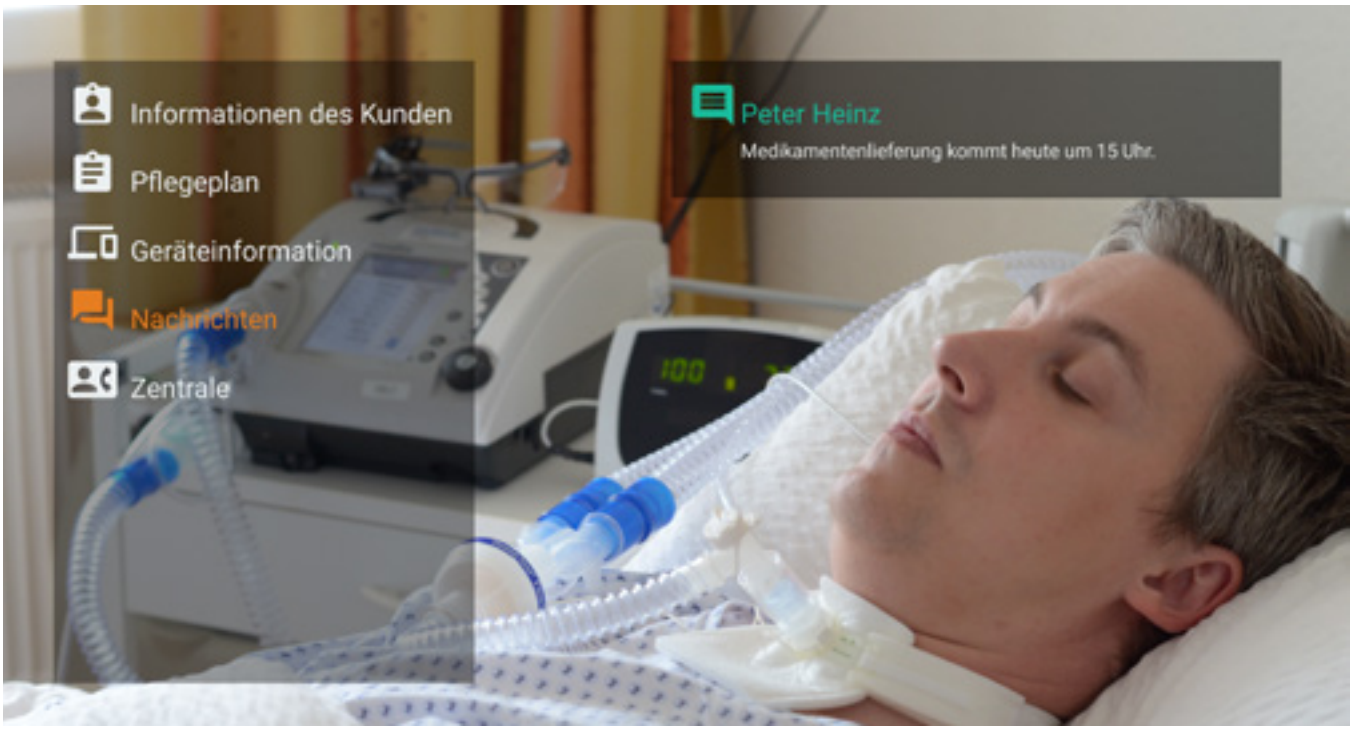


Abb. 1: Ein Blick durch die Pflegebrille eröffnet diese Zusatzinformationen.

Abb. 2: Per Video kann ein Experte hinzugeschaltet werden, während die Hände frei bleiben.

Beobachtung und Interviews mit Pflegkräften und Angehörigen Informationen über die pflegebezogenen Interaktionen gewonnen wurden, konnten acht Kategorien identifiziert werden, über die das Spannungsfeld der Arbeits- und Interaktionsprozesse abgebildet werden kann. Daraus wurden in einem ersten Entwicklungsschritt vier Testanwendungen aus den unterschiedlichen Feldern entwickelt und auf die Datenbrille programmiert: Pflegeplan des Patienten, Mundhygiene, Prüfung der Werte am Beatmungsgerät und Schmerzmanagement.
Die Abbildung 3 zeigt einen Pflegeplan, der über die Datenbrille abgerufen und bearbeitet werden kann. Nähere Informationen zur Ausführung der jeweiligen Arbeitsaufgaben finden sich unter der jeweiligen Arbeitsaufgabe. So zeigt Abbildung 4 den Folge-Screen zur Mundpflege, in dem auch biografische Gewohnheiten des Patienten eingebunden sind.
Da eine partizipative Produktentwicklung angestrebt wird, wurden zu den Testungen zukünftige Anwender dieser Technologie in Fokusgruppen eingeladen, die

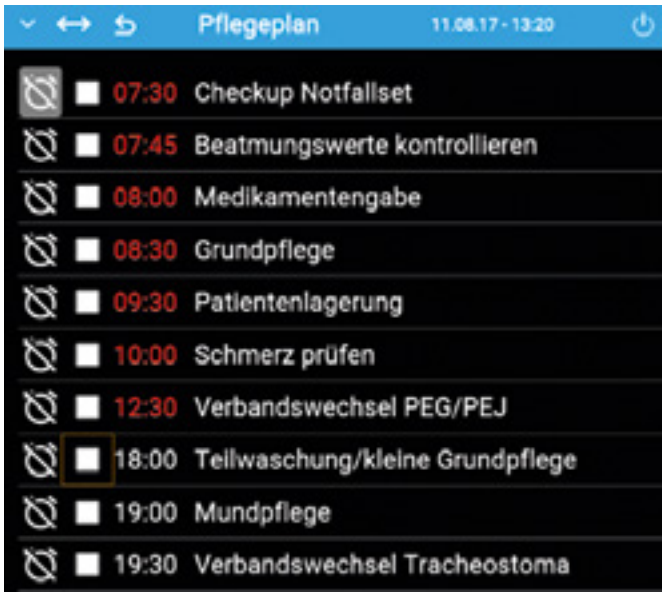


Abb. 3: Pflegeplan

Abb. 4: Grundlagen der Mundpflege

sowohl zu den entwickelten Anwendungsszenarien als auch der Usability (Gebrauchstauglichkeit) Stellung nahmen. Die Rückmeldungen aus den Fokusgruppen wurden transkribiert und in einer heuristischen Matrix ausgewertet. In der zweiten Projekthälfte werden derzeit die ersten Anwendungen auf der Grundlage der Rückmeldungen verbessert und erneut im Arbeitsumfeld der Pflege getestet. Zudem werden neue Anwendungen entwickelt, die stärker die Umfelderkennung des Versorgungsprozesses adressieren. Weitere Informationen zum Projekt: www.pflegebrille.de

Heinrich Recken, HFH Essen
Asarnusch Rashid, Zentrum für Telemedizin Bad Kissingen

Krankheit ist immer auch eine Familienangelegenheit – Einführung in die familienzentrierte Pflege (3)

Pflegekräfte in der außerklinischen Intensivpflege müssen täglich große Herausforderungen bewältigen. Sie brauchen sehr spezielles Fachwissen, aber auch besondere soziale und persönliche Kompetenzen. Neben einer ganzheitlichen, patientenorientierten Pflege braucht dieser Versorgungskontext auch eine familienzentrierte Perspektive. Nun stellt sich die Frage, ob und wie Pflegende auf diese besondere Pflegearbeit im Spannungsfeld zwischen professionellen Anforderungen und Wünschen und Bedürfnissen des Klientensystems vorbereitet sind.

Pflegekräfte in der außerklinischen Intensivpflege

Anschließend an den Artikel in Gepflegt Durchatmen Ausgabe 39 soll die Situationen der Pflegenden in diesem besonderen Pflegekontext beleuchtet werden.
Der Beziehungsprozess zwischen Pflegenden und dem Klientensystem hat zwei zentrale Herausforderungen: (vgl. 1)

- Pflegende beschreiben die Grenzziehung zum Klientensystem oftmals als „Gratwanderung“. Sie erleben Pflegekunden und Angehörige zu Beginn der Versorgung häufig als relativ offen. Dann werden persönliche Informationen ausgetauscht, Pflegende zu gemeinsamen Mahlzeiten eingeladen usw. Diese entstandene Nähe wird zunächst von allen Beteiligten als angenehm empfunden, ist später aber nicht selten für Probleme verantwortlich. Pflegende stellen z.B. fest, dass sie als Konkurrenz zur Eltern- oder Partnerrolle wahrgenommen oder über ihre vertraglich vereinbarten Aufgaben hinaus in Anspruch genommen werden. Grenzüberschreitungen finden nicht nur von Seiten des Klientensystems statt, sondern auch durch Pflegende z.B. durch Außerachtlassen von „professionellen“ Regeln, persönlicher Anrede, Informationsweitergaben oder Geschenken.
- Die Arbeit mit langzeitkranken oder behinderten Menschen erfordert eine Orientierung an den Bedürfnissen der Pflegekunden und deren Angehörigen. Pflegende erleben ihre Arbeit dann als schwierig, wenn eigene Perspektiven und Bedürfnisse zugunsten des Klientensystems zurückgestellt werden müssen, z.B. bei Pflegemaßnahmen, Hygiene oder im zwischenmenschlichen Umgang. Die Diskrepanz zwischen dem eigenen professionellen Anspruch und den Vorstellungen und Gewohnheiten des Klientensystems führt nicht selten zu Auseinandersetzungen, die ein hohes Kommunikationsgeschick und eine hohe Ambiguitätstoleranz (= Fähigkeit, andere Meinungen und Sichtweisen anzuerkennen, zu akzeptieren und zu ertragen – unabhängig von den eigenen Werten und Vorstellungen) von den Pflegenden erfordern.

Pflegekräfte in der außerklinischen Intensivpflege sind in der Regel Pflegefachkräfte mit einer dreijährigen Ausbildung in der Kranken-, Kinderkranken- oder Altenpflege. Prinzipiell kann jede Pflegefachkraft direkt nach der Ausbildung in die außerklinische Intensivpflege gehen. Die meisten sammeln aber zunächst Berufserfahrung in anderen Pflegebereichen, ehe sie sich für die AKI entscheiden – häufig auch, weil sie den Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern und Altenheimen entfliehen wollen. [Anmerk. der Verf.: Diese Aussagen beruhen auf eigenen Erfahrungen, Beobachtungen und Aussagen von Pflegefachkräften; es gibt bisher keine evidenzbasierten Zahlen].

Es gibt keine bundeseinheitlichen Qualitätskriterien, welche Kompetenzen Pflegende in der AKI haben müs-

sen, sodass die Anforderungen von den Kostenträgern und den Prüfinstanzen regional sehr unterschiedlich sind.
In der 2009 veröffentlichten und 2017 aktualisierten S2k-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz" der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. werden auch fachliche Anforderungen an Pflegekräfte formuliert. Unter 7.2. werden zu besonderen Kenntnissen auch die psycho-soziale Begleitung und die Förderung gesellschaftlicher Teilhabe genannt. (vgl. 2)
Die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e.V. (DIGAB) hat Curricula für Basis- und Expertenkurse erarbeitet. Im Basiskurs Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung sind 3 Stunden für die „Speziellen Anforderungen der psychosozialen Betreuung bei langzeitbeatmeten Patienten" vorgesehen. Im Expertenkurs Pflegeexperte für außerklinische Beatmung sieht der psychosoziale Themenblock in etwa 12 Stunden für soziale Kompetenzen im Umgang mit Pflegekunden vor, die Begleitung des Familiensystems fehlt weitgehend und damit eine familienzentrierte Perspektive. (vgl. 3)
Die Fachgesellschaft für außerklinische Intensivpflege e.V. (KNAIB) hat im Basiskurs Außerklinische Intensivpflege 4 Stunden für die Arbeit im familiären Umfeld vorgesehen einschließlich Umgang mit Nähe und Distanz. Im Aufbaukurs gibt es einen Themenkomplex Ethik & Haltung/Stressprävention mit 8 Stunden. Hier lassen sich auch psycho-soziale Kompetenzen im Umgang mit chronisch Kranken und ihren Familien unterbringen. (vgl. 4)
Die besondere Bedeutung einer familienzentrierten Pflege, die in der Ausgabe 39 dargelegt ist, berücksichtigt keines der Curricula. Zudem stellen diese Vorgaben keine gesetzliche Verbindlichkeit dar, sie sind (lediglich) Empfehlungen. Dementsprechend unterschiedlich sind Pflegekräfte in der AKI (weiter)qualifiziert. Die meisten Pflegeanbieter sind sich einig, dass nur dreijährig ausgebildete Pflegefachkräfte in der 1:1-Versorgung arbeiten sollten. In Wohngemeinschaften werden teilweise auch Hilfskräfte eingesetzt, die unter Aufsicht einer Pflegefachkraft arbeiten. Aber reicht das aus, um Pflegekräfte – neben fachlichen Anforderungen – für die hochkomplexen Versorgungen in der außerklinischen Intensivpflege zu spezialisieren?

Eine Untersuchung zu den psycho-sozialen Kompetenzen von Pflegefachkräften in der außerklinischen Intensivpflege

Nachfolgend sind die Ergebnisse einer quantitativen Sozialforschung in Form von Experteninterviews dargestellt, die die Autorin im Rahmen ihres Masterstudiums durchgeführt hat. Es wurden insgesamt acht Interviews mit Pflegefachkräften, die in der außerklinischen Intensivpflege arbeiten, durchgeführt und ausgewertet. Folgende im Vorfeld aufgestellte Hypothesen wurden anhand eines konkreten Interviewleitfadens untersucht: (vgl. 5)

1. Hypothese: Pflegefachkräfte erwerben im Rahmen der dreijährigen Ausbildung (Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege) zu wenig psycho-soziale Kompetenzen, die sie ausreichend befähigen, die hochkomplexe Versorgung chronisch schwerkranker Menschen und ihrer Angehörigen zu bewerkstelligen. Beziehungsaufbau und -gestaltung ist kaum theoriegeleitet, sondern intuitiv und sehr stark von der Persönlichkeit und den individuellen personalen Kompetenzen der jeweiligen Pflegekraft abhängig.
2. Hypothese: Einrichtungen der außerklinischen Intensivpflege legen bei der Einarbeitung neuer Mitarbeiter zu wenig Wert auf die besondere psycho-soziale Situation ihrer Pflegekunden und deren Angehörigen. Theoriegeleitete Handlungsempfehlungen zu systemischen Grundhaltungen, Nähe und Distanz, Bewältigungshandeln chronisch Kranker und ihrer Angehörigen werden nicht vermittelt, Fortbildungen zu diesen Themen nur selten angeboten.
3. Hypothese: Spezifische Weiterbildungen, die theoretische Grundlagen und praktisches Handling in systemischem Denken und Handeln, familienzentrierter Pflege und lösungsorientierter Konfliktlösung vermitteln, schaffen für Pflegende mehr Sicherheit im Umgang mit ihren Pflegekunden und deren Angehörige und sind eine wichtige Voraussetzung für eine patienten- und familienzentrierte Pflege.

Die Datenauswertung und -interpretation erfolgte anhand sozialwissenschaftlicher Kriterien.

So lassen sich die wichtigsten Ergebnisse der Untersuchung darstellen:

- Alle Interviewpartner berichteten Ähnliches über ihre Ausbildung. Chronisch Kranke und ihr Bewältigungshandeln, Angehörige und deren Umgang mit chronischer Krankheit und Behinderung wurden allenfalls am Rande gestreift. Wissen und Fertigkeiten entstehen durch Erfahrungen in der Praxis.
- Einarbeitungen in der außerklinischen Intensivpflege dauern in der Regel zwei bis drei Tage und haben medizinische und pflegerische Inhalte zum Schwerpunkt.
- Im Rahmen der Einarbeitungen in der AKI gibt es kaum Hinweise zum Bewältigungshandeln von chronisch Kranken und ihren Familien und zur Beziehungsgestaltung mit dem Klientensystem. Theoretisches Wissen dazu wird nicht vermittelt. Informationen sind häufig sehr subjektiv und variieren von Pflegekraft zu Pflegekraft. Die neue Pflegekraft muss ihre Erfahrungen selbst sammeln.
- Familienzentrierte Pflege war allen Interviewpartnern völlig unbekannt.
- Eine gute Beziehung, eine ehrliche und offene Kommunikation und regelmäßige Kontakte mit dem Klientensystem sind für Pflegekräfte wichtig.
- Psycho-soziale Themen spielen keine Rolle in den Fortbildungskatalogen der Pflegedienste, allenfalls können Pflegende sich selbst extern eine Fortbildung suchen.
- Geschäftsführungen und Pflegedienstleitungen ist an erster Stelle eine gute fachliche Versorgung wichtig und auch, dass die Dienste besetzt sind. Die Wichtigkeit einer guten Beziehungsgestaltung wird Mitarbeitern nicht ausreichend deutlich vermittelt.
- Pflegekräfte wünschen sich Fortbildungen im psycho-sozialen Bereich, weil sie ihre Kompetenzen hier nicht ausreichend ausgebildet finden.

Die Ergebnisse lassen sich wie folgt interpretieren (eine Auswahl):

- Beziehungsgestaltung mit den chronisch Kranken und ihren Familien ist ein sehr zufälliges Geschehen und steht und fällt mit den Fähigkeiten, die eine Pflegekraft von sich aus oder durch Berufserfahrung

mitbringt.

- Pflegeanbieter und Pflegedienstleitungen legen zu wenig Wert auf die Entwicklung von psycho-sozialen Kompetenzen. Sie erkennen nicht die Wichtigkeit und Bedeutung einer familienzentrierten Pflege, weil sie selbst dazu nur wenig Fachwissen haben.
- Eine gute Beziehung, eine ehrliche und offene Kommunikation mit Patienten und ihren Angehörigen ist Pflegekräften in diesem Kontext wichtig, leider wissen sie meist nicht, wie sie diese erreichen können, weil es ihnen an theoretischem Wissen und praktischen Fertigkeiten fehlt.
- Die Interviewten fühlen sich in gut laufenden Versorgungen recht sicher in der Kommunikation und der Beziehungsgestaltung. Bei Schwierigkeiten oder Konflikten wissen sie nicht, wie sie handeln können und sollen.
- Schwierige Gespräche/Konfliktgespräche werden oft an Vorgesetzte abgeben, die aber ebenfalls zu wenige lösungsorientierte Strategien für den Umgang mit dem Klientensystem kennen und haben.
- Pflegekräfte, Pflegekunden und Angehörige könnten auf lange Sicht zufriedener, stressfreier und wertschätzender miteinander umgehen, wenn Pflegekräfte für diesen Versorgungskontext mehr psycho-soziale Kompetenzen hätten.
- Fortbildungen zu psycho-sozialen Themen mit einem hohen Praxisanteil können die Kommunikationsfähigkeit von Pflegekräften verbessern.
- Systemisches Denken und Handeln ist aber mehr als nur Handwerkszeug, es ist vielmehr eine grundlegende Haltung für den Umgang mit Menschen überhaupt. Und Haltung beginnt immer mit der Selbstreflektion und Veränderungen im Inneren.

Pflegekräfte für die psycho-sozialen Notwendigkeiten in der außerklinischen Intensivpflege qualifizieren

Pflegeanbieter in der außerklinischen Intensivpflege, die ihre Pflegekräfte befähigen wollen, die besonderen Herausforderungen des Versorgungskontexts gut zu meistern, brauchen neue, andere und weiterführende Denk- und Herangehensweisen. Durch eine psycho-soziale Kompetenzentwicklung lassen sich Konflikte (weitgehend) vermeiden, sie fördert ein wertschätzenderes Miteinander von professionellem und Klientensystem mit mehr Zufriedenheit auf beiden Seiten, aber auch innerhalb des Pflegeteams. Pflegende sind zufriedener und sicher auch gesünder, wenn sie nicht ständig in Querelen oder Konfliktsituationen sind. Nachhaltigkeit ist das Stichwort, wenn die anfangs höheren praktischen und wirtschaftlichen Investitionen dazu führen, dass Pflegende dauerhaft in einer Versorgung oder beim Pflegeanbieter bleiben, Konfliktgespräche durch Vorgesetzte seltener notwendig sind und Versorgungskündigungen aufgrund von Konflikten weniger werden.

Checkliste für Pflegeanbieter, die eine „andere“ Pflege wollen:

- Geschäftsführung und Leitungskräfte sind sich der Bedeutung der psycho-sozialen Kompetenzentwicklung ihrer Pflegekräfte bewusst. Sie kennen die Prinzipien einer familienzentrierten Pflege.
- Pflegeleitbild und Wertehaltungen innerhalb der Einrichtungen spiegeln die Grundsätze einer systemischen, wertschätzenden Haltung und patienten- und familienorientierten Pflege wider.
- Einarbeitende Pflegefachkräfte/Teamleitungen haben eine Fortbildung in der familienzentrierten Pflege und arbeiten neue Mitarbeiter auch unter diesen Gesichtspunkten ein. Sie sind Vorbilder und Multiplikatoren in Kommunikation und Haltung.
- Teamleitungen sind in systemischer Gesprächsführung geschult und können Teamgespräche unter diesen Aspekten leiten und moderieren.
- Systemische Grundhaltungen, Umgang mit Nähe und Distanz, Bewältigungshandeln chronisch Kranker und ihrer Angehörigen, Grundlagen der familienzentrierten Pflege und des systemischen Konfliktmanagements werden im Rahmen der innerbetrieblichen Fortbildung an alle Pflegenden vermittelt.
- In problematischen Versorgungssituationen erhalten Pflegende Unterstützung durch Supervisionen, um ihr eigenes Handeln zu reflektieren und neue, andere Handlungsstrategien zu entwickeln.
- Leitungskräfte, die Konfliktgespräche führen, kennen geeignete Gesprächstechniken, systemische Konfliktlösungsstrategien und können danach Gespräche moderieren.

Im Rahmen der familienzentrierten Pflege braucht es eine andere Beziehungsgestaltung und Gesprächsführung mit dem Klientensystem (z.B. lösungs- und ressourcenorientierende Gesprächsführung, Familienassessment, Familiengespräche). Diese Interventionen werden in den weiteren Ausgaben der Gepflegt Durchatmen nach und nach vorstellt.

Christine Keller, M.A.
Gesundheits- und Krankenpflegerin, Lehrerin für Pflegeberufe, Qualitätsberaterin, Wundexpertin, Heilpraktikerin (Psychotherapie), Systemische Beraterin, Buchautorin

Literaturverzeichnis

(1) Limberger, R.: Situation der Pflegenden. In: Keller, C.: Fachpflege Außerklinische Intensivpflege, Elsevier Verlag 2017, S. 31ff.
(2) Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.: Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz, Stand 06/2017, www.awmf.org.
(3) DIGAB: Weiterbildung durch zertifizierte Kurse, www.digab.de/weiterbildung/.
(4) KNAIB: Empfehlung Qualifikation Außerklinische Intensivpflege, Stand 01/2017, www.knaib.de/empfehlung/.
(5) Keller, C.: Masterarbeit Systemisch Denken und Handeln in der außerklinischen Intensivpflege: Wie patienten- und familienzentrierte Pflege im häuslichen Kontext gelingen kann. Vorgelegt an: TU Kaiserslautern, DISC: Masterstudiengang Systemische Beratung, 06/2016.

Gesamtlösung für Pflegedienste

- Zuverlässige und pünktliche Abrechnung von Leistungsnachweisen
- Vernetzte Software – auch von Drittanbietern
- Persönlicher Ansprechpartner

Und so viel mehr: Ihr digitaler Partner
Setzen Sie auf Erfolg mit dem Blick fürs Ganze!

www.azh.de (089) 92108-333

azh

Tatort Häusliche Pflege

Die „Tatort"-Folge „Im toten Winkel", die am 11. März 2018 mit dem Bremer Duo Inga Lürsen (Sabine Postel) und Stedefreund (Oliver Mommsen) ausgestrahlt wurde, war in vielerlei Hinsicht erschütternd. Allein auf der facebook-Seite überschlugen sich die positiven Feedbacks, aber auch Kommentare wie: „Schon lange habe ich nicht mehr so geweint" sind dort zu finden.

Die geschilderten Fälle sind aus dem realen Leben gegriffen, denn die Drehbuchautorin Katrin Bühlig hat sich eingehend mit dem Thema beschäftigt. So hat sie beispielsweise den MDK-Prüfungen begleitet, mit Angehörigen und Pflegekräften gesprochen. In einem begleitenden Faktencheck bestätigt auch Dietmar Erdmeier, Pflegeexperte bei Verdi, Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft, die große Nähe des Films zur Realität. Wie komplex die Problematik ist, haben viele Zuschauer bestätigt.
Als Leistungserbringer von außerklinischer Intensivpflege, der seit 20 Jahren tätig ist, bin ich dankbar für diesen Film, weil er detailliert das Vorgehen der Pflegemafia zeigt. Und er zeigt auch, wie Betroffene und Angehörige darunter leiden, wenn Pflegedienste unqualifiziertes Personal einsetzen. In diesem Krimi geht es nicht darum, die Pflege schlecht zu machen, sondern den Finger in die Wunde zu legen, auf die ich seit vielen Jahren hinweise. Es ist längst bekannt, dass „schwarze Schafe" Angehörige zu ihren Komplizen machen, weil sie Notlagen geschickt für sich nutzen. Da fließen Unsummen von Geld! Und wäre im Film der Ehemann der beatmeten jungen Frau nicht so standhaft gewesen und hätte die 100 000 Euro, die er dringend für das Abbezahlen eines Kredits brauchte, nicht der Polizei übergeben, wäre die durchtriebene Pflegedienstbetreiberin des fiktiven Pflegedienstes vermutlich noch einmal ungeschoren davon gekommen. Und das ist es in der Realität seit vielen Jahren. Mit diesem ergaunerten Geld machen sich diese Ganoven inzwischen irgendwo einen schönen „Lenz" und betreiben längst andere dubiose Geschäfte. Mafia eben ... das hatten engagierte Journalisten schon beim MAIK 2014 berichtet. Auch von Morddrohungen, die sie nach der Berichterstattung erhalten hatten.
Es hat Jahre gedauert, bis nun endlich die Abrechnungen überprüft und die Staatsanwaltschaften aktiv werden. Erste Urteile sind gesprochen, es folgen hoffentlich weitere. Der Film zeigt treffend, dass es die schwarzen Schafe nicht nur in der Pflegebranche gibt. Und es sind immer wieder Einzelne, die sich bestechen lassen und das Betrugssystem damit aufrecht erhalten.

Diesen „Tatort" zur besten Sendezeit haben hoffentlich viele Zuschauer gesehen, auch die Vertreter der Politik, die hier – im Interesse der Menschen– tätig werden müssen. Wer ihn nicht sehen konnte, findet den Krimi in der ARD-Mediathek. Es ist mehr als erstaunlich, dass Anne Will das Thema nicht, wie dies bei anderen Filmbeiträgen durchaus der Fall war, in ihrer anschließenden Diskussionsrunde aufgegriffen hat.

Christoph Jaschke

Sabine Postel (li.) als Komissarin Inga Lürsen und Oliver Mommsen (re.) als ihr Kollege Stedefreund

Als Patient selbstbestimmt handeln – Europäischer Online-Kurs für Patienten („EPAP“) auf Deutsch verfügbar

Das kostenfreie Online-Programm „EPAP“ (European Patient Ambassador Programme) richtet sich an Patienten, Angehörige und Pflegende. Mit Hilfe des Kurses können diese ihre Kompetenzen in der Informationsbeschaffung und im Umgang mit medizinischem Personal, politischen Entscheidungsträgern, Forschern und Medien ausbauen. Die deutsche Version des von der European Lung Foundation entwickelten Europäischen Patienten-Vertreter-Programmes ist nun verfügbar – sie konnte durch die aktive Unterstützung des Deutschen Zentrums für Lungenforschung und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin realisiert werden. Der Kurs ist für Patienten mit jeglichen Erkrankungen geeignet.

Wo finde ich als Patient Informationen aus glaubwürdigen und zuverlässigen Quellen zu meiner Erkrankung? Kann ich politische Entscheidungen, die mein Krankheitsbild betreffen, beeinflussen? Wie kann ich mit meinem Anliegen auf die Medien zugehen oder beispielsweise Soziale Medien selbst nutzen, um meine Meinung zu einer neuen Therapieform kundzutun? Was bringt die Teilnahme an klinischen Studien? Antworten auf diese und viele weitere Fragen bietet der nun auch auf Deutsch veröffentlichte Online-Kurs „European Patient Ambassador Programme“ (EPAP, Deutsch: Europäisches Patienten-Vertreter-Programm).
Ziel des kostenfreien Fortbildungsprogrammes ist es, Patienten, Angehörigen und Pflegenden wichtige Fähigkeiten und Hintergrundwissen zu vermitteln, die sie benötigen, um sich selbst und andere kompetent im Umgang mit medizinischem Fachpersonal, politischen Entscheidungsträgern, Forschern und Medien zu vertreten.
Der Fortbildungskurs ist in acht Module eingeteilt, die der Nutzer selbstgesteuert online durcharbeiten kann: Nach einer Einführung in das Programm folgt der Abschnitt „Besser informiert sein“, der eine Anleitung dazu bietet, wie Patienten seriöse Informationen über ihre Erkrankung finden und nutzen können. Im Modul „Beeinflussung politischer Entscheidungen“ erfährt der Nutzer unter anderem, wie er sich an politischen Entscheidungsprozessen – beispielsweise zu Therapien – auf lokaler, nationaler oder europäischer Ebene beteiligen kann. Wie man als Patient Einfluss auf die Forschung, Leitlinien und Verfahrensweisen in der Krankenversorgung nehmen kann, vermitteln die Module „Die Forschung und Entwicklung unterstützen“ sowie „Behandlung und Betreuung verbessern“. Das Modul „Zusammenarbeit mit den Medien“ gibt Tipps, wie man sich mit seinem Anliegen Gehör verschaffen oder zum Beispiel selbst eine Social-Media-Kampagne starten kann, um in der Öffentlichkeit auf die eigene Erkrankung aufmerksam zu machen. Weitere nützliche Informationen vermitteln die Module „Verbesserung der öffentlichen Aufklärung“, „Teilnahme an medizinischen Kongressen“ und „Internationale Gesundheitsprojekte“. Der Online-Kurs enthält zudem hilfreiche Vorlagen wie zum Beispiel ein Musterschreiben an politische Entscheidungsträger.
Das Programm wurde von der European Lung Foundation (ELF, Deutsch: Europäische Lungenstiftung) mit Hilfe von Patienten und Experten verschiedener Fachbereiche entwickelt. Die von der European Respiratory Society (ERS, Deutsch: Europäische Atemwegsgesellschaft) im Jahr 2000 gegründete ELF verfolgt das Ziel, Patienten, die Öffentlichkeit und pneumologische Fachangestellte zusammenzubringen, um einen positiven Beitrag zur Lungen- und Atemwegsmedizin zu leisten. Die European Respiratory Society, eine der weltweit größten Gesellschaften auf dem Feld der Atemwegsmedizin, und die ELF sind wichtige Partner der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) und des Deutschen Zentrums für Lungenforschung (DZL), welche die Übersetzung und Anpassung der deutschen Fassung des EPAP-Programmes realisiert haben.
„Es ist großartig, dass das ‚European Patient Ambassador Programme‘ jetzt auf Deutsch verfügbar ist. Als Mitglied des Internationalen Wissenschaftlichen Beirats des DZL habe ich hautnah miterlebt, wie sich Forscher und Kliniker in Deutschland zunehmend dafür einsetzen, Patienten und die Öffentlichkeit in ihre Arbeit einzubeziehen. Es ist fantastisch, dass es jetzt ein Programm als Orientierungshilfe und eine Art ‚Werkzeugkasten‘ in deutscher Sprache gibt, das diesen Personen hilft, sich auf die Zusammenarbeit mit Fachleuten verschiedener Bereiche vorzubereiten, und welches dazu dient, das Leben von Menschen mit chronischen Krankheiten zu verbessern“, würdigt die Managerin der European Lung Foundation Dr. Pippa Powell das Engagement des DZL und der DGP. Seit 2016 verstärkt sie den Internationalen Wissenschaftlichen Beirat des DZL im Bereich Patienteninteressen.
In ihrer strategischen Ausrichtung rücken das DZL und die DGP die Belange von Patienten verstärkt in den Fokus. „Die Interessen unserer Patienten liegen uns im DZL und in der DGP sehr am Herzen. Schließlich wird Forschung zum Wohle der Patienten betrieben. Dabei ist es wichtig, dass Patienten selbstbestimmt handeln und sich aktiv für ihre Anliegen einbringen. Je mehr Menschen sich beispielsweise in Patientenorganisationen oder Selbsthilfegruppen zusammenfinden und für etwas einsetzen, desto wahrscheinlicher ist es, dass politische Entscheidungsträger aufmerksam werden“, verdeutlicht Professor Dr. Klaus F. Rabe, amtierender DGP-Präsident und DZL-Vorstandsmitglied.
Zur Durchführung des Programmes können sich Interessenten auf der Seite www.epaponline.eu über den Button „Log in/Register“ registrieren und in einer Drop-Down-Liste die deutsche oder eine andere Sprach-Version auswählen.

Weitere Informationen auf der Homepage des Deutschen Zentrums für Lungenforschung und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP e.V.): www.dzl.de

Fünfter Deutscher Pflegetag 2018

Der neue Bundesminister für Gesundheit
Eine seiner ersten Reden als Bundesminister für Gesundheit hielt Jens Spahn auf dem 5. Deutschen Pflegetag. Er verwies auf die ersten Verbesserungen, die sein Vorgänger angestoßen hatte, nannte diese aber erst den Anfang der notwendigen Veränderungen. Er wolle den Pflegeberuf attraktiver machen und trete dafür ein, dass die Pflege besser bezahlt werde. Wichtig sei, dass Pflegende und Pflegekräfte mehr Zeit hätten, sich um die Pflegebedürftigen zu kümmern. Die Entbürokratisierung der Pflegedokumentation sei besonders wichtig. Bei allen Vorhaben sei jedoch die Finanzierbarkeit entscheidend. Zu Spahns Ankündigungen gehört auch die Schaffung einer angemessen berufsständischen Vertretung, die Beschleunigung der Digitalisierung des Gesundheitswesens, mehr Ausbildungsplätze als Schlüssel gegen den Personalnotstand und die Umsetzung des Pflegeberufegesetzes. Er rief in seiner Rede die relevanten Akteure auf, ihn zu unterstützen, damit sich die Situation von Pflegenden bis zum Ende der Legislaturperiode verbessere und Pflegende wieder „mehr Freude am Beruf“ hätten.

Deutscher Pflegetag / Dirk Enders

Jens Spahn

Deutscher Pflegetag / Dirk Enders

Andreas Westerfellhaus

Der neue Pflegebeauftragte
Andreas Westerfellhaus, der acht Jahre lang Präsident des Deutschen Pflegerates (DPR) war und Mitglied der Gründungskonferenz einer Bundespflegekammer ist der neue Pflegebeauftragte. Jens Spahn hatte ihn dem Kabinett für dieses Amt vorgeschlagen. Westerfellhaus ist gelernter Intensiv- und Anästhesiepflege. Zum Zeitpunkt des Erscheinens dieser Ausgabe führte er noch die Geschäfte der Zentralen Akademie für Berufe im Gesundheitswesen. Bis Juni 2017 war Karl-Josef Laumann Bundes-Pflegebevollmächtigter, bevor er Sozialminister in Nordrhein-Westfalen wurde. Bisher war Ingrid Frischbach (CDU), die Patientenbeauftragte der Bundesregierung, gleichzeitig Pflegebevollmächtigte. Dass Spahn nun das eigenständige Amt des Pflegebevollmächtigten schafft, könnte ein Beleg dafür sein, dass er der Pflege innerhalb der Gesundheitspolitik und im Gesundheitssystem noch mehr Bedeutung gibt.

Deutscher Pflegepreis 2018
Karl-Josef Laumann (CDU), nordrhein-westfälischer Gesundheits- und Sozialminister, wurde am 14. März 2018 mit dem „Deutschen Pflegepreis 2018“ ausgezeichnet. Der Preis ist die höchste nationale Auszeichnung in der Pflege. Der Präsident des Deutschen Pflegerats (DPR), Franz Wagner, nannte ihn einen „absolut würdigen Preisträger“. Dieser habe die Pflege ein großes Stück vorangetrieben, beispielsweise in Sachen Entbürokratisierung der Pflegedokumentation oder beim Pflegeberufegesetz. Auch habe er sich stark gemacht für die Mitbestimmung der Pflegefachpersonen in Pflegekammern. Vor der Übernahme seines Ministeramts in NRW war Laumann über Jahre erster Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung und Staatssekretär im Bundesgesundheitsministerium, wo er die Pflegepolitik maßgeblich geprägt habe. „Er anerkennt und wertschätzt die Arbeit der Pflegenden mit einem aufrichtigen Blick für deren Bedürfnisse, so Wagner.“

Foto: MAGS NRW

Karl-Josef Laumann

31. JAHRESTAGUNG

der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e. V.

© royaltystockphoto | 123RF.com

© Aleksandar Mijatovic | 123RF.com

Die Rolle des autonomen Nervensystems bei Querschnittlähmung

16. bis 19. Mai 2018 | Wien

Anmeldung und Informationen:
www.dmgp2018-kongress.de

DMGP

AUVA

Nasenmaske tagsüber - ein großer Fortschritt für die Lebensqualität

Seit Anfang des Jahres gibt es auf Youtube zwei neue Videobeiträge von Dr. Adolf Ratzka, der in Stockholm lebt und seit 1994 das Independent Living Institute (ILI) leitet. Anfang der 90er Jahre war er entscheidend an der Gründung und dem Aufbau des europäischen Netzwerks zum selbstbestimmten Leben behinderter Menschen (ENIL) beteiligt. Immer wieder kommt er auch zurück nach Deutschland, wo er geboren ist, und hielt beispielsweise beim MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress im Jahr 2013 den Impulsvortrag. In den Videos zeigt Dr. Ratzka, wie er seine Nasenmaske für den alltäglichen Gebrauch modifizierte und optimierte.

GD: Sie erkrankten 1961, im Alter von 17 Jahren, an Polio und haben im Laufe der Jahre alle möglichen Beatmungsgeräte ausprobiert, darunter auch die Eiserne Lunge. Drei Monate mussten Sie in dieser Röhre verbringen, aus der nur der Kopf herausragt. Danach verbrachten Sie fünf Jahre in einem sog. Rocking Bed (Schaukelbett).1) Wie ging es weiter?
Dr. Ratzka: In dieser Zeit konnte ich mich zwar tagsüber, im wachen Zustand, mit Hilfe meiner Halsmuskulatur selbst beatmen, aber um zu schlafen musste ich wieder zurück zum Schaukelbett. Damit waren also nur Tagesausflüge möglich. An längere Reisen oder gar Flugreisen war nicht zu denken. Es ist unglaublich, dass es heute Nasenmasken gibt, die dasselbe leisten wie diese „Dinosaurier-Technologien" Eiserne Lunge oder Schaukelbett vor 50 Jahren! In den ersten Jahrzehnten nach meiner Erkrankung brauchte ich Beatmung nur nachts, aber ab den 1980er Jahren benötigte ich auch am Tag zunehmend Atemunterstützung. Denn wenn ich aß oder viel sprach war ich sehr schnell außer Atem und erschöpft. Ich nutzte einen dünnen Schlauch, den ich mit meinen Zähnen hielt, der mit einem Überdruckatemgerät unter meinem Rollstuhl verbunden war. Damit hatte ich über 10 Jahre tagsüber genügend Luft.
GD: Dieser dünne Schlauch gab Ihnen, darf man das so sagen, eine gewisse Eleganz, wie man auf dem MAIK-Foto sieht. Warum funktionierte auch das System irgendwann nicht mehr?
Dr. Ratzka: Mit dem Älterwerden reichte diese Atemhilfe ganz allmählich nicht mehr aus. Meine Familie und auch Außenstehende machten mich auf meine Kurzatmigkeit aufmerksam; und schließlich wurde auch ich mir dieser bewusst. Ich war vor allem beim Essen und Sprechen schnell erschöpft, sodass ich nur noch ein paar Worte sagen konnte. Beim Zähneputzen bekam ich Herzrasen und Vorträge wurden für mich zum Albtraum. Nach nur wenigen Minuten schlug mir das Herz bis zum Halse und ich fühlte eine Leere im Kopf. Dann wollte ich so schnell wie möglich mit meinem Vortrag fertig werden. Klar: Ich konnte nicht gleichzeitig meinen Mund öffnen und den Mund schließen, um den Schlauch zwischen den Zähnen zu halten und darüber Luft zu holen. Zum Schlafen benutzte ich damals schon – ab Anfang der 1990er Jahre – eine Nasenmaske. Aber mit der konnte ich nicht sitzen und sprechen. Damit wollte ich mich auch nicht in der Öffentlichkeit zeigen. Dazu suchte ich eine kleinere, leichtere, mich weniger behindernde und – warum soll ich es nicht zugeben – eine etwas elegantare und weniger auffallende Nasenmaske. So suchte ich für den Tag eine solche Nasenmaske, um ausreichend Luft in die Lungen zu bekommen, egal, ob ich den Mund offen oder zu hatte, ob ich aß oder sprach.
GD: War die Dreamwear Maske die erste Maske, mit der Sie zufrieden waren oder haben Sie vorher schon mit anderen Nasenmasken experimentiert?
Dr. Ratzka: Ich hatte schon Schlafmasken mit guten Ergebnissen genutzt. Meine erste Maske hatte mein deutscher Freund Ernst Hörmann nach meinen Bedürfnissen entwickelt. Sie wurde dann später von dem Zahntechniker Lennart Remmer in Schweden hergestellt. In meinem Video zeige ich eine dieser Masken. Sie ist genau angepasst, um meine Nase geformt und wurde über eine Platte mit der oberen Zahnreihe verankert. Diese Maske musste ziemlich oft und mit hohen Kosten erneuert werden, denn die Stellung der Zähne und die Knorpelmasse der Nase ändern sich mit der Zeit, was irritierende Luftverluste und Geräusche zur Folge hat. In den letzten Jahren habe ich dann mit maßproduzierten CPAP-Masken experimentiert, die für Schnarcher auf den Markt kamen. Aber sie waren für liegende Menschen gemacht. Ich jedoch brauchte etwas für den Tag, während ich aufrecht sitze und esse, Zähne putze oder mich mit Freunden unterhalte. Hier funktionierten die Masken nicht gut.
GD: Was störte Sie am meisten?
Dr. Ratzka: Die einen störten mich beim Essen, weil deren Anschlussschlauch mir wie ein Elefantenrüssel vor dem Mund baumelte. Die anderen schränkten mein Sehfeld ein und verdeckten einen grossen Teil meines Gesichts – also eher etwas für jemanden, der sich als Darth Vader aus den Star-Wars-Filmen verkleiden möchte.
GD: Sie stellen in Ihrem ersten Video eine veränderte Nasenmarke vor.
Dr. Ratzka: Ja, seit Januar 2016 nutze ich eine Gesichts-

Dr. Adolf Ratzka beim MAIK 2013

maske. Es handelt sich um die Philips Respironics Dreamwear Mask, ebenfalls eine CPAP-Maske für die Nacht. Deshalb habe ich sie vor dem Gebrauch für meinen Bedarf angepasst, also für eine sitzende Position. Im Video „Breathing and talking with CPAP mask and ventilator“ zeige ich, wie mir das gelungen ist. 2) In der ursprünglichen Dreamware Maske, wie sie aus der Verpackung kommt, sitzt der Anschlussschlauch oben auf dem Kopf, dreht sich und rotiert um den Kopf bei der kleinsten Kopfbewegung. Im Sitzen möchte ich den Anschlussschlauch tief am Hinterkopf haben, wo er mir aus dem Weg ist und mich nicht stört. Erste Änderung: Ich drehe ich die Maske um. Die dünnen Gummiriemen der Maske laufen jetzt quer über den Kopf und halten die Maske gut auf dem Kopf. Dagegen deckt jetzt das Nasenstück der Maske die Nasenlöcher nicht mehr ganz ab und dichtet nicht. Aber das ist einfach zu bewerkstelligen, wenn man das Nasenstück aus dem Maskenrahmen ablöst und wieder, wie vom Hersteller ursprünglich vorgesehen, an den Rahmen befestigt.
Die zweite Anpassung war notwendig, weil mir das Nasenstück viel zu stark gegen meine arme Nase drückte. Der Rahmen der Dreamware Maske kommt in drei Grössen, L, M und S. Meine ursprüngliche Rahmengrösse war M, und als ich sie gegen L austauschte, war der übermässige Druck gegen die Nase weg.
Die dritte Änderung bestand darin, die Ausatmungslöcher an der Nase und dicht am Schlauchanschluss mit Silikonkleber oder mit Tesafilm zuzukleben. Für mich sind die Ausatmungslöcher unnötig – mein Beatmungsgerät hat ein internes Ausatmungsventil und die Luftgeräusche dicht am Gesicht würden nur stören.
GD: Im Video nennen Sie genaue Einstellungen...
Dr. Ratzka: Ich benutze die Philips Respironics Dreamwear Maske zusammen mit dem Beatmungsgerät Resmed Astral 150. Ich weise aber darauf hin, dass jeder Nutzer individuell eingestellt werden muss. Man sollte auch damit rechnen, dass es einige Zeit dauert, bis man gelernt hat, beim Sprechen zum richtigen Zeitpunkt einen Atemzug des Gerätes auszulösen. Kommt die Luft des Gerätes zum falschen Zeitpunkt, kann mein Redefluss mitten im Satz gestört werden. Seit ich diese von mir adaptierte Maske nutze, kann ich viel mehr leisten, fühle mich besser und bin bei den oben genannten Alltagssituationen nicht mehr erschöpft. Ich habe die beiden Videos erstellt, um auch andere Menschen, die in meiner Situation sind, dazu zu ermuntern, mit Nasenmasken zu experimentieren. Dabei sollte man aber die Blutgase im Blick behalten.
GD: Was war Ihr wichtigstes Erlebnis mit der adaptierten Maske?
Dr. Ratzka: Ich wurde vom Fachausschuss der UNO im April 2016 nach Genf als Sprecher zum „Day of General Discussion“ über Artikel 19 der Behindertenrechtskonvention eingeladen. Ich sagte zwar zu, war aber bis kurz vor der Tagung nicht sicher, ob ich meine Kommentare wegen meiner üblichen Atemnot beim Sprechen selbst würde vortragen können. Erst eine Woche vor Termin glückte es mir, das Atemgerät zum Sprechen mit der Nasenmaske richtig einzustellen. In Genf konnte ich nicht nur unbehindert sprechen, ich konnte mich sogar dank der Maske beim anschließenden Empfang mit Jazzband im Lärm mit meinen Kollegen gut verständlich machen, ohne zu ermüden oder meine Stimmbänder zu überstrapazieren.
Ich wünsche den Leser*innen, die eventuell auch so

Dr. Adolf Ratzka (Mitte) neben dem Vize-Präsidenten von Taiwan als Mitglied des internationalen Komitees zur Beurteilung der Behindertenpolitik in Taiwan

eine Nasenmaske suchen und nutzen, viel Erfolg. Gerne beantworte ich Fragen. Bitte schicken Sie diese an meine E-Mail: adolf.ratzka@gmail.com.
GD: Wir danken Ihnen für das Gespräch

1. https://www.youtube.com/watch?v=Q_eSJ...
2. Video 1 von Dr. Ratzka: https://www.youtube.com/watch?v=HfO4ZABXSiE
3. Video 2 von Dr. Ratzka: https://www.youtube.com/watch?v=sVbHbxZWbso

Dinah Radtke

Anlässlich des DIGAB-Kongresses in Köln im Jahr 2017 trafen wir Dinah Radtke ebenfalls mit einer Dreamwear-Maske an. „Ich finde die Dreamwear tagsüber toll“, sagte sie uns. „Sie ist ästhetisch und die Leute haben keine so große Scheu, mit einem zu sprechen. Denn eine Nasenmaske mit Schlauch vor dem Mund erzeugt bei den Mitmenschen Angst vor Behinderung und Medizintechnik. Außerdem stört der Schlauch, beim Essen, Trinken, Lesen etc. Nachts allerdings bevorzuge ich meine herkömmliche Nasenmaske. Die Dreamwear-Maske wird leider nicht von den Krankenkassen bezahlt.“

Stiftung Pfennigparade eröffnet MZEB mit dem Schwerpunkt „Außerklinische Beatmung“

Anfang des Jahres hat die Stiftung Pfennigparade in München eines der ersten MZEBs - Medizinisches Zentrum für Erwachsene Menschen mit geistiger und/oder mehrfacher Behinderung - in Deutschland eröffnet.

Menschen mit komplexen Behinderungen benötigen eine medizinische Versorgung, die speziell auf ihre Bedürfnisse abgestimmt ist. Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr erhalten schon länger diese Versorgung über die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ). Da sich aber gezeigt hat, dass auch erwachsene Menschen mit Behinderung häufig nicht die ausreichende Hilfe erhalten, wurde 2014 mit dem §119c SGB V die gesetzliche Grundlage für die Einrichtung von MZEBs geschaffen.
Im MZEB der Stiftung Pfennigparade sollen Menschen mit schweren Mehrfachbehinderungen in einem multidisziplinären Ansatz unabhängig von ihrer Wohnform spezialärztlich ergänzend zum Regelsystem medizinisch versorgt werden. Im Vordergrund der Behandlung steht zunächst ein behindertenspezifisches Assessment durch Ärzte der verschiedenen Fachdisziplinen (Innere Medizin, Physikalische, Rehabilitative Medizin) und durch spezialisierte Therapeuten aus den Bereichen Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie. Psychologen und Sozialpädagogen sind ebenfalls bei dem Assessment beteiligt. Bei Bedarf steht auch ein Orthopädietechniker bereit.
Die primäre Aufgabe des MZEBs ist dabei immer die fachliche Unterstützung der beteiligten Haus- und Fachärzte bei speziellen Problemen der medizinischen Therapie inkl. der Versorgung mit Hilfs- und Heilmitteln. Dies alles mit dem Ziel, die Lebensqualität und den Gesundheitszustand von behinderten Menschen zu verbessern, ihre Selbständigkeit zu fördern und damit die Teilhabe zu gewährleisten. Die Planung und Koordination bei erforderlichen stationären Behandlungen ist ebenfalls eine wesentliche Aufgabe des MZEBs, genauso wie die Transition junger erwachsener Menschen mit Mehrfachbehinderung von einem SPZ zum MZEB.
Dabei sollen ausdrücklich nicht die bestehenden Versorgungsstrukturen des Regelsystems ersetzt werden. Auch künftig bleiben also die jeweiligen Hausärzte der Menschen mit Behinderung die ersten Ansprechpartner bei gesundheitlichen Problemen. Stellt jedoch ein Hausarzt beispielsweise fest, dass ein Muskelerkrankter zunehmend Probleme mit seiner Atmung hat, dann kann er seinen Patienten an das MZEB der Pfennigparade überweisen. Es handelt sich also um ein vollkommen neues, zusätzliches und somit ergänzendes Angebot im regionalen Gesundheitssystem. Nach Prognosen der Krankenkassen wird mit etwa 900 bis 1200 Patienten pro Jahr gerechnet.

Die Geschichte der Stiftung Pfennigparade ist sehr eng verknüpft mit dem Beginn der Versorgung der von den Polio-Epidemien der 1950er Jahre betroffenen Menschen. Dabei konnten die Ärzte und Therapeuten der Stiftung Pfennigparade echte Pionierarbeit leisten und die rasante Entwicklung der außerklinischen Beatmungsmedizin aktiv gestalten. Ein Schwerpunkt des MZEBs der Stiftung Pfennigparade wird daher in der Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen liegen. Die Krankheitsbilder, die einer chronischen Ateminsuffizienz zugrunde liegen, haben sich natürlich über die Jahrzehnte erheblich verändert, aber sowohl die Anzahl der Patienten als auch die Komplexität der Versorgungsproblematik hat hier drastisch zugenommen. Daher stehen im MZEB nun Ärzte und Therapeuten mit besonderer Expertise zur Verfügung, darunter ein Pneumologe und Intensivmediziner sowie ein DGP-zertifizierter Atmungstherapeut. Auch die apparative Ausstattung ist dahingehend ausgelegt.
Patienten können hierzu in den neu geschaffenen Praxisräumen in der Rümannstraße 9, gleich neben dem Scheidplatz, untersucht und behandelt werden. Die Versorgung von beatmeten Patienten kann aber zudem im häuslichen Umfeld erfolgen. Hierzu wurde das MZEB der Stiftung Pfennigparade besonders ermächtigt. Damit sind nun erstmals Beatmungseinstellungen, Blutgasanalysen sowie ein Tracheostomamanagement in einem umfassenden ambulanten Setting möglich.
Das MZEB der Pfennigparade steht ab sofort allen Menschen mit Behinderung ab dem 18. Lebensjahr offen, die eine optimierte, behindertenspezifische medizinisch-therapeutische Versorgung benötigen. Zugangsvoraussetzungen sind ein Grad der Behinderung (GdB) von mehr als 70% sowie eine Diagnose, die eine schwere Mehrfachbehinderung charakterisiert, oder die Notwendigkeit einer außerklinischen Beatmung. Die Kosten werden von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Benötigt wird lediglich eine Überweisung des Haus- bzw. Facharztes.
Geleitet wird das MZEB von Dr. med. Gregor Scheible, der als Internist und Pneumologe die Intensivstationen des Klinikum Schwabing geleitet hat und in dieser Funktion über mehr als zehn Jahre die Patienten der Pfennigparade stationär betreute. Seine Expertise in der außerklinischen Beatmung erwarb er u.a. während seiner Facharztausbildung in der Asklepios-Fachklinik München-Gauting.

Das MZEB erreichen Sie unter:
Pfennigparade Medizinisches Zentrum für Erwachsene Menschen mit Behinderung (MZEB) GmbH
Rümannstraße 9, 80804 München
Telefon: 089 8393 7920
Telefax: 089 8393 7925
Email: MZEB_Medizinzentrum@Pfennigparade.de
www.pfennigparade.de

Dr. med. Gregor Scheible

Selbstbestimmt leben mit Beatmung

Die Lebensbedingungen für beatmete Menschen zu verbessern ist Ziel der DIGAB-Sektion „Selbstbestimmt leben mit Beatmung“.

Bei der letzten Mitgliederversammlung der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. im Juni 2017 in Köln wurde die Gründung von Sektionen beschlossen. Damit kann die Vielfalt der zu bearbeitenden Themen besser bewältigt werden. Es wurden 15 Sektionen eingerichtet. Die Mitglieder einer Sektion wählen aus ihren Reihen eine Sprecherin, einen Sprecher. Dessen Aufgabe ist es, die Arbeit zu koordinieren und zu strukturieren.
Da die DIGAB e.V. eine interdisziplinäre Fachgesellschaft ist, gehören dem Vorstand auch immer von Beatmung betroffene Menschen an. Neben Vertreter*innen aus Medizin und der Pflege haben hier Menschen mit Behinderungen eine Stimme und werden gehört. Denn wir sind die Expert*innen über unser Leben und haben die Verantwortung, auch für diejenigen zu sprechen, die sich selber nicht mehr äußern können. Damit haben wir eine wichtige Stellung in der DIGAB. Es ist wichtig, dass wir unsere Meinung zu bestimmten Themen wie Pflege, Versorgung, persönliche Assistenz, Hilfsmittel, Kassen und Behörden, Wohnen, Sexualität und Familie, Aufenthalt im Krankenhaus, die Situation am Lebensende äußern. In den Sektionen können wir diese wichtigen Themen bearbeiten, an die Öffentlichkeit bringen und Verbündete gewinnen. Wir können Überzeugungsarbeit leisten, auf erforderliche Änderungen hinweisen und Druck – auch auf die Politik – machen. Ziel ist, die Lebensbedingungen für beatmete Menschen zu verbessern.
Hier einige wichtige Themen der Sektion „Selbstbestimmt leben mit Beatmung“:

- Aktive Interessenvertretung von Menschen mit Beatmung/Behinderung, sowohl in der DIGAB selbst, als auch auf Kongressen und in der Gesellschaft,
- Schulung von Pflegepersonal, Therapeut*innen, Ärzt*innen in Form von Erfahrungsberichten mit praktischen Beispielen (Unsicherheit und Unwissenheit im Umgang mit einem selbstbestimmten Leben mit Beatmung, z.B. auch beim Reisen, in der Freizeitgestalten etc., gibt es noch viel zu oft!),
- Stärkung der Persönlichen Assistenz in der häuslichen Versorgung. (Im Arbeitgebermodell / Persönlichem Budget können explizit Laienkräfte eingesetzt werden. Diese übernehmen Behandlungs- und Grundpflege sowie Eingliederungshilfe (siehe S2k-Leitlinie). Wir müssen darauf achten, dass diese Regelung bestehen bleibt,
- Wir müssen bei Themen der häuslichen Versorgung und Konzepten hierfür darauf achten, dass Selbstbestimmung z.B. auch in Wohngemeinschaften möglich ist,
- Durchsetzung von Assistenz im Krankenhaus als gesetzliche Leistung auch für diejenigen, die von Pflegediensten versorgt werden,
- Erarbeitung von Themen und Formaten auf dem jährlichen DIGAB-Kongress,
- Regelmäßige Kontrolluntersuchungen sollten auch ambulant möglich sein, Schaffung von Ambulanzen in den Beatmungszentren für Menschen mit Beatmung. Dies erspart den Krankenhausaufenthalt und somit häufig unnötigen Aufwand und unnötige Kosten,
- Schulungsmöglichkeiten für den Umgang mit den Beatmungsgeräten / Hustenhilfen etc. für Menschen mit Beatmung und Angehörige schaffen. Denn oftmals reicht die Zeit der Einführung in die Geräte nicht aus. Die Menschen mit Beatmung und die Angehörigen müssen sich sicher fühlen im Umgang mit den Geräten nach der Entlassung in die Häuslichkeit,
- Einheitliche Standards in der Versorgung mit Verbrauchsmaterialien schaffen, denn bisher gibt es unterschiedliche Vorgehensweisen - je nach Krankenkasse und je nach Provider.

Wir werden in der Sektion noch abstimmen, welche dieser Themen vorrangig bearbeitet werden und unsere Sektion muss erst noch einen Arbeitsrhythmus finden. Der Austausch findet über Mails, Telefonkonferenzen und Skype statt, denn Reisen sind für einige von uns zu anstrengend.
Ich freue mich, wenn sich unsere Sektion „Selbstbestimmt leben mit Beatmung“ auf dem DIGAB-Kongress in Hannover zum ersten Mal mit denjenigen treffen wird, die vor Ort sind. Mit dieser neuen Sektion werden wir Menschen mit Beatmung mehr wahrgenommen und ich hoffe, auch besser gehört!
Wer in der Sektion mitarbeiten möchte, kann sich gerne unter der Mailadresse digab-geschaeftsstelle@intercongress.de anmelden.

Dinah Radtke

Wie Digitalisierung zu mehr Patientensicherheit führt

Die 13. Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS) am 3. und 4. Mai 2018 in Berlin thematisiert die Auswirkungen der fortschreitenden Digitalisierung auf die Patientensicherheit.

„Die fortschreitende Digitalisierung beeinflusst die Gesundheitsversorgung stark", sagt Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des APS. „Momentan werden beispielsweise im telemedizinischen Bereich viele verschiedene Projekte erprobt und Anwendungen auf den Weg gebracht – das ist eine große Chance für den Ausbau der Patientensicherheit." Digitale Anwendungen können beispielsweise die Vernetzung von Gesundheitseinrichtungen und -leistungen sowie den Therapieverlauf von Patienten unterstützen. Welche Gefahren damit gleichermaßen verbunden sein können und wie diesen begegnet werden kann, wird Gegenstand auf der Jahrestagung sein. Zum einen wird das APS Experten ein Forum zum Austausch über digitale Fragestellungen bieten, zum anderen werden die neuen Handlungsempfehlungen der AG Digitalisierung und Patientensicherheit vorgestellt.
Ob Apps, Wearables oder telemedizinische Anwendungen – neue digitale Entwicklungen beeinflussen die moderne Gesundheitsversorgung immer stärker. Durch die Vernetzung und Verarbeitung von Gesundheitsdaten wird es immer öfter möglich sein, bessere Diagnoseverfahren und auf den Einzelnen angepasste Therapien zu konzipieren. „Auch über neue Probleme diesbezüglich diskutieren die Experten des APS. Dabei geht es auf der Tagung z.B auch darum, was Deutschland in puncto Digitalisierung von anderen Ländern lernen kann." Zudem setzen sich die Referenten mit der Frage auseinander, ob die Regelungen zum Umgang mit den Daten in den Gesundheitseinrichtungen ausreichend sind, oder ob sie der fortschreitenden Digitalisierung im Gesundheitswesen eher im Wege stehen. „Neben den technologischen Entwicklungen sind auch die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen entscheidend für den erfolgreichen Einsatz der digitalen Produkte", sagt François-Kettner. „Deshalb sollten sich einzelne Akteure wie Gesundheitseinrichtungen und Medizinproduktehersteller klar zu ethischen, rechtlichen und sozialen Fragen positionieren, die durch die Digitalisierung aufgeworfen werden." Nur wer sich auch damit auseinandersetze, könne Lösungen für das Gesundheitssystem erreichen – und somit einen Beitrag zu mehr Patientensicherheit leisten. Mehr zum Kongress unter:
www.aps-ev.de/13-aps-jahrestagung-am-03-04-mai-2018-in-berlin

26. Jahrestagung der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e. V.

Vom 7. – 9. Juni 2018 findet in Hannover die 26. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e. V. (DIGAB), verbunden mit dem 13. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) statt. Kongresspräsident ist Prof. Dr. med. Bernd Schönhofer.

„Es wird ein wirklich schöner Kongress", freut sich Prof. Dr. med. Bernd Schönhofer, der seit Monaten gemeinsam mit seinen Mitstreitern das Programm vorbereitet und die schöne Location sowohl für den Kongress als auch den Gesellschaftsabend ausgesucht hat. Er und Prof. Dr. med. Stefan Kluge, Sprecher der Sektion 5 der DGP, laden nach Hannover ein. Der Kongress ist eine Plattform für den interdisziplinären Austausch der beteiligten Berufsgruppen, d.h. Ärzteschaft aus den beteiligten Fachgebieten wie der Pneumologie, Neurologie, Intensivmedizin, Pädiatrie und innere Medizin, der Krankenpflege und den Atmungs- und Physiotherapeuten. Sehr engagiert haben sich bei den Vorbereitungen auch außerklinisch beatmete Menschen und ihre Angehörigen, die das Programm aktiv mitgestalten.
Vertreten sind die Berufsgruppen, die in der Versorgung außerklinisch beatmeter Kinder und Erwachsener tätig sind. Das Programm gibt ein Update des state of the art. Denn, so Schönhofer, „aus der Sicht der ‚Außerklinischen Beatmung' ist in jüngerer Vergangenheit sehr viel geschehen und die aktuellen Themen werden auf dem Kongress in unterschiedlichen Formaten, d.h. Symposien, Workshops, Diskussionsforen und der Industrieausstellung präsentiert".
Themenschwerpunkte sind:

- Hygiene und Keimsituation
- Netzwerke für außerklinische Beatmung
- Lebensqualität in der außerklinischen Beatmung
- Gesundheitspolitische Aspekte
- Notfall- und Intensivmedizin
- Ethische Fragestellungen am Lebensende

In einer Sitzung werden „Hot topics" der außerklinischen Beatmung behandelt.

Prof. Dr. med. Bernd Schönhofer

Die PRIMA-RESP® MRI ist MRT geeignet.

Zwei Lösungen in der Beatmung

Die Beatmungskanülen PRIMA-RESP® und PRIMA-RESP® MRI

HEIMOMED steht für Forschung, Entwicklung und Fortschritt. Das zeigt sich auch bei der neu entwickelten Beatmungskanüle **PRIMA-RESP® MRI** ①, dank einer kunststoffarmierten Spirale ist sie MRT geeignet.

Produktmerkmale der Beatmungskanülen **PRIMA-RESP®** ② und **PRIMA-RESP® MRI:**

- patentierter Klippverschluss: einfaches Lösen und Schließen ohne Drehbewegung
- stufenlose und reibungslose Einstellung des Kanülenschildes
- weicher und zylindrischer Niederdruck-Cuff
- durch eingearbeitete Spirale (Metallspirale bei der **PRIMA-RESP®**, kunststoffarmierte Spirale bei der **PRIMA-RESP® MRI**) wird das Kollabieren des Tubus verhindert
- übersichtliche, durchnummerierte Skala für ein einfaches Ablesen der Tubuslänge und vereinfachtes Wiedereinsetzen

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

Mit Zwerchfellschrittmacher ins Krankenhaus – ein Fallbericht

Patrick Anders berichtet von seinem Krankenhausaufenthalt und den Schwierigkeiten, wenn dort keiner Erfahrungen mit einem Zwerchfellschrittmacher hat. Da geht es nicht ohne den Beistand von Pflegekräften und der Angehörigen.

Patrick Anders

Aufgrund einer starken Lungenentzündung musste ich im Sommer letzten Jahres als Notfallpatient auf die pneumologische Intensivstation eingewiesen werden. In diesen Tagen war es sehr warm und ich musste einige besondere Anforderungen bewältigen und deshalb funktionieren. Durch die Konstellation dauerhafter körperlicher und geistiger Belastung war ich bereits über mehrere Wochen geschwächt. Als der Ballast mich einholte, meldete sich mein Körper über eine Abwehrreaktion. Zunächst waren es nur Halsschmerzen, die sich rasch über die Atemwege zu einer akuten Entzündung des Lungengewebes entwickelten. Wegen meines Querschnitts in der Läsionshöhe unterhalb C2, den ich durch einen Autounfall erlitten hatte, ist meine körperliche Integrität inkomplett betroffen. Dies betrifft somit auch meine Atmung. Da ich nicht selbständig atmen kann, bin ich auf die Unterstützung medizinischer Atemgeräte angewiesen. In dieser Konklusion können die Atemgeräte, je nach Ausprägung der Lungenentzündung, nur noch wenig ausrichten.

Meine Beatmung verläuft über einen Zwerchfellschrittmacher. Wenn die Kraft des Zwerchfells und der Phrenicusnerven jedoch nicht mehr ausreicht, um über die Elektroden die Stimulation auszuführen, muss ich an eine Beatmungsmaschine angeschlossen werden. So ist es in dieser Situation auch gewesen. Nachdem ich eine Nacht am Beatmungsgerät angeschlossen war, kam es am Morgen bereits zum Zustand einer erhöhten Körpertemperatur. In Folge dessen habe ich mich dazu entschlossen, einen Krankentransport rufen zu lassen. Da es mir im Verlauf dieser Phase, wegen der sukzessiven Abnahme des Sauerstoffgehalts, immer schlechter ging. So wurde ich mit Atemnot als Notfallpatient auf die pneumologische Intensivstation eingewiesen. Vor Ort wurde ich umgehend mit allen notwendigen Maßnahmen behandelt. Zu diesem Zeitpunkt war ich selbst nicht in der Verfassung, auf meine besondere Situation bezüglich des Zwerchfellschrittmachers hinzuweisen. Meine Assistentin aus meinem Pflegeteam, die an diesem Tag bei mir eingesetzt war, fuhr aufgrund der Umstände mit ihrem Privatauto hinterher und kam dementsprechend etwas später auf Station an. Erst dann konnte sie den behandelnden Ärzten meine Behinderung und die damit einhergehenden Besonderheiten nahelegen. Meine Familie kam am Nachmittag dazu und kümmerte sich um alles weitere.

Auch in den darauffolgenden Tagen, hätte es ohne die Unterstützung meiner Familie nicht funktioniert, einen adäquaten Verlauf zu garantieren. Wie bei früheren Aufenthalten in Krankenhäusern, war es auch dieses Mal so, dass die Krankenpflegerinnen und Krankenpfleger zwar von einer derartigen Beatmungshilfe wie den Zwerchfellschrittmacher gehört hatten, aber weder in ihrer Ausbildung noch in ihrem beruflichen Zeitverlauf mit einer solchen Ausnahme in Kontakt kamen. Zu erwähnen ist allerdings auch der seltene Einsatz von Atemschrittmachern, vor allem aufgrund der hohen Kosten für die Herstellung, Implantation und Wartung eines solchen Systems. Demnach war es dem Pflegepersonal des Krankenhauses nicht möglich, mich individuell in Bezug auf den Atemschrittmacher zu versorgen. Dies bedingt eine akkurate Erklärung und damit eine zusätzliche Belastung für meinen Assistenten. Dies führt auch einer Unsicherheit für mich im Verhältnis zum Krankenkenhauspersonal. So wurde ich zunächst an die hauseigenen Geräte des Krankenhauses angeschlossen, die aber nicht auf meine Erfordernisse angepasst waren. Dies geschah erst nach einigen Tagen mit der Zustimmung der Verantwortlichen.

Eine hauseigene Einstellung der Atemgeräte bedeutet für mich eine gefühlte Atemnot. Die umfassende Behandlung dauerte 11 Tage. In dieser Zeit bekam ich sowohl die nötige Unterstützung meiner Familie, als auch die von meinem eigenen Pflegepersonal. Immer nur stundenweise, da das eigene Pflegepersonal die Betreuung nicht übernehmen darf, auch dann nicht, wenn es sich um eine Ausnahmesituation handelt. Ausnahmesituation meint in diesem Fall die Einstellung des Schrittmachers sowie das Anbringen der Impulsschleifen für die Stimulation. In dieser Zeit wurden meine Phrenicusnerven nicht beansprucht, sodass der Nerv, der das Zwerchfell innerviert, erneut langsam wieder antrainiert werden musste, damit ich wieder über den Schrittmacher beatmet werden konnte. Das Krankenhaus konnte diese Maßnahme nicht bewältigen, weshalb meine Versorgung vom zuständigen Pflegepersonal zu Hause übernommen werden musste.

Nach insgesamt drei Wochen, vom Anfang der Erkältung und dem Krankenhausaufenthalt bis zur Erholungsphase, bin ich wieder genesen und konnte mich wieder all den Aufgaben in vollem Umfang widmen, die in den vergangenen Wochen liegen geblieben waren. Mir wurde erst danach bewusst, dass, wenn ich heute nicht funktioniere, ich mir gleich die Ruhe und die Abkühlung gönne, die mein Körper braucht. Nicht erst, wenn es zu spät ist.

Patrick Anders

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.

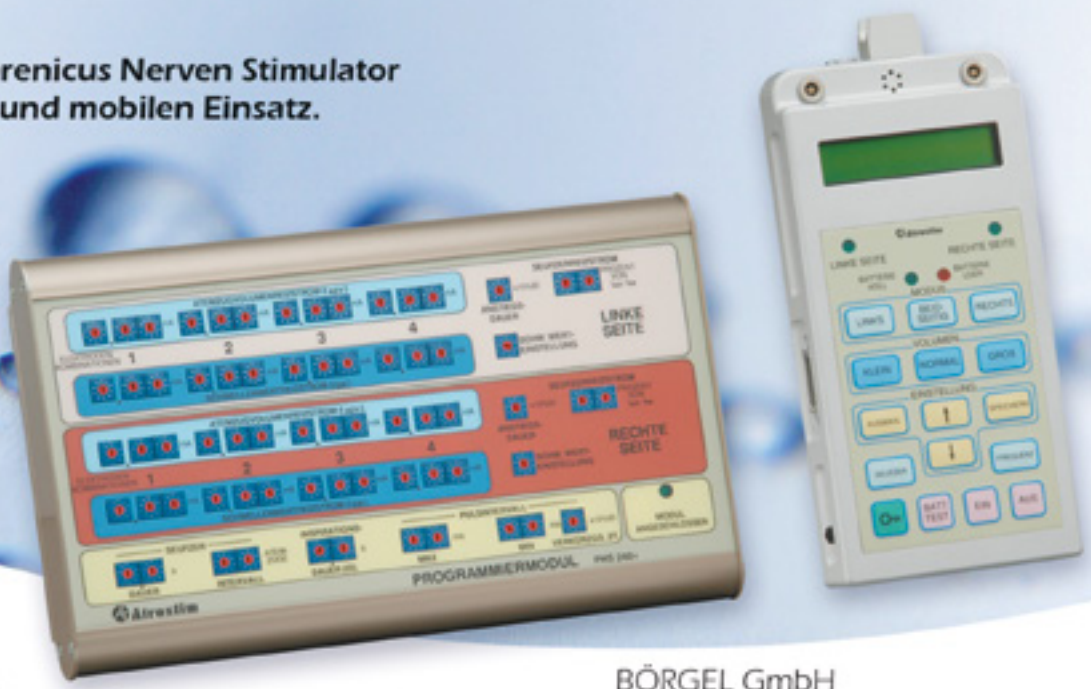
Unsere Leistungen:

- 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

Aufbau der Pflegeeinrichtung „Haus Dachsbau“

Weil schwerstkranke Kinder häufig unterversorgt und Kurzzeitpflegeplätze dringend nötig sind, beschäftigen sich seit 2008 die beiden Kinderkrankenschwestern Angelika Brunner (Gablingen) und Angela Jerabeck (Erlingen) mit dem Ziel, in Augsburg eine Pflegeeinrichtung für Kinder aufzubauen. Sie soll „Haus Dachsbau“ heißen. Im Januar waren die beiden ins Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege eingeladen, um ihr Projekt erneut vorzustellen.

Es gibt eine erhebliche, bayernweite Versorgungslücke an Kurzzeitpflegeplätzen für Kinder- und Jugendliche. Laut Pressemitteilungen des Statistischen Bundesamts vom 29.07.2014 und 11.05.2015 leben in Deutschland 7,5 Mio. schwerstbehinderte Menschen. Davon sind 2 % (150 000) Kinder und Jugendliche betroffen. Seit dem Jahr 2009 ist ihre Zahl weiter angestiegen. Bei Kindern und Jugendlichen ist die häufigste Ursache für eine Behinderung eine angeborene Erkrankung. Die Auswirkungen der Behinderung bedeuten für die ganze Familie eine große Belastung. 99% aller pflegebedürftigen Kinder werden von ihren Familien zu Hause versorgt.
Auch in der Stadt Augsburg und ihrem Landkreis gibt es diese Versorgungslücke und es fehlt auch hier eine adäquate Kurzzeitpflegeeinrichtung für Kinder und Jugendliche, die eine erhöhte pflegerische Versorgung benötigen. Unter Kurzzeitpflege versteht man „die Möglichkeit einer vorübergehenden stationären Versorgung in einer dafür ausgerichteten Einrichtung“. Gesetzlichen Anspruch haben Kinder und Jugendliche „mit erhöhtem Pflege- und Betreuungsaufwand, wenn die häusliche Pflege durch die Eltern oder andere Bezugspersonen zeitweise oder nicht im vollen Umfang erbracht werden kann.“

Betroffen sind insbesondere Kinder und Jugendliche mit:

- Geistigen und körperlichen Behinderungen (Mehrfachbehinderung),
- Unterschiedlichsten Hirnfunktionsstörungen, Stoffwechsel-, kardialen und neuromuskulären Erkrankungen, Fehlbildungen, onkologischen Erkrankungen,
- Chronischer respiratorischer Insuffizienz mit drohender Beatmungspflicht oder Langzeitbeatmung

Das Konzept für die Kurzzeiteinrichtung „Haus Dachsbau“ in Augsburg

Bei der Einrichtung „Dachsbau“ handelt es sich nach unserer Planung um eine vollstationäre Einrichtung für die Pflege und Betreuung von Kindern und Jugendlichen mit Pflegeaufwand. Die vorhandenen Ressourcen der Kinder und Jugendlichen, ihrer Angehörigen und ihrer Bezugspersonen zu erkennen und zu fördern wird ein Schwerpunkt der täglichen Arbeit sein. Die Kinder und Jugendlichen werden pflegerisch unterstützt und mit pädagogischen Methoden gefördert. Ziel ist die Ermöglichung eines weitestgehend selbstbestimmten, aktiven und normalen Alltags und die Sicherung der Lebensqualität.
Die Einrichtung „Haus Dachsbau“ bietet neben Kurzzeitaufenthalten für Kinder und Jugendliche auch die Möglichkeit der Überleitungspflege von der Intensivstation in das häuslichere Umfeld. Während des Aufenthaltes kann die Entlassung nach Hause in die Familie sorgfältig geplant und organisiert werden. Durch das multiprofessionelle Personal wird eine gemeinsame und kontinuierliche pflegerische und pädagogische Betreuung geleistet. Die angedachte Mischfinanzierung durch Pflegekasse, Krankenkasse und den Bezirk soll diese optimale Versorgung

Junge Erwachsene der „Scheabecka Hittn“ bei Aichach haben für den Verein in der Vorweihnachtszeit Glühwein verkauft und ein Maibaumfest organisiert. Der Erlös, den sie uns gespendet haben, war für unseren Start eine große Hilfe.
(hintere Reihe von links) Markus Fendt, Franziska Bachmeir, Christa Bachmeir, Angelika Brunner. (vordere Reihe von links) Julian, Jakob, Johannes und Angela Jerabeck.

ermöglichen. Es ist angedacht, das „Haus Dachsbau“ in räumlicher Nähe zu einer Kinderklinik aufzubauen und durch eine gute Kooperation eine optimale Versorgung zu gewährleisten. So besteht die Möglichkeit, bei Bedarf den fachärztlichen Bereitschaftsdienst rund um die Uhr zu nutzen. In Notfallsituationen ist so die pädiatrische Intensivstation in nächster Nähe. Kleine Eingriffe und Untersuchungen können von der Einrichtung „Haus Dachsbau“ aus geplant und ambulant durchgeführt werden. Therapeuten (z.B. Ergotherapie, Physiotherapie, Logopädie) stehen zur Durchführung der Therapien zur Verfügung. Eine große Kostenersparnis entsteht durch die Nutzung der vorhandenen Bereiche einer Klinik (Lohnbüro, Personalbüro, Hauswirtschaft und technische Bereiche, Klinikküche).

Exkurs zur Lebenssituation betroffener Familien

Familien mit schwerstbehinderten Kindern haben von Geburt an besondere Belastungen zu tragen. Die Annahme des Kindes mit seinen Einschränkungen, die Pflege und Überwachung sowie die zusätzlichen organisatorischen Aufgaben müssen bewältigt werden. Zu Hause ist die Präsenz der Eltern unumgänglich. Die Sorgen um die Gesundheit ihrer Kinder, aufkommende Zukunftsängste und die physische und psychische Belastung der pflegerischen Versorgung bringen die Eltern immer wieder an ihre Leistungsgrenzen. Abgesehen davon kommen zusätzliche erschwerende Faktoren hinzu, die die Familienstruktur beeinflussen. Die Geschwisterkinder stehen meist an zweiter Stelle (sog. Schattenkinder“), die Eltern müssen als Co-Therapeuten zusätzliche Rollen übernehmen. Ambulante Pflegekräfte und Therapeuten gehen im intimsten Wohnbereich täglich ein und aus. Diese belastende familiäre Gesamtsituation stellt eine große Herausforderung an die gesamte Familie dar.

Was ist bisher geschehen?

Nachdem Angelika Brunner und Angela Jerabeck im Jahr 2008 den Entschluss gefasst hatten, aus ihren pflegerischen Kontakten heraus für die Familien mit schwerstkranken Kindern und Jugendlichen eine Unterstützungsmöglichkeit zu schaffen, entwickelten sie viele Ideen, um ihr Konzept voranzubringen. Nach einer Unterschriftenaktion folgte die konzeptionelle Arbeit. 2011 bekamen sie die Zusage der Betriebserlaubnis von der Kinder- und Jugenheimaufsicht Augsburg. Es folgten viele Gespräche mit vorhandenen Kurzzeitwohneinrichtungen und Informationstreffen im deutschlandweiten Netzwerk für Kurzzeitwohnen. Der Chefarzt der Bereiche Neuropädiatrie/Sozialpädiatrie/Psychosomatik am Josefinum, führte erneut eine Befragung zum Bedarf mit einer Unterschriftenaktion im Raum Augsburg durch, und es unterschrieben 130 Eltern aus Stadt und Landkreis Augsburg. 2012 sagten die zuständigen Krankenkassen und Pflegekassen ihre grundsätzliche Bereitschaft zu, das Projekt zu unterstützen. Allerdings ging es nicht immer so problemlos weiter, insbesondere mit Vertretern des Bezirks Schwaben. 2015 wurde der Freundeskreis Dachsbau gegründet, der sich in regelmäßigen Abständen zum Informationsaustausch mit betroffenen Eltern und engagierten Medizinern trifft.
Ein Jahr später sagten Landrat Sailer und Herr Thumser, Behindertenbeauftragter des Bezirk Schwabens, ihre politische Unterstützung zu. Dank eines Fraktionsanstrags der SPD Mitte Januar 2017 war Bezirksratspräsident Reichert nun für ein informelles Gespräch bereit und

Angela Jerabeck und Angelika Brunner

es folgten Bedarfsüberlegungen des Bezirk Schwabens. Im März 2017 folgte ein runder Tisch mit Vertretern der Krankenkasse und Pflegekasse der AOK sowie Vertretern des Bezirks und uns (Angelika Brunner, Angela Jerabeck) statt. Die Vertreter der Kostenseite sind sich einig, dass kein Bedarf an einer entsprechenden Einrichtung besteht und sehen keine Möglichkeit diese zu fördern. Im April 2017 bemühen sich Herr Landrat Sailer und Herr Thumser weiterhin gemeinsam um einen Weg zur Umsetzung zu finden. Im April 2017 wird der Verein Dachskinder gegründet und im November 2017 bedankte sich Staatsministerin Melanie Huml für unser Engagement der beiden Initiatorinnen. Sie bestätigt die bedauerlichen Versorgungslücken an Kurzzeitpflegeplätzen auch im Raum Augsburg. Am 23. Januar 2018 hatten nun Angela Jerabeck und Angelika Brunner einen Termin beim Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege. Weitere Teilnehmer waren auch Vertreter der Bezirke Schwaben sowie Oberpfalz und Oberfranken und Vertreter des Gesundheitsministeriums des Sozialministeriums. Es wurde Unterstützung zugesagt, wenn ein geeigneter Träger gefunden würde.
Dies zeigt, dass es sich lohnt, einfach nicht locker zu lassen. Das Projekt „Haus Dachsbau“ ist also noch immer aktuell und tritt hoffentlich bald in das Stadium der konkreten Umsetzung. Für Anregungen und Fragen zum Thema stehen Angela Jerabeck und Angelika Brunner gerne zur Verfügung.

Weitere Infos unter: www.dachskinder-ev.de.

Angela Jerabeck und Angelika Brunner

Hi, ich bin Justin

Ich bin 17 Jahre alt und bin für die Gesellschaft sowie die Ärzte etwas Besonderes. Für die Gesellschaft, weil ich einen Rollstuhl habe. Für die Ärzte wegen meiner Grunderkrankung, die derzeit lautet: Myopathie unbekannter Ursache. Sprich: ich habe eine Muskelerkrankung, aber niemand weiß, welche. Ich benötige nachts ein Beatmungsgerät, da ich eine chronische respiratorische Insuffizienz habe, also ein Versagen der Atemwegsmuskulatur. Hier möchte ich darüber berichten, wie es dazu kam, dass ich ein Beatmungsgerät benötige.

Es begann 2010 mit einer CO_2-Vergiftung. Scheinbar hatte ich über Monate, wenn nicht sogar über Jahre, zu flach geatmet. Dies führte dazu, dass ich einen zu hohen CO_2-Anteil im Blut hatte. Am 8. Juni 2010 wurde ich von meinem Kinderarzt zum Röntgen geschickt, weil der Verdacht einer Lungenentzündung im Raum stand. Danach wies mich der Kinderarzt direkt ins Krankenhaus ein, wo ich mit Antibiotika behandelt wurde. Am Abend konnte ich einfach nicht einschlafen, da ich sehr schwer Luft bekam. Die diensthabende Nachtschwester meinte jedoch nur, ich solle mich entspannen, dann wäre alles okay. Aber ich wehrte mich gegen den Schlaf, weil ich Todesangst hatte. Am nächsten Tag war ich so erschöpft, dass ich immer wieder einnickte. Als der Oberarzt der Kinderklinik seinen Dienst begann, sah er, wie ich nach Luft rang und um mein Leben kämpfte.
Sofort kam ich auf die Intensivstation, bis mich ein Rettungswagen nach Wuppertal bringen sollte. Während dieser „Wartezeit“ von höchstens 20 Minuten wurden mir zwei Zugänge und ein Blasenkatheter gelegt. Dann ging die Fahrt mit dem Notarzt, einem Rettungssanitäter, einer Schwester sowie einem Arzt aus dem Krankenhaus los. Ich lag mittendrin als kleiner Patient mit gerade mal neun Jahren. Von der Fahrt weiß ich kaum etwas, da ich immer wieder das Bewusstsein verlor. Ich erinnere mich nur, dass wir zuerst die falsche Klinik angefahren hatten und wertvolle Zeit verloren. Und ich weiß noch, wie sich in der richtigen Klinik das Team der Intensivstation vorstellte. Die nächsten drei Tage lag ich im künstlichen Koma und war intubiert. Ich sollte nichts mitbekomme, weil meine Pulmonalarterie kurz vor dem Platzen stand. Mein Herz kam mit dem Sauerstoffmangel nicht zurecht. Die Tage im Koma kamen oder kommen mir heute immer noch so vor wie zwei Stunden Schlaf. Dass ich in dieser Zeit eher tot als lebendig war, habe ich nie gemerkt, dafür umso mehr meine Familie und mein Umfeld. Es sah damals so schlecht aus, dass der Oberarzt meinen Eltern sagte, dass er nicht versprechen könne, ob ich Krankenhaus jemals wieder lebend verlassen könne. In der Zeit wurden 78 Blutgasanalysen gemacht, d.h. mir wurde 78 Mal in die Finger gestochen, ich bekam acht verschiedene Medikamente und hatte nun auch eine Magensonde. Am dritten Tag wurde ich aus dem Künstlichen Koma geholt und alle waren gespannt, ob ich irreparable Gehirnschäden aufgrund des Sauerstoffmangels aufweise oder doch noch rechtzeitig gehandelt worden war. Als ich zum ersten Mal wieder die Augen geöffnet hatte und ansprechbar war, wurde ich aufgesetzt. Inzwischen trug ich nur noch eine Beatmungsmaske. „Möchtest du irgendetwas haben“, wurde ich gefragt. Und ich antwortete: „Ein ‚Nutella-Brot“. Der Oberarzt, der meinen Eltern gesagt hatte, er könne nicht versprechen, dass ich wieder aufwachen würde, drehte sich um und weinte. Alle hatten gedacht, ich würde sterben. Inzwischen hatten die Pflegekräfte das halbe Klinikum wegen des Nutella-Brots abtelefoniert, das ich dann tatsächlich bekam.
Seitdem hat sich mein Zustand Tag für Tag verbessert. Die ersten beiden Tage musste ich noch im Bett verbringen, dann durfte ich mich mehrmals kurz hinstellen. Das fiel mir schwer, da sich schon Muskeln abgebaut hatten. Was meine Atmung anbelangte, kam ich schon beim Aufsetzen aus der Puste. Mir wurden schließlich auch die Magensonde und der Blasenkatheter gezogen und ich durfte nach einer Woche bereits mit dem Rollstuhl und einer Sauerstoffflasche nach draußen. Ich bekam viel Besuch von meiner Familie und Verwandten. Dafür bin ich sehr dankbar, denn ohne sie hätte ich wohl nicht so um mein Leben gekämpft. Weil es immer besser wurde, sollte ich in die Kinderklinik des Universitätsklinikums nach Essen verlegt werden. Einerseits war ich glücklich, endlich gehen zu dürfen, andererseits war das Team der Intensivstation für mich schon wie eine Art enger Freundschaftskreis. In Essen wurde ich von allen Pflegekräften herzlich begrüßt und man zeigte mir

Justin Hirsch beim Paddeln

mein Zimmer. Nachdem meine Mutter und ich alles in den Schrank geräumt hatten, teilte mir der Oberarzt mit, dass ich auf ein Beatmungsgerät einstellt werde, das ich auch beim Schlafen benutzen muss. Der nachfolgende Lungenfunktionstest zeigte, dass ich eine Lungenkapazität von 720ml hatte. Das größte Problem bei mir ist, dass ich bereits im Kleinkindalter eine schwere Lungenentzündung gehabt hatte, durch die ein großer Teil der Lunge beschädigt und abgestorben war. Binnen einer Woche wurde ich perfekt auf das VSIII eingestellt und ich erhielt auch eine individuell angepasste Maske. Weil diese nach aber doch nicht passte, bin ich bis heute bei der Mirage Full Face Maske geblieben. Alle Medikamente wurden nach und nach abgesetzt sowie die Zugabe des Sauerstoffs, weil sich mein Herz wieder relativ normalisiert hatte. Die Pulmonalarterie war wieder geschrumpft, ich durfte nach drei Wochen nach Hause und war offiziell außer Lebensgefahr.

Zuhause angekommen

Ich hatte also jetzt ein Beatmungsgerät, vor allem für die Nacht, aber schon nach fünf Minuten Stehen war ich so fertig, dass ich Schnappatmung bekam. Und was macht man da als Kind? Richtig: Zocken! Wie viele in meiner Generation, spiele auch ich gerne Computerspiele, damals noch an der Xbox 360. All meine Kumpels online fragten mich: „Warum warst du solange nicht da?“. Meine Antwort: „Ich wäre beinahe erstickt und lag im Koma.“ Das war vor allem für Kinder in meinem Alter schon sehr überraschend. Nachdem ich ihnen das mit der falschen Atmung erklärt hatte, kehrte ein kleiner Teil meines Alltags zurück, aber meine Nachmittage wurden anders. Ich erhielt nicht mehr die Bobath-, sondern nun Atem-Therapie, um wieder kontrolliert atmen zu können und Lungenvolumen aufzubauen. Nach drei Jahren hatte sich meine Lungen leicht regeneriert und das Volumen war von 720ml auf knapp 900ml gestiegen.

Der verhängnisvolle 18. April 2013

Ich war 12 Jahre alt, ging zur Grundschule und hatte mich immer an allem beteiligt, wegen meiner Muskelerkrankung nur etwas langsamer. Am 18. April 2013 hatten wir eine Freistunde und gingen mit unserer Lehrerin nach draußen, wo wir auf eine Torwand schießen oder Fahrrad fahren konnten. Ich hatte mich für die Torwand entschieden. Gerade als ich schießen wollte, kam ein „Kumpel“ rüber gerannt und meinte, er wäre jetzt dran. Gerade als ich den Ball aufhob, schubste er mich, um mir den Ball zu nehmen. Leider hing ich mit meinem Fuß in einer Abwasserrille fest. Weil ich wusste, dass ich nicht auf den Kopf fallen darf, da ich sonst bewusstlos werden und ersticken würde, drehte ich mich im Fallen auf den Bauch. Nach dem Sturz konnte ich nicht mehr aufstehen. Im Krankenhaus wurde ich geröntgt und man stellte einen verschobenen Waden- und Schienbeinbruch fest. Ich müsste sofort operiert werden. Aber da sie dort keine Ahnung von Beatmungsgeräten und Muskelerkrankungen hatten, wurde ich mit einer Schiene und einem Verband nach Hause geschickt. Netterweise haben sie mich mit einem Krankentransportwagen (KTW) der Feuerwehr nach Hause gebracht. Nach einer Nacht voller Schmerzen wurde ich ins Essener Uni-Klinikum gebracht und dort in den Schockraum mit einem Live-Röntgen-Gerät gebracht. Auf das Schmerzmittel reagierte ich paradox, hatte also Hitzewallungen und Kalt-Schweiß. Nachdem man mir eine Bleischürze umgelegt hatte, begann man, durch Ziehen und Drehen mein Bein zu richten. Ich hatte höllische Schmerzen und war immer wieder kurz bewusstlos. Dann wurde mein Bein eingegipst und mir wurden Thrombosespritzen verschrieben. In den nächsten vier Monaten stellte man bei den regelmäßigen Kontrollen fest, dass ich keine Knochenmasse bilde. Das änderte sich, nachdem ich Vitamin D-Tabletten erhielt. Nach vier Monaten wurde der Gips abgenommen, aber mein Bein bestand nur noch aus Haut und Knochen.

Eine neue Therapie

Weil mein Knie- und Fußgelenk total versteift waren, saß ich im Rollstuhl fest. Ziel der Physiotherapie war es nun, Knie- und Fußgelenk zu mobilisieren. Nach über einem Jahr war es dann so weit, dass ich im Sommer 2014 bei einem Spaziergang mit meinen Eltern sagte: „Ich will laufen“. Ich stand mit ihrer Hilfe auf, nutzte meinen Rollstuhl als Rollator und konnte tatsächlich drei oder vier Schritte gehen. Das war für mich ein sehr bedeutender Augenblick! Weil wir einen Garten an der Ruhr haben, kann ich im Wasser Laufübungen machen, ohne meine Beine zu belasten. Außerdem paddle ich mit einem Sit-On-Top Kajak, was natürlich den Muskelaufbau fördert und die Lunge dehnt und stärkt.

Im November 2014 war ich in einer Reha, die allerdings mehr eine Massenabfertigung war. Man stelle sich eine Gruppe mit fast 40 Leuten, die Hüft- und Kniegelenksprobleme haben, mit einem Therapeuten vor! Während dieser Zeit litten auch meine schulischen Leistungen: morgens Schule, nachmittags Reha und abends Schlafen. So sah monatelang mein Alltag aus. Ich war zu dem Zeitpunkt bereits auf der Realschule und zum Glück waren die Lehrer und die Schulleitung verständnisvoll. Sie wussten, dass ich nicht faul war, sondern einfach ständig müde. Nachdem man erkannte, dass diese Reha nichts brachte, wurde ich wieder zur normalen Physiotherapie geschickt, wo ich langsame Fortschritte machte. Im Oktober 2016 erhielt ich auf Vorschlag der Unfallkasse eine weitere Reha direkt um die Ecke. Ich war da bereits 15 Jahre alt und stimmte freiwillig zu. Es handelte sich um das AMBULANTICUM in Herdecke. Schon beim Blick ins Internet fiel mir auf, dass dies keine normale Reha-Einrichtung war. Dort wird manuelle Therapie mit Robotik unterstützender Therapie gemischt, wie z.B. im Lokomat. Das ist eine Art Exoskelett, in das z.B. Patienten nach einem Schlaganfall oder Querschnittgelähmte eingehängt und „fest“ geschnallt werden. Der Lokomat ist ein Exoskelett mit Laufband, um dem Gehirn zu zeigen, wie das Laufen funktioniert, wie es aussieht und wie es sich anfühlt. Es gibt im Internet auch Videos mit Querschnittgelähmten, die nach mehreren „Intensivphasen“ (so heißt dort eine aktive Rehaphase), wieder laufen können, wenn auch mit Krücken oder Stöcken. Einzige Bedingung ist: man muss als austherapiert gelten. Und das war ich. Nach meinen Recherchen wollte ich unbedingt dort hin. Der Cheftherapeut führte mit mir ein Gespräch und zeigte mir das Haus. Egal, wohin wir kamen, überall wurde ich freundlich begrüßt. Ich durfte gleich den „Spacecurl“ ausprobieren. Das ist ein Kreis, der aus drei Ringen besteht und ermöglicht, sich 360 Grad zu bewegen. Dies ist besonders wichtig, um die Muskeln im Rumpf zu trainieren. Ich freute mich, dass ich in vier Wochen die Intensivphase antreten durfte. Auf dem Plan, den ich erhielt, standen Ergotherapie, Krankengymnastik, Geräte-Therapie sowie Bewegungstherapie. Eine Therapeutin wurde meine Patin, an die ich mich jederzeit wenden kann und die bei Fallkonferenzen für mich zuständig ist. Fallkonferenzen sind dazu da, mit der Krankenkasse oder Versicherung in Kontakt zu bleiben und damit sie sehen,

wie sich der Patient entwickelt. Bei meiner Fallkonferenz ist die Patin dabei, die Leiterin oder der Leiter des AMBULANTICUMs, Frau Schrimpf und Herr Dr. Krahl, und ich. Herr Dr. Krahl hatte selbst zwei aufeinander folgende Hirninfarkte gehabt. Er galt als schwerer Pflegefall und austherapiert. In einer Einrichtung in der Schweiz lernte er mithilfe Robotergestütztem Training wieder das Laufen und gründete im Jahr 2012 gemeinsam mit seiner Frau das AMBULANTICUM, wo ich heute zum Glück sein darf. Als ich im Oktober 2016 dort anfing, wurden bei mir zuerst die Grenzen getestet, und die waren schnell erreicht. Man muss sich zu Beginn einer jeden Intensivphase Ziele setzen und meine waren: länger laufen und vom Boden aufstehen zu können, falls ich hinfalle, selber Socken anziehen, definitiv mehr Ausdauer, da meine Atmung noch immer ein großes Problem war. In nur drei Wochen kam ich allen Zielen wesentlich näher, ich steigerte meine Selbständigkeit und meine Kraft. Das Training enthält viele unterschiedliche Aufgaben, auch vom Schwierigkeitsgrad her, angefangen vom einfachen Hinknieen bis hin zur Herausforderung Kletterwand. Seit ich dort trainiere, habe ich knapp 600ml an Lungenvolumen dazu gewonnen und bin mittlerweile bei einem Volumen von 1390ml. Damit hatte niemand gerechnet.

Ein neues Beatmungsgerät

Im Oktober 2017 trat ein, was ich seit langem befürchtet hatte: die Umstellung auf ein neues Beatmungsgerät. Dafür musste ich für drei Tag wieder ins Universitätsklinikum Essen. Mein VSIII war zu alt geworden und der Support ausgelaufen, sprich, es werden keine Ersatzteile mehr hergestellt. Ich sollte auf das Prisma VENT50 eingestellt werden. Von Vorteil ist, dass das neue Gerät leiser ist und anders die Luft hineindrückt. Ich habe nichts gespürt oder gehört, als das Gerät mit dem Pumpen begann und war auf die erste Nacht gespannt. Die Einstellungen wurden exakt vom altem Gerät übernommen, aber in der ersten Nacht fühlte ich mich nach langer Zeit richtig schlecht. Auch am Tag war ich schlapp, nicht ausgeruht und nicht richtig belüftet. Das Problem lag darin, dass das Prisma VENT50 die Atmung des Patienten mitberechnet und die Beatmung leicht anpasst. Bei mir war dies negativ, und so wurden die Einstellungen am nächsten Tag verändert, damit ich das Gefühl hatte, belüftet zu werden. Am nächsten Tag ging es mir deutlich besser. Wir durften nach Hause und das neue Gerät wurde verordnet. Mitte Dezember wurde es dann geliefert und bedeutete: die erste Nacht zuhause mit dem neuen Gerät. Eingeschlafen bin ich zwar gut, aber ich bin immer wieder wach geworden und fühlte mich unwohl. Am nächsten Tag war ich müde und schlapp und hatte starke Kopfschmerzen. Typische Anzeichen von Sauerstoffmangel. Meine Mutter vereinbarte mit dem Krankenhaus einen neuen Termin und wir konnten gleich am nächsten Tag kommen. Ich sollte die folgende Nacht noch mit dem VSIII schlafen. Am darauffolgenfden Tag war ich ambulant im Krankenhaus und der mich betreuende Oberarzt stellte das Gerät neu ein. Ich lag auf einer Trage und gab ihm per Handzeichen zu verstehen, wie es sich anfühlte. Die Einstellungen wurden dann relativ stark verändert. Seitdem schlafe ich ruhig und bin immer ausgeschlafen. Mein Fazit ist: Eine Umstellung ist natürlich ungewohnt und im ersten Moment nicht toll. Trotzdem sollte man eine Veränderung wagen. Das Wichtigste ist das Vertrauen in die Ärzte und die Bereitschaft, mitzuarbeiten.

Fazit

Es ist zwar nicht schön, dass mir das alles in meinen jungen Jahren passiert ist, aber wer weiß, wie ich heute ohne all diese Erfahrungen wäre. Ohne die CO_2-Vergiftung hätte ich womöglich nie ein so gutes Ärzteteam wie in Essen gefunden. Und vielleicht wäre ich ohne den Beinbruch nie zum AMBULANTICUM und sein kompetentes Team gekommen, das sich für alle Patienten so einsetzt. Vielleicht wäre mein Leben mit der Muskelerkrankung generell nicht so verlaufen. Für mich jedenfalls weiß ich: Ich würde niemals mit jemand anderem tauschen wollen und bin froh, Menschen an meiner Seite zu haben, die mich in all den Jahren begleitet haben und mich noch begleiten werden.

Justin Hirsch

Justin Hirsch im Spacecurl

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

Die Tragödie der Irrungen

Seit Mose das Gebot „du sollst nicht töten" proklamierte, versuchten Menschen verschiedene Gründe zu erfinden, mit denen es umgangen werden kann. Selten aber beruht die Aufforderung, Menschenleben zu beenden, auf der Basis der Missverständnisse und der Ignoranz, wie es in der Diskussion über die Sterbehilfe der Fall ist.

Fangen wir mit dem einfachsten Missverständnis an.

Unerträgliche Leiden

Seit Jahrhunderten quälte den Menschen der Gedanke an die unerträglichen Schmerzen, mit denen viele Krankheiten und der von diesen Krankheiten aufgelöste Sterbeprozess oft verbunden sind. Noch in der Antike entstand der Begriff „Euthanasie", der einen ruhigen, v.a. schmerzfreien Tod bezeichnete. Die Angst vor einem von Schmerzen und sonstigen Qualen belasteten Sterben war möglicherweise schlimmer als die Angst vor dem Tod selbst. Das Arsenal der Schmerzmittel bestand bis in die 2.Hälfte des 19. Jh. aus Alkohol, Opium und Gebet.
Im 20.Jh. änderte sich die Lage vollkommen. Der Fortschritt der Schmerzmedizin in diesen Jahrzehnten war enorm. Es gibt eine reiche und sehr bunte Palette aus Schmerzmitteln zentraler und peripherer Wirkungen, sowie unterschiedlichster Medikamente, die zwar keine unabhängige schmerzlindernde Wirkung haben, aber die Effekte der Schmerzmedikation beliebig modifizieren und potenzieren können. Für die allerschlimmsten Fälle gibt es auch Schmerzchirurgie. Heute kann jeder Patient völlig schmerzfrei eingestellt werden, und zwar bei vollem Bewusstsein. Endlich kann die Menschheit stolz sagen: Unheilbare Schmerzen gibt es nicht! Andere quälende Symptome des Sterbens wie Atemnot oder Husten können zwar noch nicht immer behoben, aber wesentlich gelindert werden. Dennoch leiden immer noch viele Sterbende auch in Deutschland an starken Schmerzen. Woran liegt es?
Es gibt zwar keine unerträglichen Schmerzen mehr, aber wohl inkompetente Ärzte. Die Deutsche Gesellschaft für Schmerzmedizin beschwert sich seit Jahrzehnten über die mangelnde Ausbildung der Mediziner auf dem Gebiet Schmerz. Die Dosis von Medikamenten werden systematisch unterboten, die Angst vor Nebenwirkungen wie z.B. Medikamentensucht übertrieben, die von Experten entwickelten Schemata nicht beachtet. Die Ursachen sind nicht nur unzureichende Kenntnisse, sondern eine falsche Einstellung gegenüber Schmerztherapie als Therapie zweiten Ranges. Nach dem vorherrschenden kurativen Paradigma ist die Medizin dafür da, Krankheiten zu heilen; wenn dies nicht mehr möglich ist, erklärt sich die kurative Medizin für nicht mehr zuständig. Innerhalb dieser Philosophie hat die Schmerztherapie nur einen bescheidenen Platz, weil sie nicht heilt, sondern lediglich Symptome beseitigt! Wenn die kurative Medizin keine Heilungsmöglichkeit mehr sieht, bleibt ihr nur die Kapitulation. Notwendig ist daher der Wechsel vom kurativen zum palliativen Paradigma, dessen Ziel es nicht ist, das Leben des Patienten unbedingt zu verlängern, sondern seine Tage angenehm und nach Möglichkeit auch glücklich zu machen. Die Alternative, entweder den Tod trotz des Leidens mit allen Mitteln zu bekämpfen, oder aufzugeben, ist falsch. Die dritte, dem kurativen Paradigma unbekannte Option heißt: Beim Sterbenden dabei zu sein, seine Leiden zu behandeln und ihn auch in seinen letzten Stunden das Leben genießen zu lassen.

Das unerträgliche Leiden der Sterbenden ist keine Strafe Gottes, sondern das Ergebnis einer falschen Einstellung. Das Gebot „die Medizin soll keine Symptome, sondern die Krankheit an ihrer Wurzel behandeln" erweist sich in vielen Fällen als Denkfehler. Aber es gibt kaum etwas Törichteres, als sich töten zu lassen, nur weil man Denkfehler gemacht hat. Mit diesem Schluss verlassen wir die Medizin, um nach weiteren folgeschweren Irrungen in der Psychologie und – noch tiefer – in der Philosophie zu schauen.

Autonomie

Das Recht eines Patienten, zum beliebigen Moment seinen Tod aufzufordern, wird oft als Patientenautonomie bezeichnet. Interessant ist allein schon die Frage, warum diese Autonomie erst angesichts des Todes anerkannt wird. Auf den ersten Blick scheint es natürlich, dem Patienten in Namen der Autonomie mehr Rechte in seinen täglichen Geschäften zu geben, z.B. in der Wahl des Arztes oder der Krankenversicherung. Aber nein: Wenn er andauernden Husten hat, so reicht seine hochgepriesene Autonomie nicht aus, dass er sich selbständig an einen HNO-Spezialisten wendet; erst sein Hausarzt darf ihn an diesen überweisen. Für einen Versicherungswechsel, bei dem er ein paar Euro weniger zahlen oder ein paar Leistungen mehr bekommen würde, ist er nicht autonom genug. Erst wenn er sich töten lassen will, da wird er plötzlich völlig autonom und von allen Mächten unabhängig.
Auch merkwürdig ist die Asymmetrie zwischen den zwei möglichen Richtungen autonomer Entscheidungen. Rein formell gesehen kann die Entscheidung „ich will weiter leben" genauso autonom getroffen werden wie „ich will nicht mehr leben". In der Praxis ist die Lage aber asymmetrisch. Der Ausdruck „in Würde sterben" erscheint in den Medien viel häufiger als „in Würde leben". V.a. im Fernsehen wird hauptsächlich über die autonomen Entscheidungen von Patienten für das Ableben diskutiert, nicht über die Entscheidungen zum Weiterleben, als ob die Entscheidung zur Lebensfortsetzung den autonomen Willen nicht bewiese. Aus hochkarätigen Sendungen wie z. B. Quarks & Co „Sterbehilfe – Ein Ende in Würde?" (18.10.2011) entsteht der Eindruck, dass schwerkranke Patienten zum Weiterleben immer von jemand anderem gezwungen werden und erst dann ihren „wahren" Willen zeigen, wenn sie ausdrücklich sterben wollen. In anderen Worten wird der autonome Wille des Patienten erstaunlicherweise immer dann gefragt, wenn dieser Wille mit Kürzung der Leistungen und daher mit Sparen von Gesundheitskosten übereinstimmt; honni soit qui mal y pense.
Der Begriff der Autonomie wurde wesentlich von Immanuel Kant geprägt, der sie als Fähigkeit vernunftbegabter Wesen (Menschen), für sich selber Gesetze festzulegen, allen anderen Wesen (z.B. Tieren oder Sternen) gegenüberstellte, die „heteronom" sind, d.h. sich den Gesetzen unterwerfen, die ihnen von außen (von der Natur)

Prof. Dr. Boris Kotchoubey während seines Vortrags beim 10. MAIK - Münchener Außerklinischer Intensivkongress

aufgezwungen werden. Aus diesem Autonomiebegriff zog Kant die Schlüsse, die mit der aktiven Sterbehilfe absolut unvereinbar sind.
Die Fähigkeit zur Selbst-Gesetzgebung, so Kant, schließt ihre eigene Erhaltung und Entwicklung ein. Ein Vernunftwesen kann nicht wünschen, unvernünftig zu werden, denn dieser Wunsch wäre unvernünftig und zeigte, dass das Wesen eben nicht vernünftig ist. Genauso wenig kann sich ein autonomes Subjekt ein Gesetz geben, nach welchem es aufhören würde, autonom zu sein. Ein solches Gesetz wäre ein Paradox und höbe die Autonomie auf. Da ein Toter selbstverständlich nicht autonom sein kann, kann schon per Definition kein autonomes Subjekt seinen Tod wünschen. Das bedeutet natürlich nicht, dass ein Mensch seinen Tod nicht wünschen kann. Das bedeutet nur, dass er sich in dem Augenblick, in dem er unter dem Einfluss von Enttäuschungen, Krisen, existenziellen Katastrophen oder eben unheilbaren Krankheiten seinen Tod wünscht, nicht mehr wie ein autonomes Subjekt verhält. Man kann seine Lage verstehen und seinen Wunsch nachvollziehen. Man kann ihn aber nicht autonom nennen. Seine Entscheidung, sein Leben zu beenden, ist gerade von den o.g. Faktoren (Krisen usw.) bestimmt, das heiß: fremdbestimmt. Diese Schlussfolgerung kann von keinen empirischen Tatsachen widerlegt werden, sie ist ein Ergebnis einer logischen Konzeptanalyse: Sterbewunsch eines autonomen Subjekts ist laut Kant undenkbar.
Eine politische Analogie macht diesen Gedanken klar. In einer Republik beschließt das frei und demokratisch gewählte Parlament, sich selbst aufzulösen, die republikanische Ordnung, die demokratischen Regeln und alle bürgerlichen Freiheiten abzuschaffen und die volle Macht an einen absoluten Diktator abzugeben. Würden wir nun mit reinem Gewissen diesen Parlamentsbeschluss frei und demokratisch nennen? Aber wenn nein, wenn wir in der Selbstvernichtung einer autonomen sozialen Ordnung einen Verstoß gegen diese selbe Ordnung sehen, warum gilt nicht dasselbe auch für ein einzelnes autonomes Subjekt, eine menschliche Person?

Patienten und Angehörige

Eines der besten Kunstwerke, die je für das Recht der Mediziner, einen unheilbar Kranken frühzeitig zu „erlösen“, geschaffen wurde, war der Propagandafilm von W. Liebeneiner „Ich klage an“ (1941). In diesem Film rettet Dr. Lang ein schwerkrankes Mädchen – aber das Gehirn des Mädchens ist irreversibel gestört. Einige Monate später besucht Dr. Lang die kleine Gertrude (so heißt das Mädchen) in der Anstalt, in der sie ihr „völlig idiotisches“ Dasein führt. Wir sehen, wie er in die Station hinein geht und wie er nach einigen langen Sekunden wieder herauskommt. Unbeschreibliches Schrecken steht auf seinem Gesicht. Was er in der Hölle dieser Station gesehen hat, sehen wir nicht, aber uns wird klar, dass es ein unfassbarer Horror gewesen sein musste. Nach kurzem Schweigen fragt er den Anstaltsleiter: „Wie können die Schwestern das aushalten?“, bekommt aber keine Antwort.
Dr. Lang, so scheint es, hat wie Dante eine Hölle erlebt, aber im Gegensatz zu Dante sagt er zum Erlebten kein Wort. Wir begreifen, wie furchtbar das Leid des Doktors war, als er das von ihm einst „gerettete“ Mädchen sah. Ob das Mädchen selbst leidet, wissen wir nicht.
Somit illustriert die Episode im Film noch eine folgenschwere Irrung: Die Verwechslung zwischen dem „unerträglichen Leid“ der Patientin einerseits und sonstiger Betroffener andererseits. Ist es ein furchtbarer Zustand, ein hilfloser, auf Geräte angewiesener Patient zu sein? Oder ist es vielmehr ein furchtbarer Zustand, einen solchen Patienten zu sehen?
Untersuchungen zu diesem Thema gibt es in großer Menge. Man verglich unheilbar kranke, todgeweihte Menschen im Zustand vollständiger Hilfslosigkeit, aber im klaren Bewusstsein, ihre Angehörigen und die behandelnden Mediziner. Wie fühlen sich diese Patienten, wie

gut ist ihre Stimmung in ihrem für die Gesunden furchterregenden Zustand, wie hoch ihre Lebensqualität? Das Ergebnis dieser Studien war eindeutig. Die anderen schätzen die Lebensqualität von Patienten viel niedriger ein als die Patienten selbst. Die letzteren sind mit ihrem Leben und ihrer Lage viel zufriedener, ihre Stimmung ist wesentlich besser, als ihre Umgebung sich vorstellen kann.

Aber die Angehörigen bewerten nicht nur die Lebensqualität der Patienten schlechter als die Patienten. Auch die eigene Lebensqualität der Angehörigen ist niedriger als die der Patienten. Je höher die Belastung der Angehörigen in der Pflegesituation, je schlechter ihre eigene Stimmungslage ist, desto niedriger bewerten sie die Stimmung und die Lebensqualität des Patienten. Zwischen ihrer Einschätzung der Lage des Patienten und der Meinung des Patienten über seine eigene Lage besteht jedoch kein Zusammenhang; ebenfalls keiner zwischen der Lebensqualität eines Patienten und dem Grad seiner körperlichen Beschwerden. Patienten mit sehr schweren und schwersten körperlichen Behinderungen können mit ihrem Leben zufriedener sein, als die mit mittelschweren Behinderungen. Eine schwere Krankheit oder Behinderung als solche verursacht schlechte Lebensqualität nicht.

Die Umgebung eines Schwerkranken leidet oft viel schlimmer, als der Kranke selbst. Das Schlimmste ist aber, dass die Umgebung in der Regel keine Möglichkeit hat, ihr Leid offen auszudrücken. Im Mittelpunkt des Geschehens steht natürlich der Patient, um ihn kümmern sich die Medizin und die Gesellschaft. Ein Angehöriger, der sagt (oder bloß denkt), dass er seine Last nicht mehr tragen kann, erntet kein Verständnis, auch seitens des eigenen Gewissens. Er wird den Vorwürfen und Selbstvorwürfen ausgesetzt, er sei egoistisch, kaltblütig, gefühllos und denke nur an seine Unannehmlichkeiten statt an seinen kranken Verwandten. Die wahre Tragödie besteht nicht darin, dass das Leben des Pflegenden sehr schwer ist, sondern darin, dass diese Schwere auch nicht anerkannt wird, indem seine Beschwerden im Kontrast stehen mit dem Ideal eines selbstlosen Fürsorgers, der sein eigenes Leben für einen Kranken opfert. Seine emotionale, körperliche, moralische und nicht zu vergessen finanzielle Belastung, die er zugunsten des Kranken immer in den Hintergrund stellen soll, seine eigene Hilflosigkeit projiziert er auf den Kranken und schreibt seine niedrige Lebensqualität diesem zu.

Das ist die Lage, die die Gesellschaft, will sie ihren Schwerkranken helfen, ändern soll. Der geschlossene Kessel negativer Emotionen der Pflegenden muss ein Ventil bekommen. Unterstützungsgruppen, in denen die Angehörigen der Schwerkranken über eigene – nicht der Kranken – Probleme sprechen könnten, würden keine erheblichen Kosten verursachen, den Pflegeprozess aber wesentlich entlasten. Nur der Angehörige kann den Patienten zuverlässig unterstützen, der von der Gesellschaft und v.a. vom behandelnden Arzt als Person mit eigenem Leben, eigenen Lebensplänen und eigenen Lebensschwierigkeiten wahrgenommen wird und nicht als der, dessen einzige Pflicht in der Sorge für den Patienten besteht. Auch wenn so ein Angehöriger sagt, dass er die Situation nicht mehr ertragen kann und manchmal seinem Vater oder seiner Mutter den Tod wünscht, so ist es noch immer besser, als diesen selben Todeswunsch dem Patienten zuzuschreiben. Die Todeswünsche der Patienten sind sehr oft versteckte und interiorisierte Wünsche ihrer Umgebung. Was bedeuten also diese Todeswünsche?

Mensch und Maschine

„Lieber sterbe ich, als diese Situation weiter zu ertragen!“ Fast jeder von uns hat mal einen solchen Aufschrei von einem Bekannten oder Verwandten gehört; einige haben ihn sogar selbst ausgerufen. Kein normaler Mensch kann diese Aussage missverstehen. Sie ist ein verzweifelter Hilferuf. Nur in einem sehr schlechten Witz könnte man sich jemanden vorstellen, der hört, wie sein Freund schreit: „Ich kann nicht mehr, lieber den Tod!“, und seelenruhig antwortet: „Alles klar, du willst also den Tod. Dann muss dein Wunsch erfüllt werden“ – und seinem Freund Zyankali in den Tee einschenkt.

Der Grund, warum wir den angeblichen Todeswunsch einer gesunden Person zweifelsfrei als Hilferuf erkennen, ist, dass wir uns mit dieser Person identifizieren und sie menschlich verstehen. Vom grundsätzlichen Unterschied zwischen der menschlichen und der maschinellen Rationalität hat oft Norbert Wiener, der Begründer der Kybernetik, gesprochen und u.a. die folgende Geschichte erzählt. Ein Wissenschaftler erfindet eine Maschine, die jedem drei beliebige Wünsche sofort erfüllen kann. Als er seine Erfindung seinem Freund zeigt, sagt dieser gleich: „Ich will Millionär werden!“ Sofort klingelt es an der Tür, und ein Versicherungsangestellter tritt ein. Er sagt dem Mann, dass seine geliebte Tochter bei einem Unfall umgekommen ist, dass sie kurz davor eine Lebensversicherung abgeschlossen hatte, und dass der Mann jetzt eine Million Dollar bekommen kann. Verzweifelt schreit der unglückliche Vater: „Nein! Ich will jetzt meine Tochter wieder sehen!“ Wieder klingelt es an der Tür, und die Mitarbeiter einer Beerdigungsfirma tragen den offenen Sarg mit der toten Tochter hinein. Dem Mann bleibt nun der dritte Wunsch, der lautet: „Ich will, dass meine zwei vorigen Wünsche ungültig sind.“

Jedem Menschen, der anstelle der Maschine in der Lage wäre, drei Wünsche zu erfüllen, wäre vollkommen klar, dass „Ich will eine Million“ bedeutet „Ich will eine Million ohne große Opfer“. Der Wünschende müsste den zweiten Teil des Satz nicht aussprechen, er ist absolut selbstverständlich. Wenn ein Mensch einen anderen Menschen darum bittet, ihm aus der Küche ein Glas Wasser zu bringen, und wenn in der Küche zwei Gläser je 200 ml stehen, das eine halb voll Wasser, das andere voll Schnaps, dann bringt ihm der andere selbstverständlich nicht den Schnaps. Aber genau das würde ein Roboter machen, denn 200 ml Schnaps beinhalten ca. 125 ml Wasser, und 125 > 100.

Aber bei schwerer körperlicher oder geistiger Behinderung des anderen versagt bei uns dieses menschliche Miteinandersein. Wenn der um Hilfe Schreiende z.B. querschnittgelähmt ist, so ändert sich unsere Wahrnehmung, und wir werden zu den Maschinen, die die Worte des anderen mechanisch nehmen, und wundern uns, wenn uns ein Missverständnis vorgeworfen wird. Was für Missverständnis? Wenn einer sagt, er wolle den Tod, dann geben wir ihm, was er will. Das ist so einfach wie 125 > 100.

Aus verständlicher Angst vor schweren Krankheiten und dem Tod hören wir auf, menschlich zu kommunizieren, und schalten auf formell-mechanische Informationsverarbeitung um. Trotz des rationalen Scheins ist dies ein

völlig irrationaler Abwehrprozess, denn die Annahme, dass derselbe Satz im Mund eines körperlich gesunden Menschen „ich will leben!“ bedeuten kann, im Mund eines Schwerkranken aber „ich will sterben!“ bedeutet, beruht auf keinem logischen Grund.
Eine Krankheit kommt nicht allein. Ein Schwer-(oder gar Tod-)kranker verliert seine soziale Stellung, seinen Job, seine Beziehungen, oft wird er vom Geldbringer zum Schmarotzer, vom Stolz seiner Mitmenschen zu ihrer Last. Ziehen wir jetzt von diesem Krisenkomplex die eigentliche Krankheit ab – es bleibt immer noch genug, um depressiv zu werden und an den Tod zu denken.
Ist es überhaupt für Menschen möglich, völlig vernünftig und emotionslos alle Dafür und Dagegen abzuwägen und auf einer vollkommen rationalen Basis die Entscheidung zu treffen: Ich soll mein Leben jetzt beenden? Ich kann es nicht kategorisch ausschließen. Aber weder ich selbst, noch meine zahlreichen Kollegen, die sehr viel mit Schwerkranken gearbeitet haben, haben je einen solchen Menschen gesehen. In jedem Fall ohne Ausnahme, in dem ein Patient, in welchem körperlichen Zustand auch immer, den Sterbewunsch äußert, lässt sich eine Analyse seiner Lage immer einen Konflikt im sozialen Umfeld finden, der diesem Wunsch zugrunde liegt, in der Regel eine Krise im Bereich der Familie, der Pflegesituation oder des beruflichen Lebens. Wird dieser Konflikt behoben, verschwindet der Sterbewunsch. Wir wissen nicht, womit genau der Sterbewunsch zusammenhängt; unter den begünstigenden Faktoren werden z.B. niedrige Bildung, Kommunikationsschwierigkeiten oder bestimmte Persönlichkeitseigenschaften genannt. Eines ist aber vollkommen klar: Die körperliche Erkrankung bzw. Behinderung als solche (eine komplette Lähmung der sämtlichen Muskulatur inklusive) kann nicht die Ursache des Verlangens nach Sterbehilfe sein.
Wer sich den Tod wünscht, handelt fremdbestimmt. Zu diesem Schluss, den Kant allein durch die philosophische Reflexion über seinen Autonomiebegriff erreichte, kommt jeder durch seine praktische Erfahrung, der mit Schwerstkranken gearbeitet hat.

Ohne Recht auf Fehler

In unserem Leben müssen wir immer wieder Entscheidung treffen. Wir wählen den Bundestag, unseren Bürgermeister, Ehepartner/in, Beruf oder eine Hose beim Schlussverkauf. Was all diese Wahl- und Auswahlsituationen kennzeichnet, ist ihre prinzipielle Umkehrbarkeit und Symmetrie. Ich kann einmal z.B. eine konservative Partei wählen und bei der nächsten Wahl enttäuscht zu den Sozialisten wechseln – oder auch umgekehrt. Der eine ist mit seinem Urlaub auf Mallorca unzufrieden und wählt nächstes Mal lieber Lanzarote; bei einem anderen ist es umgekehrt. Die Symmetrie ist zwar nie vollständig, da eine schlechte Wahl oft zum Verlust wichtiger Ressourcen wie Zeit, Geld oder Freiheit führt, aber sie ist vorhanden. Sogar jemand, der einen Menschen getötet hat – und dieses Menschenleben ist nicht mehr wiederherstellbar! – kann immer noch seine Tat bereuen und versuchen, anderen einen besseren Weg im Leben zu zeigen als den eigenen. Zumindest geistig kehrt man seine Fehlentscheidung um, selbst wenn man sie nicht in der Wirklichkeit umkehren kann.
Der Grund dieser Umkehrbarkeit ist der unlösbare Zusammenhang zwischen Freiheit und Fehlbarkeit. Noch die alten Kirchenväter fragten “Warum lässt Gott Menschen irren, statt sie geradeaus zur Wahrheit zu führen?“ und antworteten: „Weil es logisch unmöglich ist, dem Menschen Freiheit zu geben, ohne ihn irren zu lassen.“ Wer frei ist, muss auch zum Irren frei sein.
Stellen wir uns eine Situation vor, in der unsere Entscheidung auf alle Ewigkeit gelten würde. Ich wähle z.B. die CDU, aber mit der Bedingung, dass ich jetzt immer und bis zum Ende aller Zeiten nur die CDU wählen muss und nie ein kritisches Wort über diese Partei sagen darf. Absurd, sagen Sie? Aber freie Wahl zwischen Leben und Tod ist eine ähnliche Situation. Im Gegensatz zu allen von uns erlebten und überhaupt denkbaren Auswahlsituationen ist sie absolut unumkehrbar und absolut asymmetrisch. Ein Patient, der entschieden hat, weiter zu leben, kann seine Meinung ändern. Ein Patient, der den Tod gewählt hat, kann es nicht.
Dass die meisten geretteten Selbstmörder froh und ihren Rettern dankbar sind, ist bekannt. Damit geben sie zu, dass ihre suizidale Absicht ein Fehler war. Das hat nicht unbedingt damit zu tun, dass diese Menschen in der Regel körperlich gesund sind, denn das gleiche Phänomen wurde auch bei schweren Patienten mit amyotropher Lateralsklerose beobachtet. Das wirklich Überraschende an solchen Befunden ist, dass sie überhaupt jemand überraschen. Bei der Wahl eines Landtagsabgeordneten oder eines Ortsvorstehers, bei der Job- oder Partnerwahl, beim Kauf einer Ware begehen wir immer wieder Fehler, einfach weil wir Menschen sind. Aus diesen Fehlern lernen wir und versuchen, es bei der nächsten Gelegenheit besser zu machen. Warum ausgerechnet bei der Wahl zwischen Leben und Tod, und zwar von einer sich in einer Krise befindenden Person, ein völlig rationaler und fehlerfreier Entscheidungsprozess erwartet wird, ist nicht nachvollziehbar.

Somit haben die Befürworter der Sterbehilfe einen Zaubertrick geschafft, der sogar für den allmächtigen Gott – und zwar nach der Meinung der höchsten Autoritäten in der christlichen Lehre – unmöglich ist! Sie geben einem Kranken die freie Wahl, so aber, dass ihm bei dieser Wahl nur eine einzige Möglichkeit bleibt: In den Tod.

Aber es gibt kaum was Dümmeres, als sich töten zu lassen, nur weil ein anderer nicht gelernt hat, widerspruchsfrei zu denken.

Boris Kotchoubey

Unter dem Titel „Der fremdbestimmte Sterbewunsch“ ist dieser Artikel von Prof. Dr. Boris Kotchoubey in einer Langfassung am 23. Juli 2015 in dem Online-Politikmagazin „Novo. Argumente für den Fortschritt“ erschienen, das zweimal im Jahr ein Magazin in Buchform herausgibt. Der Artikel ist in der Printausgabe Nr. 119 – 1/2015 abgedruckt. Wir danken für die freundliche Genehmigung, diesen Artikel in einer gekürzten Fassung übernehmen zu dürfen.
Mehr zur Langfassung auch unter: www.novo-argumente.com/artikel/der_fremdbestimmte_sterbewunsch.
Im Mai erscheint von B. Kotchoubey zu diesem Thema das Buch „Irrsinn der Sterbehilfe“ (Tübingen Library Publishing).

CareCampBonn – noch ein Kongress für die außerklinische Intensivpflege – aber ganz anders

Vor zwei Jahren traf sich eine kleine Gruppe von ambulanten Intensivpflegediensten zum Erfahrungsaustausch in Bonn. Schnell entstand die Idee, das Arbeitsfeld auch nach außen darzustellen, und zwar unkompliziert, um eventuelle Hemmschwellen gar nicht erst aufkommen zu lassen. Mit dem barrierefreien BaseCamp Hostel Bonn wurde auch eine außergewöhnliche Location gefunden.

Die regionalen Pflegedienste Wentland, PuR, Pflegeteam Bennerscheidt und Intensiver im Leben haben sich dazu entschieden, diese Veranstaltung mit dem Namen „CareCampBonn" gemeinsam durchzuführen. Der Eintritt ist kostenlos. So kamen am 29. Januar 2018 nicht nur 180 Besucher aus der Pflege, sondern auch interessierte Bürger*innen, viele Schüler aus Altenpflegeschulen, Pressevertreter und Politiker*innen, um sich auf eine Reise in die außerklinische Intensivpflege mitnehmen zu lassen. Das CareCampBonn steht von Anfang an unter dem Motto „erleben, anfassen, ausprobieren, mitmachen". Um zu zeigen, welche Bandbreite es in der außerklinischen Intensivpflege gibt, konnten die Besucher einen Trachealkanülenwechsel üben, Alarme an Beatmungsgeräten deuten und hatten Gelegenheit, sich bei LiN (Lagerung in Neutralstellung) positionieren zu lassen. Angeboten wurde auch ein Erzähltheater für Menschen mit Demenz und im Wachkoma, Klangschalenmassage, die Beobachtung von Szenen, wie der psychosoziale Umgang mit Pflegebedürftigen und deren Angehörigen gestaltet werden kann, sowie kleine Gewinnspiele. Die Veranstalter hatten auch für das leibliche Wohl gesorgt. So gab es beim CareCampBonn, das auch Übernachtungsmöglichkeiten in den Wohnmobilen bot, Waffeln, Hotdogs, warme und kalte Getränke. Zum Abschluss fand eine kleine After-Work-Party statt, bei der ein DJ fetzige Musik auflegte. Insgesamt war es ein sehr abwechslungsreicher Tag mit vielen Informationen, Anregungen und Gesprächen. Das 3. CareCampBonn findet am 28.01.2019 statt.

Annette Geißler

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit vom 6. bis 8. Juni 2018 in Berlin und Deutscher Pflegekongress 2018

Pflege bleibt zentrales Thema der Politik

Die Pflege wird zentrales Thema der Regierungspolitik bleiben. Der Bundestag hat zu Beginn der Legislaturperiode über Personalausstattung und Bezahlung in der Pflege debattiert und dringenden Handlungsbedarf konstatiert. Die Große Koalition hat nun bessere Bezahlung und 8.000 neue Fachkraftstellen vereinbart. Sogar von einer „Konzertierten Aktion Pflege" ist die Rede.

Nach wie vor ist jedoch die Ausgestaltung der ab 2019 vorgesehenen Personaluntergrenzen umstritten: Wie sich Krankenhäuser, GKV und PKV einigen werden, ist offen. Wegen Personalnot in der Altenpflege ist ein Streit um die seit langem geltende Fachkraftquote von 50% entbrannt: Denn will eine Pflegeeinrichtung eine zusätzliche Pflegehilfskraft einstellen, muss sie eine Fachkraft finden – doch die gibt es kaum, zehntausende Stellen sind unbesetzt.

Das alles wird den Deutschen Pflegekongress im Juni 2018 in Berlin intensiv beschäftigen. Schwerpunkt wird auch die Digitalisierung sein: Welche Chancen eröffnet sie in der Pflege? Ermöglicht sie Entbürokratisierung? Und: Roboter im Einsatz - bleibt da die Menschlichkeit auf der Strecke? Weitere Kongressthemen sind: neue Ausbildungskonzepte in Pflegeberufen, bessere Rahmenbedingungen für akademisch ausgebildete Fachkräfte und möglichst gute Teamleistungen in Kliniken durch Qualifikations- und Skill-Mixes. Und es wird um Pflegekammern, um die Praxistauglichkeit der 2017 eingeführten Pflegegrade, um Pflegenoten, Gewalt in der Pflege, sektorenübergreifende Versorgungsformen, Demenz und Homecare gehen.

Personalakquise bleibt ebenfalls ein wichtiges Thema: Lockt leistungsorientierte Bezahlung Leistungsträger an? Wie kann sich das Pflegestärkungsgesetz III auf die Gehaltsstruktur in der Pflege auswirken? Der Deutsche Pflegekongress richtet sich an die gesamte Pflege. Hier treffen sich die Kranken- und die Altenpflege, Pflege- und Berufsverbände, Arbeitgeber und Pflegeunternehmer aus dem ambulanten und stationären Sektor sowie Berufsfachschulen und Universitäten zum fach- und disziplinübergreifenden Dialog.

Der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, als dessen Teil der Deutsche Pflegekongress stattfindet, ist die Leitveranstaltung der Gesundheitsbranche. Drei Tage debattieren 8.000 Entscheidungsträger aus Kliniken, Ärzteschaft, Pflege, Apothekerschaft, Politik, Krankenkassen und Wissenschaft im CityCube Berlin - in diesem Jahr mit dem Schwerpunkt „Digitalisierung und vernetzte Gesundheit". Bei rund 150 Einzelveranstaltungen werden über 600 Referentinnen und Referenten auftreten – darunter viele Spitzenpolitiker aus Bund und Ländern, prominente Wissenschaftler und Führungspersönlichkeiten aus allen Institutionen des Gesundheitswesens.

Mehr unter:
www.hauptstadtkongress.de/deutscher-pflegekongress

HAUPTSTADT KONGRESS 2018
MEDIZIN UND GESUNDHEIT
6.–8. JUNI 2018 • CITYCUBE BERLIN

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.

In Zukunft: Fachpflege Stuttgart

FACHPFLEGE STUTTGART
Ein Intensivpflegedienst der Deutschen Fachpflege Gruppe

Wer heute in der Pflegelandschaft nach „Schäfer Care“ sucht, trifft auf eine rundum erneuerte Fachpflege Stuttgart.

Mit der Umfirmierung der Schäfer Care GmbH in die Fachpflege Stuttgart GmbH hat sich die Deutsche Fachpflege Gruppe, deren Tochterunternehmen die Fachpflege Stuttgart ist, für eine klare Kursänderung entschieden und blickt positiv in die Zukunft. „Mit dem Namen ‚Fachpflege Stuttgart‘ bekräftigen wir zum einen unsere solide, vertrauensvolle und verlässliche häusliche Intensivpflege in der Region, zum anderen machen wir unsere Zugehörigkeit zur Deutschen Fachpflege Gruppe deutlich und tragen damit der Unverwechselbarkeit der Dachmarke ‚Deutsche Fachpflege Gruppe‘ Rechnung“, so Kerstin Diefert, Geschäftsführerin der Fachpflege Stuttgart zur eingeschlagenen Richtung.
Die Vorbereitungen für diesen Neuanfang wurden bereits Mitte des vergangenen Jahres getroffen. So steht hinter dem neuen Namen heute ein neues Team mit neuen Strukturen und klar definiertem Versorgungsgebiet im Großraum Stuttgart, Karlsruhe/Baden-Baden und Geislingen/Göppingen. Hoch motiviert ist das neue Team um Kerstin Diefert, die ebenfalls Mitte des vergangenen Jahres die Geschäftsführung der Fachpflege Stuttgart übernahm. Neben ausgewiesener Expertise und langjährigen Erfahrungen in der ambulanten häuslichen Intensivpflege setzt das Team auf Engagement, Herzblut und Leidenschaft in der Betreuung und Versorgung der Patienten.
Mit dem Blick in die Zukunft gerichtet eröffnete pünktlich zum Neuanfang zudem eine neue und sehr besondere Wohngemeinschaft, denn in den Räumlichkeiten des vierten Obergeschosses der Helfensteinklinik Geislingen entstand eine neue Intensiv-Wohngemeinschaft, die für bis zu acht beatmungspflichtige Bewohner ausgelegt und modern ausgestattet ist. Durch die direkte Anbindung an die Klinik ist die Versorgung bei medizinischen Notfällen schnell und sicher gewährleistet. Eine rasche und reibungslose Überleitung der Patienten von der Klinik in die Wohngemeinschaft einerseits, kurze Wege und ein jederzeit abrufbares medizinisches Leistungsspektrum andererseits heben die bestehenden Synergien zusätzlich.

Zoe macht Schule

„Du bist etwas Besonderes!“ Das versuchen alle Eltern mit ihren Kindern zu leben. Die Tatsache, dass man aber so in gar keine Schublade passt, hat uns als Familie in puncto Schule vor einige gar nicht so kleine Herausforderungen gestellt.

Es ist eine Tatsache, dass es wenige Menschen gibt, die körperlich so sehr eingeschränkt sind wie unsere Tochter und dabei geistig keinerlei Einschränkungen haben. Das bedeutet auch, dass es zumindest in unserem ländlichen Raum keinerlei Angebote für solche Menschen gibt.
Zoe war vor dem Autounfall in einer Krippe im Nachbarort und war damals zwei Jahre alt. Nach einem knappen Jahr Klinik und noch einem Jahr „ins Leben zurückfinden“ zu Hause, stellte sich die Frage, wie Zoe wieder soziale Kontakte aufbauen, gefördert werden, spielen und lernen konnte.
Zuerst probierten wir eine Einrichtung für Körperbehinderte aus. Eine SVE in einer sog. K-Schule. Wir durften dort engagierte, warmherzige Menschen kennenlernen. Zoe fühlte sich mit den Betreuern, Therapeuten und anderen Kindern wohl. Dennoch bemerkten wir nach einer kurzen Zeit, dass sich Zoe langweilte. Alle K-Schulen in unserer Umgebung haben eine Klientel, das körperbehindert und meist auch auf irgendeine andere Weise eingeschränkt ist. Es sind tolle Orte, wo die Kinder gut gefördert werden. Zoe hat es aber überfordert, dass man z.B. im Morgenkreis eine halbe Stunde mit der Vorstellungsrunde beschäftigt war – sie war schlicht gelangweilt.
Hier begannen wir zu begreifen, dass Inklusion für uns ein Thema werden würde. Zoe braucht den geistigen Anspruch einer Regelschule, verbunden mit der Rücksicht auf ihre erhöhten Fehlzeiten und hohen Bedarf an Hilfsmitteln.
Es traf sich gut, dass der Rest der Familie (Bruder und Vater) an die Montessorischule Eggenfelden wechselte. Zoe wechselte einfach mit in das Montessori Kinderhaus und fand dort ein ganzheitlich orientiertes Team, das schon Erfahrung mit Inklusion hatte und sie gerne und engagiert aufnahm. Bereits nach einem Jahr war klar, dass Zoe mehr wollte. Sie wollte lernen, sie wollte in die Schule. Also haben wir Zoe mit gut fünf Jahren vorzeitig eingeschult.
Hier machte sich der fließende Übergang innerhalb der gleichen Einrichtung positiv bemerkbar. Zoe wurde über Wochen ermöglicht, in die neue Klasse zu schnuppern, sich Material auszuleihen und die künftigen Mitschüler kennenzulernen. Außerdem hatten wir das Glück, dass die Integrationsbetreuerin, die Zoe bereits im Kindergarten sehr liebevoll und intensiv unterstützt hatte, mit ihr zusammen in die Schule wechselte.
Zoe ist seit dieser Zeit in Begleitung zweier Erwachsener in der Klasse. Einerseits die Schulbegleitung, die praktisch Zoes Hände ersetzt und ihr im Schulalltag zur Seite steht, andererseits eine Krankenschwester unseres Pflegedienstes. Dem Bezirk Niederbayern mussten wir nach der erstmaligen Ablehnung begreiflich machen, dass es zwei klar getrennte Arbeitsbereiche gibt. Die medizinische Pflege und die Beobachtungspflege, für die die Krankenschwester zuständig ist - Überwachung der Vitalzeichen, das Thema Beatmung, Mobilisieren, Katheterisieren, etc... Die Schulbegleitung ist hingegen für alle schulischen und pädagogischen Belange zuständig – sie ist Zoes Hand und Mund (wenn nötig), leistet also Hilfestellung bei allen Unterrichtssituationen und, wenn nötig, auch in Bezug auf soziale Kompetenzen.
Ein weiterer Punkt, der uns viel Kraft und Arbeitsaufwand gekostet hat, ist der Schultransport. Die ersten Jahre haben wir den komplett privat organisiert, d.h. Zoe wurde von uns Eltern täglich 35 km zur Schule gefahren und mittags nach Hause. In dem Maße, in dem sich der Stundenplan der zwei Kinder und des Vaters auseinanderentwickelten, z.B. weil auch Zoe an Nachmittagsangeboten teilnehmen wollte, wurde diese Situation untragbar. Unser Antrag auf Kostenübernahme des Schultransports traf auf die Rechtssituation, dass diese Kosten in Bayern zu diesem Zeitpunkt nur für den Schulweg an eine staatliche Schule übernommen wurden und nicht an Privatschulen.

Zoe Haringer vor ihrem Monitor

Diese Situation war nicht nur für uns unbefriedigend, sie war für den Staat Bayern zudem finanziell von Nachteil. Die Fahrkosten zur K-Schule Passau mit einer Wegstrecke von 50 Kilometern, wären übernommen worden, die Kosten für eine Fahrt von 35 Kilometern nach Eggenfelden wurden es nicht. Trotzdem befinden wir uns in einem Rechtsstaat und die Beamten des Bezirks können hier nicht nach Gutdünken im Einzelfall entscheiden. Wir mussten also irgendwie einen Entscheider der oberen Ebene erreichen, wussten aber nicht, wie wir das machen sollten. Geschafft haben wir es schließlich, als wir unser Leid bei einem Redeauftritt in der Fernsehsendung „jetzt red i!“ geklagt haben. Wir hatten es geschafft, nach der Sendung mit einem Staatssekretär aus dem Kultusministerium ins Gespräch zu kommen und unsere Situation zu schildern. Wir hatten das Glück, dass wir hier einen Menschen getroffen haben, der die Situation verstand, uns ernst nahm und versprach, sich darum zu kümmern.

Jetzt wurden alle nötigen Schritte unternommen. Man stellte staatlicherseits den Bedarf fest (neben uns hatte auch noch eine Bildungseinrichtung in München entsprechende Anträge gestellt), sah wohl auch, dass dem Freistaat hier keine exorbitanten Kosten entstehen würden, da es sich um Einzelfälle handelt und musste festlegen, wie der Ablauf gestaltet werden sollte. Danach konnte die Gesetzesänderung im Zuge eines Nachtragshaushaltes verabschiedet werden. Seitdem werden die Kosten für den regulären Schulweg von Zoe auf unseren Antrag hin jährlich der Schule erstattet. Abgewickelt wird dies von einem sehr zuvorkommenden Bezirk Niederbayern, mit dem wir mittlerweile sehr gut zusammenarbeiten.

„Wie lernt Zoe?“

Wir müssen voranstellen, dass Zoe mittlerweile in die 5. Klasse geht und sich schon einiges erarbeitet hat. Sie hat also fünf Jahre Entwicklung hinter sich, in der sie immer wieder vor neuen Herausforderungen stand und auch immer wieder auf der Suche nach geeigneteren Hilfsmitteln war.

Am Anfang der ersten Klasse hat sich Zoe sehr viel, zusammen mit ihrer Integrationskraft, mit dem Montessorimaterial beschäftigt. Sie hat Buchstaben mit dem Mund nachgespurt und auch mathematisches Material kennengelernt. Unsere Tochter hat auffällig viel durch Beobachtung gelernt. Ihr war es möglich, durch genaues Beobachten der Kinder in deren Arbeit mit dem Montessori Material, die gleichen Gedankenschritte zu vollziehen und zu ähnlichen oder gleichwertigen Erkenntnissen zu gelangen.

Bereits in der Klinik hatten wir den Augensteuerungscomputer Tobii Eye kennengelernt und diesen auch finanziert bekommen. Zoe wollte in der Schule jedoch nur sehr wenig damit arbeiten, da durch ihre Augenfehlstellung das Ansteuern des Computers sehr schwer bis unmöglich war. Zudem ist unserer Meinung nach die Umgebung Schule mit vielen ablenkenden Reizen nicht ideal für eine Augensteuerung, da man enorm konzentriert arbeiten muss und den Blick nicht schweifen lassen kann. So war die Begeisterung eher spärlich, sich mit diesem Gerät auseinanderzusetzen. Zudem war Zoe noch zu jung, um dieses Hilfsmittel, das ja auch Kommunikationsmöglichkeiten z.B. durch ein integriertes Telefon und eine Umfeldsteuerung beinhaltet, zuhause wirklich nutzen zu können. Hier zeigte sich leider schnell, dass wir nicht von Zoes Bedarf ausgegangen waren, sondern uns von unserer eigenen Begeisterung für Möglichkeiten haben hinreißen lassen, die wir unserer Tochter einfach gewünscht hatten.

Lange überlegten wir, wie sich unsere Tochter, wenn möglich interaktiv, also auch mit einem Lernpartner, mit Unterrichtsmaterialien beschäftigen könnte. Wir entschieden uns schlussendlich für einen All-in-One PC mit einem Touchscreen, den Zoe mit der Mundmaus „Integramaus“ bedient. Die Vorteile hierbei sind, dass der PC

Zoe Haringer beim Lernen

jetzt endlich leistungsfähig genug ist, um alle Programme betreiben zu können. Mitschüler können recht einfach mit Zoe an dem großen Bildschirm arbeiten und Zoe fällt die Steuerung der Mundmaus viel leichter als die Augensteuerung. Ein Nachteil ist, dass wir zwei solcher PCs kaufen mussten, da diese nicht transportabel sind. Außerdem sind sie keine Hilfsmittel und werden dadurch nicht von der Krankenkasse übernommen.
Mit einem aktuellen PC ist es aber nicht getan. Jedes Kind braucht dem Alter und seinem Lernstand entsprechendes Lernmaterial. Zoe braucht dieses digital. Hier sind wir irgendwann auf das Programm Multitext gestoßen. Zoe kann hier eigene Rechen- und Schreibaufgaben am PC bearbeiten und mehr noch: Das Programm ist so etwas wie eine digitale Schultasche für Zoe. Alle großen Schulbuchverlage arbeiten mit der Firma hinter Multitext zusammen. Das bedeutet, dass man so gut wie jedes aktuelle deutsche Schulbuch bei den Verlagen in digitaler Form erwerben kann oder teilweise kostenlos zur Verfügung gestellt bekommt. Eine der wichtigsten Funktionen des Programms ist, dass man in Minutenschnelle Arbeitsblätter der Klasse einscannen und für Zoe bearbeitbar machen kann. Der Lehrer muss also nicht immer für Zoe eigenes Material adaptieren und entwickeln. Die Schulbegleiterin scannt einfach die „normalen“ Arbeitsblätter der Klasse für Zoe ein und macht diese mit wenigen Mausklicks für Zoe in „Multitext“ bearbeitbar – eine riesige Zeitersparnis. Das Programm ist zudem darauf ausgelegt, dass mittels eines USB Sticks der Arbeitsstand auf mehreren Computern abgeglichen werden kann. Es ist also praktisch nahtloses Weiterarbeiten zuhause und in der Schule möglich.
Im Moment erarbeiten wir uns Möglichkeiten, wie Zoe schnell lange Texte verfassen kann. Hier zeigt sich nämlich immer deutlicher ein Nachteil der Integramaus: Ihre relative Langsamkeit beim Tippen von Texten. Wir experimentieren gerade mit professioneller Diktiersoftware, genauer „Dragon Professional Individual“. Zoe kann hier zwar nicht an ihrer Rechtschreibung arbeiten, da das Programm natürlich richtig schreibt, dafür kann sie aber relativ schnell längere Texte verfassen. Wir stehen hier aber noch am Anfang. Es ist für Zoe nicht immer leicht, laut und deutlich genug zu sprechen, um das Gewünschte zu schreiben. Zuhause übernimmt oft noch die Krankenschwester oder einer von uns Eltern die Funktion des Schreibers. In der Schule ist es auch schwierig, ein laut sprechendes Kind in einem Klassenzimmer ohne zu viele Hintergrundgeräuschen zu haben. Zoe bräuchte also für diese Arbeit zeitweise einen Rückzugsraum. Hier werden die nächsten Jahre noch einige Herausforderungen oder auch Änderungen auf uns zukommen.

„Alles lernen, oder was?“

Schule ist aber nicht nur ein Lernort, sondern auch ein Ort, an dem man Beziehungen erfährt und einübt, sowie ein Ort, an dem man ganz einfach einen großen Teil seines Tages verbringt.
Die soziale Komponente wurde in Zoes Fall von Anfang an mit viel Feingefühl von den beiden Schulbegleitungen, die wir bisher hatten, unterstützt. Natürlich hatten wir als Eltern Angst, unsere Tochter könnte keinen Anschluss finden und würde unter dieser Situation leiden. All unsere Ängste haben sich nicht erfüllt, mehr noch, wir können sagen, dass Inklusion in Zoes Fall fast bestmöglich umgesetzt wurde und wird. Zoe hat Freunde gefunden, die, wie bei jedem anderen Kind auch, einmal wechseln. Sie zeigt ihrem Alter entsprechendes Sozialverhalten, ärgert auch einmal ihre Lehrer oder Krankenschwestern. Kurz: Sie lebt ein erfreulich normales Schulleben, lernt und lacht mit ihren Mitschülern, ist selbstverständlicher Teil ihrer Klasse, nimmt an Nachmittagsangeboten und Veranstaltungen teil, spielt Theater, war auch schon Klassensprecher…

Zoe Haringer

Schule kann in Zoes Fall aber auch nur gelingen, wenn ihren körperlichen Bedürfnissen entsprochen wird. Der Erste Hilfe Raum wurde in unserem Fall umgewidmet, damit Zoe einen Raum hat, wo sie katheterisiert werden und sie sich auch einmal in der Mittagspause hinlegen kann. Wir haben auch ein Stehbrett in der Schule, weil wir es ganz einfach nicht schaffen, das zeitlich noch in unseren Nachmittag zu integrieren. Zudem ist es uns erlaubt, dass zwei Mal wöchentlich ein Physiotherapeut in die Schule kommt, um mit unserer Tochter eine Stunde Atemtherapie zu machen.
Wir sind überzeugt davon, dass jeder dieser Punkte zum Gelingen und letztendlich dazu beigetragen hat, dass aus unserer Tochter mit 10 Jahren dieser selbstbewusste, selbstbestimmte und fröhliche Mensch geworden ist, der sie ist. Das alles war und ist nur möglich mit einer Handvoll Menschen, die mit Herzblut und Feingefühl Zoe zur Seite stehen und Lösungen finden, wo vorher Probleme waren. In diesem Sinne freuen wir uns auf die nächsten Jahre und sind neugierig, wo die Entwicklung hingehen wird.

Bettina und Jochen Haringer

Case Management und familiäre Nachsorge in der ambulanten Kinderintensivmedizin

Über Case Management und familiäre Nachsorge in der ambulanten Kinderintensivmedizin schrieb Dr. Alexander Schwandt in seiner Facharbeit, die er im Rahmen seines Studiengangs Pflegemanagement (B.A.) an der Hamburger Fern-Hochschule einreichte. Der Autor ist Geschäftsführer des Kinderintensivpflegedienstes Gänseblümchen GmbH & Co KG in Berlin.

Case Management ist seit vielen Jahren ein etabliertes Konzept zur Effizienz- und Effektivitätssteigerung in der Pflege (Tophoven, 1995, S. 162). Mit der Reform der deutschen Pflegeversicherung und im Rahmen der Pflegeweiterentwicklungsgesetze wurden flächendeckende Case Management-Strukturen zur Verbesserung der Koordination und Kooperation in der Pflege eingeführt (Klie & Monzer, 2008, S. 92 ff.). Dabei geht es primär um die Vernetzung und Optimierung der Kommunikation der an der Pflege beteiligten Akteure – Kostenträger, Leistungserbringer, Freiwilligenorganisationen, Familien und die unterschiedlichen an Pflegeaufgaben beteiligten Berufsgruppen. Sowohl mit seinen verschiedenen Rollen auf der Fall-, Organisations- und Systemebene, sowie den Funktionen als Gatekeeper, Broker oder Advokat erfüllen die Case Manager wesentliche Schlüsselfunktionen im gesamten System der Gesundheitsversorgung und im Sozialwesen (Klie & Monzer, 2008, S. 98); (Meinhold, 2002, S. 509 ff.).
Sowohl auf der Seite der Krankenkassen, als auch im stationären Bereich wurden Strukturen zur Umsetzung der Case Management Konzepte etabliert (Wendt, 2015, S. 686). Trotz der weiten Verbreitung des Case Managements, existiert derzeit noch eine besonders evidente Versorgungslücke im ambulanten, intensivmedizinischen Bereich – der ambulanten Kinderintensivpflege. Die komplexen Krankheitsbilder, das weitreichende Netzwerk an medizinischen, therapeutischen und pflegerischen Ressourcen und der schnelle und permanente Wandel der Behandlungsbedarfe (Bspw. Weaning bei Frühgeborenen) macht eine komplexe Behandlungssteuerung zwingend erforderlich (Jalowy & Wiedmayer, 2012, S. 123 ff.).
Nachfolgend wird die Notwendigkeit der Einführung des Case Managements für die Optimierung der familiären Nachsorge in der ambulanten Kinderintensivmedizin erörtert und ein Konzept eines Case Managements, inklusive der Analyse der Aufgaben und Funktionen anhand der zentralen Case Management Ziele, entwickelt. Eine Betrachtung der rechtlichen Rahmenbedingungen, sowie der Finanzierungsmöglichkeiten rundet den praxisorientierten Konzeptentwurf für die Einführung des Case Managements in der ambulanten Kinderintensivmedizin ab. Die abschließende theoretische und praktische Evaluation des entwickelten Konzeptes ermöglicht Rückschlüsse und Schlussfolgerung für die zukünftige Weiterentwicklung der Konzeptidee.

Begriffserklärung Case Management
Case Management wird als ein kooperativer Prozess mit denen am Pflegeprozess beteiligten Akteuren verstanden, bei dem die Versorgungsbedarfe und Dienstleistungen erhoben, geplant, implementiert, koordiniert, überwacht und evaluiert werden (Schmid, Meyer-Lutterloh, Weatherly, & Seiler, 2008, S. 72). Case Management ermöglicht die kontinuierliche Verbesserung und Optimierung des Pflegeprozesses, die Weiterentwicklung von Pflegestandards und eine qualitativ hochwertige Patientenorientierung (Flarey, 1996, S. 4). Man unterscheidet zwischen der Einzelfallebene, der Organisationsebene und der Versorgungssystemebene (Klie & Monzer, 2008, S. 92 ff.).
Auf der Einzelfallebene werden im Case Management (Ewers & Schaeffer, Case Management in Theorie und Praxis, 2000) die folgenden Funktionen unterschieden, welche im optimalen Fall in einer ausgewogenen Balance zueinanderstehen (Ewers, Case Management - Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung, 1996):

- die „Social Support"-Funktion konzentriert sich auf die soziale Unterstützung inklusive der neuen Aushandlung von Aufgaben, Präferenzen und Lösungsoptionen aller Beteiligten im Zusammenhang mit chronischer Krankheit oder Pflegebedürftigkeit
- die „Advocacy"-Funktion hat die Vertretung der Patienteninteressen im Fokus
- die „Broker"-Funktion umfasst die Vermittlung unterschiedlicher Dienste auch im Sinne eines Maklers zur Optimierung der Gesamtversorgung
- die „Gatekeeping" Funktion beinhaltet die Erschließung des erforderlichen Hilfebedarfs. Im Kern geht es um die Abgrenzung zugänglicher Leistungsbereiche und zulässiger Lösungen von unzulässigen und nicht zugänglichen (Klie & Monzer, 2008, S. 3).

Während im Krankenhaus die Koordination der Dienstleistung („Broker") entlang konkreter Behandlungspfade zur Optimierung der Durchlaufzeiten im Vordergrund steht, liegt der zentrale Fokus im ambulanten Bereich auf der Bereitstellung und Koordinierung von unterschiedlichen Behandlungs- und Unterstützungsoptionen („Social Support und Advovacy") (Schmid, Meyer-Lutterloh, Weatherly, & Seiler, 2008, S. 8).
Für die Adressaten des Case Managements wird eine umfangreiche Situationsanalyse und Bedarfsfestlegung vorgenommen und Ziele und notwendige Maßnahmen werden definiert. Das Case Management ist sowohl für die Initialisierung, Durchführung und Steuerung der Maßnahmen, als auch für die abschließende Evaluation der Ergebnisse verantwortlich (Frommelt, et al., 2008, S. 11).
Auf der Organisationsebene konzentriert sich das Case Management auf die Weiterentwicklung patientenorientierter Versorgungsabläufe und deren Evaluation (Qualitätsmanagement). Dazu richtet das Case Management alle Dienste der Organisation auf das Prinzip der Hilfe aus einer Hand aus. Notwendige Voraussetzung ist dabei, dass:

- der/die Case ManagerIn in der eigenen Organisation zur Koordination aller Dienste autorisiert ist,

- eigene Trägerinteressen sich der adressatenorientierten Hilfe unterordnen,
- die notwendigen Ressourcen zur Durchführung der einzelfallbezogenen Beratungsleistung sowie insbesondere auch zum Aufbau und zur Pflege des Versorgungssystems zur Verfügung gestellt werden (Frommelt, et al., 2008, S. 12).

Auf der regionalen Versorgungssystemebene koordiniert das Case Management über die Grenzen der Einrichtungen hinweg, zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen, auf der Grundlage verlässlicher Regelungen die optimale Versorgungsstruktur für den Patienten (Frommelt, et al., 2008, S. 13).

Das Case Management ist insbesondere bei der Steuerung von Versorgungssystemen mit:

- hoher Problemkomplexität,
- hoher Akteursdichte,
- besonderen Anforderungen an die Kontinuität in der Fallintervention,
- komplexen Verantwortlichkeiten mit Querintervention unterschiedlicher Kostenträger und
- nicht standardisierbaren, individuell anzupassenden Hilfebedarfen anwendbar (Frommelt, et al., 2008, S. 13).

Die Besonderheiten des Case Managements in der ambulanten Kinderintensivmedizin

Die ambulante kinderintensivmedizinische Versorgung von Kindern stellt besondere Herausforderungen für alle Beteiligten dar (Dlubis-Mertens, 2010). Äußerst komplexe Krankheitsbilder und traumatisierte Eltern und Angehörige kreieren eine Problemkomplexität, welche ambulant sehr schwer zu bewältigen ist (Porz & Podeswik, 2006, S. 119). Schon im Krankenhaus ist die Versorgung von Frühchen, schwerst-erkrankten oder chronisch kranken Kindern mit den dazugehörigen familiären Strukturen eine Herausforderung. In der ambulanten Versorgung, in der:

- die Eltern eine Vielzahl von Betreuungselementen übernehmen, welche im Krankenhaus von hochqualifiziertem Personal erbracht werden,
- eine sehr hohe Anzahl unterschiedlicher Akteure in das Hilfesystem eingebunden und
- unterschiedlichste Kostenträger involviert sind,
- verschärfen sich die Anspannungen und Herausforderungen für das Hilfesystem. Daher ist besonders für dieses Klientel eine fallspezifische Koordination für die nachhaltige Gestaltung der Pflegesituation elementar (Klie, 2011, S. 500).

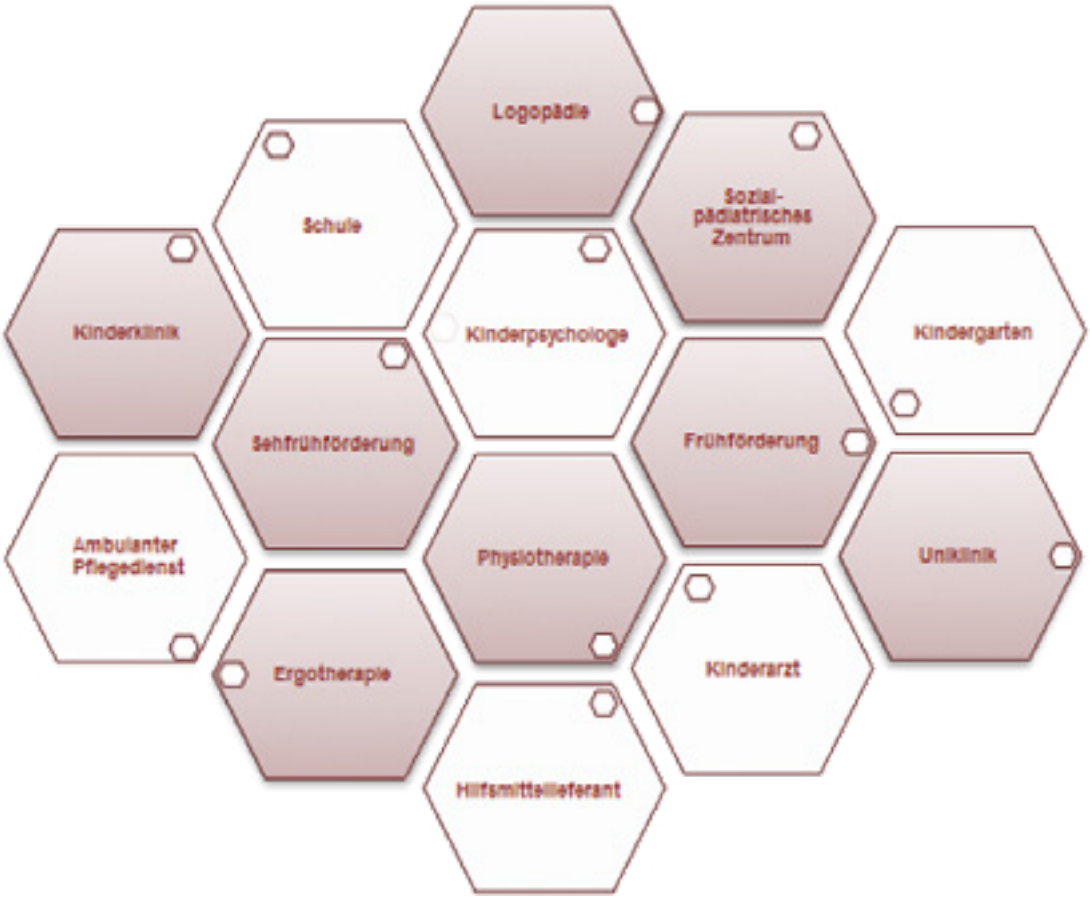


Abbildung 1: Netzwerkpartner im ambulanten Intensivpflegenetzwerk bei Kindern – eigene Darstellung in Anlehnung an Jalowy & Wiedmayer, 2012, S. 122

Das Case Management in der ambulanten Kinderintensivmedizin/-pflege umfasst bei seiner Intervention den Patienten und das gesamte Familienumfeld (Kleve, Haye, Hampe-Grosser, & Müller, 2011), um koordinierte Hilfe und Dienstleistungen zugänglich zu machen und Spannungen und Stress zu verringern (Gehrmann & Müller, 2013, S. 56 ff.).

Die anhaltende Transition des Gesundheitssystems von einem strikt abgrenzbaren System der individuellen Anbieter- und Sektororientierung zu sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen verschärft die Komplexität der Versorgungssysteme in der ambulanten Pflege weiter. Insbesondere steigt der Bedarf an interprofessionell, intersektoral und interkulturell ausgerichteten Koordina-

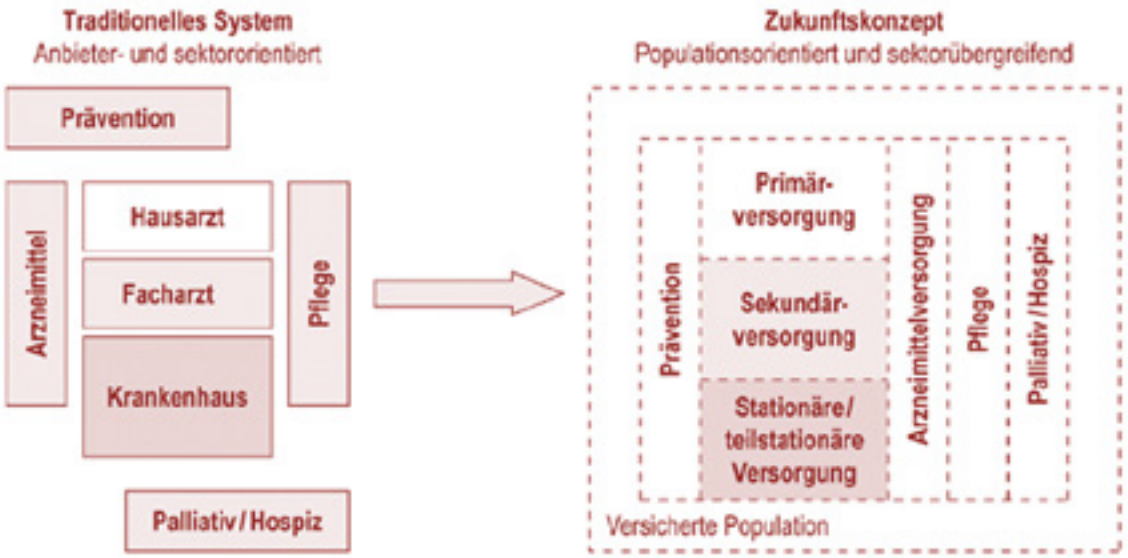


Abbildung 2: Veränderung des Gesundheitssystems - von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung (Sachverständigenrat, 2009)

tions- und Kommunikationskompetenzen (Schüler, Rommel, Schröder, & Köhler, 2013, S. 1141 ff.). Genau hier setzt in der ambulanten kinderintensivmedizinischen Versorgung das Case Management an, um ökonomisch sinnvolle Versorgungsangebote über Kostenträgergrenzen hinweg zu koordinieren (Schmid, Meyer-Lutterloh, Weatherly, & Seiler, 2008, S. 11).
Zusätzlich ist ein kontinuierliches Case Management essentiell, um soziale Isolation der Eltern zu verhindern, das Leben im öffentlichen Raum zu ermöglichen und die psychosoziale Unterstützung für die Familie abzusichern. Dabei gilt es insbesondere die fachliche und soziale Kompetenz der Pflegenden im Umgang mit Familien zu fördern (Limberger & Schnepp, 2017, S. 32; 41).

Der Zusammenhang zwischen Management und familiärer Nachsorge

Die sich verschärfenden Herausforderungen in der ambulanten intensivmedizinischen Versorgung sind seit vielen Jahren bekannt (Neuffer, 2013). Mit der familiären Nachsorge wurde in den 90er Jahren ein System zur Überbrückung des Systembruchs zwischen stationärer, rehabilitativer, häuslicher und ambulanter Versorgung aufgebaut (Porz & Podeswik, 2006, S. 119).
Nachsorgemitarbeiter arbeiten dabei im Sinne des Case Managements und vernetzen, koordinieren, klären auf, beraten, unterstützen in der Krankheitsbewältigung und begleiten die Patientenfamilie zu Helfern im Sozial- und Gesundheitswesen (Thyen, Podeswik, Porz, & Groeger, 2009, S. 129 ff.).
Die medizinische Nachsorge, die sich auf die Einpassung der professionellen Hilfen in den familiären Ablauf fokussiert (Tophoven, 1995, S. 164), ist über die letzten Jahre wissenschaftlich evaluiert und von den Krankenkassen akzeptiert worden. Das entwickelte Nachsorgemodell des „Bunten Kreises e.V." gilt inzwischen für über 47 Nachsorgeeinrichtungen in Deutschland (Thyen, Podeswik, Porz, & Groeger, 2009, S. 129 ff.).
Es lässt sich festhalten, dass die familiäre Nachsorge für die ambulante kinderintensivmedizinische Versorgung bei der Krankenhausentlassung einen elementaren Baustein für die nachhaltige Versorgung bereitstellt (Flarey, 1996, S. 6).

Rechtliche Rahmenbedingungen des Case Management

In den letzten Jahren hat das Case Management eine rechtliche Fundierung und Würdigung erfahren. Insbesondere durch das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz (PfWG) und die Pflege-Neuausrichtungsgesetzes (PNG) wurde die Bedeutung gestärkt. Schon das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz räumt 2008 im § 7a SGB XI einen Rechtsanspruch auf so genannte Pflegeberatung ein. Es sah weiterhin den Aufbau von Pflegestützpunkten auf lokaler Ebene vor, welche in den letzten Jahren weitreichend implementiert wurden (Klie & Monzer, 2008, S. 4). Damit wurden Care und Case Management-Strukturen in der Pflege verbindlich vorgeschrieben (Klie & Monzer, 2008, S. 4).
Das Pflege-Weiterentwicklungsgesetz hat dabei die Case Management Ansätze auch im SGB XII verankert. Der § 61 Abs. 4 Satz 1 des SGB XII nimmt explizit Bezug auf die Pflegeberatung und die Pflegestützpunkte und damit auch Case Management-Aufgaben, die von den Sozialhilfeträgern mitgestaltet werden (Klie & Monzer, 2008, S. 9).
Wie im Bundestag weitereichend diskutiert sind „ein individueller Case Manager und ein persönliches Pflegebudget Garanten für eine nutzerorientierte Versorgung vor Ort. Mit Hilfe des individuellen Case Managers oder der Case Managerin können Pflegebedürftige sich ihre Leistungen nach ihrem festgestellten Pflegebedarf selbst zusammenstellen." (Scharfenberg, 2016, S. 5) Modellversuche haben bewiesen, dass dies zu deutlichen Verbesserungen des Pflegearrangements führt und damit Pflegebedürftige wie ihre Angehörigen gleichermaßen entlastet werden (Scharfenberg, 2016, S. 6).
Eine zweite rechtliche Grundlage, welche dem Case Management in der ambulanten Versorgung zu Grunde liegt, findet sich im Entlassungsmanagement und dessen Verankerung in den jeweiligen Gesetzestexten. Nach den unten aufgeführten Regelungen haben die Versicherten ein Anrecht auf Koordination der nachfolgenden Versorgungen:

- § 11 (4) SGB V: Versicherte haben einen Anspruch auf Versorgungsmanagement, insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche,

- § 112 SGB V: Nahtloser Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation oder Pflege muss im Entlassungsmanagement sichergestellt werden,
- § 43 Abs. 2 SGB V regelt die gesetzliche Leistung zur sozialmedizinischen Nachsorge,
- § 12 SGB XI: Aufgabe der Pflegekasse ist die Koordinierung der Hilfen und die Absicherung eines nahtlosen Übergangs der Versorgung.

Während sich die ersteren gesetzlichen Regelungen im Wesentlichen auf die Beratung der Patienten fokussieren, lässt sich aus den Regelungen für das Entlassungsmanagement auch eine aktive Versorgung – im Sinne der eigentlichen Pflege oder medizinischen bzw. sozialmedizinischen Versorgung rechtlich ableiten. Als Spezialfall der ambulanten Kinderversorgung kann auch der § 11 SGB XII, welcher das Fallmanagement der Eingliederungshilfe für Kinder und Jugendliche regelt, herangezogen werden (Menschenkind, 2017, S. 14).

Einführung des Case Managements in der ambulanten Kinderintensivmedizin

Ausgangssituation / Ist-Analyse

Wie bereits verdeutlicht, existieren bereits gut etablierte Ansätze des Case Managements in der ambulanten Kinderintensivmedizin. Allerdings sind die bisher etablierten Strukturen der Pflegenachsorge durch Brückenteams, Nachsorgeeinrichtungen, wie „Seeyou“ in Hamburg, oder spezialisierte Teams für die medizinische Nachsorge, wie von der Björn-Schulz-Stiftung in Berlin primär auf die Phase der Entlassung aus dem Krankenhaus fokussiert. Sie basieren rechtlich auch auf den gesetzlichen Bestimmungen zum Entlassungsmanagement oder der sozialmedizinischen Nachsorge und sind daher zeitlich stark limitiert (Rüde, Scheyka, Mühler, & Kruschwitz, 2009, S. 1).

Die durchschnittliche Nachsorgedauer durch die vom Entlassungsmanagement über den § 43 Abs. 2 SGB V teilfinanzierten Träger liegen bei 6-12 Wochen und umfassen einen Stundenumfang von ca. 20h im Monat.

Zusätzlich ist, trotz der schon sehr spezifischen Klientel, die sozialmedizinische Nachsorge nur Personengruppen zugänglich, bei denen:

- nach einer ausführlichen Fallklärung die Koordination der beteiligten Dienste notwendig ist,
- die Anzahl der beteiligten Institutionen hoch und unübersichtlich ist
- die Hilfe von der betroffenen Person und dem sozialen Umfeld nicht allein ausfindig gemacht, initiiert und koordiniert werden können (Klie & Monzer, 2008, S. 10).

Obwohl die familiäre Nachsorge und Lücken in der Versorgung von schwerst-kranken Kindern schon länger diskutiert werden (Thyen, Morfeld, Jonas, Sperner, & Ravens-Sieberer, 2000, S. 276 ff.), existiert noch kein verlässlicher Lösungsansatz für das Case Management und die Optimierung der ambulanten Versorgung über den Zeitrahmen der medizinischen Nachsorge hinweg. In aktuellen Fachtagungen wird dieses Thema daher intensiv diskutiert. Die betroffenen Eltern und Netzwerkpartner der Versorgungssysteme sind sich einig, dass es eine nachhaltige Koordination und Steuerung des Hilfesystems, im Sinne eines verlässlichen kontinuierlichen Case Managements, geben muss, um die Versorgungen in der ambulanten intensivmedizinischen Kinderversorgung zu optimieren (Menschenkind, 2017, S. 14 ff.).

Zieldefinition

Ein Konzept für ein kontinuierliches Case Management verfolgt dabei verschiedene Ziele, welche im Sinn einer nachhaltigen Ausrichtung alle eine Berücksichtigung finden sollten. Daher werden die strategischen, strukturellen, ablauforganisatorischen, finanziellen, personalbezogenen und kulturellen Ziele im Folgenden näher erläutert.

Strategische Ziele

Strategisch geht es bei dem zu entwickelnden Konzept um das Etablieren eines strategischen, multiprofessionellen Netzwerkes zur sektorübergreifenden Zusammenarbeit (Klie & Monzer, 2008, S. 13) und die gemeinsame Zielfestlegung zur Optimierung der ambulanten Versorgung im Sinne des „goal planning“ (Ballew & Mink, 1996, S. 129 ff.).

Strukturelle Ziele

Es geht beim Case Management in der ambulanten Kinderintensivmedizinischen Versorgung nicht um die Schaffung einer zusätzlichen Aufgabe oder um die Einführung bürokratischer Strukturen. Vielmehr wird das strukturelle Ziel verfolgt, eine verlässliche, beständige Struktur für die Bündelung der Aufgaben zu schaffen, welche die Koordinationsleistung effizienter und effektiver leisten kann, als dies durch die einzelnen Institutionen im Hilfesystem möglich ist (Klie & Monzer, 2008, S. 3).

Ablauforganisatorische Ziele

Das zu etablierende Case Management-Konzept sollte den Zugriff und die Autorität zur Steuerung der institutionsübergreifenden Hilfebedarfe erhalten, um eine optimale Ressourcennutzung sowie Qualitätssicherung der Angebote sicher zu stellen. Damit wäre eine schnelle, konsequente und kontinuierliche Koordination im Sinne des optimalen Case Managements umsetzbar (Flarey, 1996, S. 5).

Finanzielle Ziele

Durch die Berücksichtigung verschiedenster Hilfebausteine aus unterschiedlichen Leistungsbereichen sich ergänzender Kostenträger, wie Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Jugendhilfe, Sozialhilfe und Eingliederungshilfe kann eine wirtschaftlich optimierte Versorgung ohne qualitative Abstriche herausgearbeitet und eine sektorübergreifende Kostenoptimierung angestrebt werden (Schmid, Meyer-Lutterloh, Weatherly, & Seiler, 2008, S. 168). Diese stellt sowohl theoretisch als auch praktisch ein zentrales Ziel des Case Managements dar (Flarey, 1996, S. 5); (Frommelt, et al., 2008, S. 12).

Personalbezogenen Qualifikationsziele

Das Case Management Konzept zur Optimierung der ambulanten kinderintensivmedizinischen Versorgung sollte durch die Kombination verschiedenster Hilfeleistungen einerseits die Qualifikationsprofile des eingesetzten Personals berücksichtigen, anderseits aber auch die Qualifikationsziele für die Case Management Position an sich definieren, steuern und sicherstellen.

Kulturelle Ziele

Abschließend sollte ein Case Management Ansatz ein kulturelles Umdenken im Umgang mit schwerst-erkrankten Kindern und deren Familien fördern und durch geeigne-

te Maßnahmen die Transparenz der Herausforderungen in der ambulanten Versorgung verdeutlichen, um einen nachhaltige Weiterentwicklung zu ermöglichen.

Lösungsansatz

Ein Lösungsansatz für diese komplexe Problemstellung zu entwickeln, der von den vielen unterschiedlichen Beteiligten im Hilfesystem mitgetragen und gelebt wird, ist eine große Herausforderung. Einen Ansatz aus der theoretischen Diskussion abzuleiten, würde daher bei einer späteren Implementierung voraussichtlich zu erheblichen Widerständen führen. Insbesonders, da es in einem Netzwerk keine hierarchischen Strukturen gibt, ist eine sektor- und funktionsübergreifende Koordinationsfunktion schwer zu etablieren.

Im Folgenden wird daher ein praxisorientierter Ansatz und dessen Implementierung vorgestellt, wie er sich über die letzten 3 Jahre in Hamburg als kontinuierlicher Lern- und Entwicklungsprozess entwickelt hat. Auch wenn die vorgeschalteten theoretischen und konzeptionellen Überlegungen in diesem systematischen Sinne zu keinem Zeitpunkt innerhalb des Hilfenetzwerkes stattgefunden hatten, vereinten offensichtlich die gemeinsamen Bedürfnisse und Herausforderungen die Netzwerkbeteiligten und bildeten im Sinne eines systemischen Entwicklungsprozesses einen stabilen Lösungsansatz heraus.

Dieser Lösungsansatz besteht aus:

- einem regional fokussierten Case Management Konzept, welches durch ein Netzwerk aus Versorgungsinstitutionen aus dem Bereich der ambulanten Kinderintensivpflege autorisiert ist und
- durch die Kostenträger der Kranken- und Pflegeversicherung, sowie ergänzend durch Stiftungen und Spenden finanziert wird.
- Die Netzwerkteilnehmer identifizieren die Klientel mit besonders komplexen Leistungsfällen und steuern diese in das Case Management ein.
- Die Case Managerin koordiniert den Hilfebedarf und steuert die optimale Versorgung des Patienten und dessen Familie über den Zeitraum der medizinischen und sozialmedizinischen Nachsorge hinaus.
- Weiterführend koordiniert sie die Qualifikationsprofile der Netzwerkpartner, sodass eine optimale Leistungsabdeckung zur vollständigen und nachhaltigen Versorgung in der Region ermöglicht wird.

Implementierung des Case Management Ansatzes

Wie bereits skizziert, ist die zentrale Implementierung des Lösungsansatzes in einem Netzwerk aufgrund der Heterarchie zwischen den Teilnehmern schwierig. Daher bedarf es für die Implementierung einer vorgeschalteten Phase der Vertrauensbildung und des Zusammenwachsens. Im Hamburger Beispiel, welches deutschlandweit einmalig und wegweisend ist, wurde 2013 ein „Hamburger runder Kindertisch“ gegründet. Institutionen unterschiedlichster Leistungsbereiche der ambulanten Kinderintensivmedizin, wie ambulante Kinderhospize, ambulante Kinderintensivpflegedienste, Familienunterstützende Dienste, Kinder-Palliativ Dienste und Nachsorgeeinrichtungen schlossen sich zu einem Arbeitskreis zusammen. In den ersten zwei Jahren besuchten sich die Institutionen gegenseitig, stellten ihre Hilfeleistungen, ihre Strukturen und Herausforderungen den Netzwerkpartnern vor. Nach Unterzeichnung einer Datenschutzerklärung wurden besonders komplexe Fallbeispiele diskutiert und oftmals auf dem kurzen Dienstweg, alternative oder optimierte Versorgungsstrukturen angedacht und diskutiert.

Über die Zeit wurde ein tiefes Verständnis für die Leistungskomplexe der einzelnen Teilnehmer und eine vertrauensvolle, kooperative Basis geschaffen, welches in die

1. Ratifizierung eines gemeinsamen Leitbildes und
2. Gründung eines Vereins mündete.

2015 wurde das „Kinderversorgungsnetz Hamburg“ mit dem Ziel gegründet: „sich der Verbesserung der Informations- und Versorgungsqualität, sowie der Optimierung des Versorgungsangebotes für betroffene Patienten und Familien zu widmen“.

Der gemeinnützige Verein „KinderVersorgungsNetz – Hamburg e.V.“ (KVN) ist dabei als Verein mit dem Zweck der Förderung des öffentlichen Gesundheitswesens, sowie der Stärkung und dem Schutz von Familien etabliert worden.

Aus diesem Verständnis heraus wurde zuerst eine gemeinsame Webseite aufgebaut, auf dem sich alle Mitglieder des Kinderversorgungsnetzwerkes vorstellen können. Sie dient auch als Anlaufpunkt für schwerst- und chronisch erkrankte Kinder und deren Familien und optimiert damit die Transparenz auf der Versorgungssystemebene (Klie & Monzer, 2008, S. 92 ff.).

Weiterführend ermöglicht der enge, kooperative Erfahrungsaustausch auch ganz grundsätzliche Verbesserung in der Versorgungslandschaft. So unterstützt seit Anfang 2017 Jahr der Kinderintensivpflegedienst Balu das spezialisierte Kinder-Palliativ Team KinderPACT mit Bereitschaftsdiensten am Wochenende durch extra geschulte Pflegefachkräfte mit einer Palliativweiterbildung. Somit können die Versorgungssicherheit und-verlässlichkeit im gesamten System verbessert werden.

Auf der Organisationsebene ermöglicht das Kinderversorgungsnetz Hamburg die Optimierung der internen Abläufe durch einen intensiven Erfahrungsaustausch und Evaluation von internen Prozessabläufen mit der „Peer Group“. Zusätzlich werden gemeinsame Fortbildungen angeboten, welche das Qualifikationsniveau in den Organisationen optimieren.

Der größte Mehrwert wird auf der Einzelfallebene generiert, indem zusätzliche Versorgungsbedarfe oder überflüssige Hilfeangebote evaluiert werden und mit den Netzwerkpartnern eine optimierte Versorgung gestaltet wird.

Derzeit fehlt es jedoch an personellen Ressourcen, um ein institutionalisiertes Case Management anbieten zu können. Bisher wird die Arbeit primär ehrenamtlich durch den Vorstand des Vereines und die Mitglieder erbracht. Um eine institutionalisierte Beratung, Steuerung und Koordination der Versorgungen für die Zukunft zu ermöglichen und eine nachhaltige Versorgung der Patienten langfristig über den Zeitraum der klassischen Nachsorge hinaus zu gewährleisten, wird derzeit ein Antrag zur „Förderung eines Projektantrages“ bei der Groschke Stiftung gestellt. Mit den beantragten Ressourcen soll ein umfangreicher Förderantrag bei der Lottostiftung „Aktion Mensch“ für eine Case Management Planstelle für zwei Jahre gestellt werden. Auch ein Modellprojektantrag nach § 8 Absatz 3 SGB XI im Sinne der Experimentierklausel des GKV Spitzenverbandes könnte erarbeitet werden. Die Implementierung eines nachhaltigen Case Management Ansatzes in der ambulanten

Kinderintensivmedizin wäre mit der Regelfinanzierung einer Planstelle abgeschlossen.

Evaluation der Ergebnisse

Zielevaluation

Allgemein kann auf Grund des bisher nicht vollständig implementierten Case Management Ansatzes nur eine qualitative Evaluation bezüglich der definierten Ziele formuliert werden. Wissenschaftliche Studien ermöglichen aber schon jetzt eine annähernde, vergleichende, quantitative Evaluation des grundlegenden Ansatzes und lassen Rückschlüsse auf die zu erwartenden Ergebnisse zu. Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass sowohl die strategischen, als auch die strukturellen Ziele eines nachhaltigen Case Managements in der ambulanten Kinderintensivmedizin mit dem vorliegenden Konzept erfüllt werden können. Ein multiprofessionelles Netzwerk mit fest etablierter verlässlicher Struktur bündelt die Case Management Aufgaben in effizienter Weise ohne die Schaffung zusätzlicher bürokratischer Strukturen.

Die Stärke des Konzeptes in Bezug auf die ablauforganisatorischen Ziele wird durch die inhärente Autorität des aus der Gemeinschaft erwachsenen Konzeptes deutlich. Trotz der fehlenden Hierarchie im Netzwerk erwächst durch den gemeinsamen Willen eine natürliche Case Management Autorität, die von den Teilnehmern getragen wird.

Die finanziellen Ziele können noch nicht abschließend evaluiert werden. Es zeigt sich aber schon in der anekdotischen Evidenz einzelner Fallbeispiele, dass eine kostenoptimierte Gestaltung der Versorgungsstrukturen möglich ist. So kann z.B. einerseits eine gerechtere Verteilung der Kosten auf die Kostenträger erfolgen und/oder andererseits eine grundsätzliche Kostenreduktion erreicht werden. So kann bspw. durch eine gezielte Familienintervention bezüglich der Geschwisterkinder die Gesamtbelastung für die Familie reduziert und die häusliche Pflege länger sichergestellt werden, sodass Krankenhauskosten minimiert werden.

Im Sinne der personalbezogenen Qualifikations- und kulturellen Ziele ist das vorliegende Konzept geeignet, die Anforderungen und Ziele zu erfüllen.

Quantitativ lässt sich aus bereits wissenschaftlich durchgeführten Studien ableiten, dass eine Verbesserung der Familienkompetenz und eine Reduktion der Familienbelastung mit hoher Wahrscheinlichkeit nachzuweisen sein müssten.

In einer empirischen Studie im Jahre 2006 wurde untersucht „Ob eine familienorientierte Begleitung und Nachsorge bei Frühgeborenen und kranken Neugeborenen nach dem Modell des ‚Bunten Kreises' Augsburg die Familienkompetenz, gemessen an der Mutter-Kind-Interaktion und emotionalen Regulation des Kindes verbessert und zu einer Reduktion der Familienbelastung führt" (Porz, Diedrich, & Bartmann, 2006, S. 210 ff.).

Schon bei der zeitlich begrenzten Intervention des Case Managements im Rahmen der sozialmedizinischen Nachsorge zeigt sich, dass Mütter der Interventionsgruppe mit Nachsorge in der Video-Interaktionsbeobachtung eine verbesserte mütterliche Sensitivität und Mutter-Kind-Interaktion aufzeigten und die Kinder höhere Scores für die emotionale Regulation auswiesen. Weiterhin konnte nachgewiesen werden, dass die Paarbeziehung sich im Verlauf der Untersuchung in der Interventionsgruppe als weniger belastet erwies als in der Kontrollgruppe (jeweils $p<0,05$). Die Kinder der Interventionsgruppe mussten seltener wieder stationär aufgenommen werden und benötigten weniger ambulante Untersuchungen in der Klinik. Die Mütter der Interventionsgruppe fühlten sich besser über Nachbetreuungsangebote informiert und waren besser vernetzt (Porz, Diedrich, & Bartmann, 2006, S. 210 ff.).

Implementierungsevaluation

Das vorliegende Case Management Konzept befindet sich noch in der Implementierungsphase und daher ist eine abschließende Evaluation nicht möglich. Es zeigt sich aber, basierend auf den Erfahrungen der letzten drei Jahre, dass eine behutsame und organisch wachsende Implementierung mit gleichzeitiger Herausbildung von Vertrauenskulturen und Kooperationsmentalitäten eine nachhaltige Implementierung vermutlich unterstützen. Eine vollständige Evaluation der Implementierung sollte nach einer Regelfinanzierung wissenschaftlich fundiert durchgeführt werden.

Zusammenfassung

Wissenschaftliche Studien belegen, dass eine schon früh im stationären Aufenthalt beginnende Begleitung und Nachsorge durch speziell geschulte Case Managerinnen die Familienbelastung reduziert und die Mutter-Kind-Interaktion und die emotionale Regulation der Frühgeborenen verbessert (Porz, Diedrich, & Bartmann, 2006, S. 210 ff.).

Das vorliegende Konzept eines regional fokussierten, nachhaltigen und institutionalisierten Case Managements im Rahmen eines Kinderversorgungsnetzwerkes sollte diese nachgewiesen und statistisch signifikanten Ergebnisse verstärken, und langfristig stabilisieren und zu effizienteren Versorgungsstrukturen in der ambulanten Kinderintensivmedizin führen.

Eine positive Gesamtentwicklung der hoch belasteten Kinder ist für das temporär begrenzte Case Management bereits nachgewiesen und kann durch eine kontinuierliche Case Management Versorgung mit hoher Wahrscheinlichkeit verstetigt werden. In dem sich schnell und ständig wandelnden Pflegesystem „Intensivpflege Kind und Familie" ist eine kontinuierliche Adaption des Hilfebedarfs unerlässlich. Case Management ist ferner als soziökonomisch sinnvoll zu erachten, da die Zahl der stationären und ambulanten Klinikaufenthalte reduziert werden kann und die Familien besser mit weiteren Nachbetreuungsangeboten vernetzt werden (Porz, Diedrich, & Bartmann, 2006, S. 210 ff.). Dies wird durch das vorliegende Konzept des Case Managements im Rahmen des Kinderversorgungsnetzes Hamburg auch zu erwarten sein.

IV. Literaturverzeichnis

Ballew, J., & Mink, G. (1996). Case Management in Social Work: Developing the Professional Skills Needed for Work with Multiproblem Clients. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.

Dlubis-Mertens, K. (2010). Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland. http://www.charta-zur-betreuung-sterbender.de/tl_files/dokumente/Charta_Broschuere.pdf: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e. V.; Deutscher Hospiz- und PalliativVerband e. V.; Bundesärztekammer.

Ewers, M. (1996). Case management- Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Kranken-

versorgung. WZB Discussion Paper, S. 96-208.
Ewers, M., & Schaeffer, D. (2000). Case Management in Theorie und Praxis. Mannheim: Huber.
Flarey, D. L. (1996). Handbook of Nursing Case Management: Health Care Delivery in a World of Managed Care. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc.
Frommelt, M., Klie, T., Löcherbach, P., Mennemann, H., Monzer, M., & Wendt, W.-R. (2008). Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Freiburg: Verlag Forschung – Entwicklung – Lehre, online verfügbar unter www.paritaet-alsopfleg.de/downloads/Pfleg/Gremien/Pfleg_ber_dgcc.pdf- Stand 25.06.2017.
Galbraith, J. R. (1973). Designing complex organizations. Boston: Addison-Wesley Longman Publishing Co., Inc.
Gehrmann, G., & Müller, K. D. (2013). Management in sozialen Organisationen. Regensburg: Walhalla Fachverlag.
Jalowy, M., & Wiedmayer, I. (2012). Ein Tag mit dem Wichtelteam. Intensiv, 20(01), 21-25.
Kleve, H., Haye, B., Hampe-Grosser, A., & Müller, M. (2011). Systemisches Case Management. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme Verlag.
Klie, T. (2011). Case Management und Soziale Dienste. In A. Evers, R. G. Heinze, & T. Olk, Handbuch Soziale Dienste (S. 499-512). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
Klie, T., & Monzer, M. (April 2008). Case Management in der Pflege. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, S. Volume 41, Issue 2, S. 92–105.
Limberger, R., & Schnepp, W. (2017). Die Heimbeatmungssituation aus Sicht von Angehörigen und Familien. Kontext, Band 48, Ausgabe 1, Vulnerabilitäten, S. 30-44.
Meinhold, M. (2002). Über Einzelfallhilfe und Case Management. In W. Thode, Grundriss Soziale Arbeit (S. 509-521). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
Menschenkind. (2017). Pflegebedürftige Kinder - bestens versorgt? Fachstelle für die Versorgung chronisch kranker und pflegebedürftiger Kinder (S. 40). Berlin: Humanistischer Verband.
Neuffer, M. (2013). Case Management Soziale Arbeit im Einzelnen und Familien. Weinheim: Beltz Juventa Verlag.
Porz, F., & Podeswik, A. (2006). Case Management in der Kinder- und Jugendmedizin. In V. Brinkmann, Case Management (S. 119-135). Wiesbaden: Betriebswirtschaftlicher Verlag Dr. Th. Gabler GWV Fachverlage GmbH.
Porz, F., Diedrich, M., & Bartmann, P. (2006). Familienorientierte Nachsorge bei Frühgeborenen fördert die Mutter-Kind-Interaktion und reduziert die mütterlichen Belastungen – Ergebnisse einer randomisierten Studie. Neuropediatrics (S. 210 - V11). DOI: 10.1055/s-2006-946293: Thieme.
Rüde, P., Scheyka, D., Mühler, K., & Kruschwitz, S. (213 2009). Von der Klinik in die Nachsorge – Professionelles Entlassungsmanagement in der Betreuung der Eltern frühgeborener Kinder. Zeitschrift für Geburtshilfe und Neonatologie, S. 1-4.
Sachverständigenrat. (2009). Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug- Veränderte Arbeitsteilung. http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=212: SACHVERSTÄNDIGENRAT zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.
Scharfenberg, E. (2016). Pflegestärkungsgesetz BSG III. Drucksache des Deutschen Bundestages 18/10530, S. 1-12.
Schmid, E., Meyer-Lutterloh, J. N., Weatherly, K., & Seiler, R. (2008). Patientencoaching, Gesundheitscoaching, Case Management: Methoden im Gesundheitsmanagement von morgen. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG.
Schüler, G., Rommel, L. K., Schröder, H., & Köhler, T. (2013). Zukünftiger Qualifikationsbedarf in der Pflege- Ergebnisse und Konsequenzen aus dem BMBF-Forschungsnetz FreQueNz. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, August, Volume 56, Issue 8, S. 1135–1144.
Thyen, A., Podeswik, F., Porz, K., & Groeger, U. (2009). Sozialmedizinische Nachsorge für schwer und chronisch kranke Kinder. Monatsschrift Kinderheilkunde, Volume 157, Issue 2, S. 129–135.
Thyen, U., Morfeld, M., Jonas, S., Sperner, J., & Ravens-Sieberer, U. (2000). Familien mit chronisch kranken und behinderten Kindern. Welche Lücken in der Gesundheitsversorgung und welche Belastungen gibt es. S. 276-286.
Tophoven, C. (1995). Case-Management — Ein Weg zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitssystem. Sozialer Fortschritt, Vol. 44, No. 7, S. 162-166.
Wendt, W. R. (2015). Case Management. In C. Thielscher, Medizinökonomie 1 - Das System der medizinischen Versorgung (S. 685-704). Wiesbaden: Springer Fachmedien.

Dr. rer. oec., Dipl. Ing. Alexander Schwandt,
Pflegemanagement (BA)

Berufsbegleitendes Studium

Dr. Alexander Schwandt hat neben seiner Tätigkeit als Geschäftsführer eines Kinder-Intensivpflegedienstes studiert und eine Abschlussarbeit über das Casemanagement speziell in der ambulanten Kinderintensiv pflege geschrieben.

GD: War es schwierig, neben dem beruflichen Alltag zu studieren?
Dr. Schwandt: Als Geschäftsführer noch einmal ein Studium zu absolvieren, war eine große Herausforderung. Doch die Struktur der Hamburger Fern-Hochschule mit Studienzentren in ganz Deutschland kam mir sehr entgegen. So konnte ich auch am Wochenende in anderen Städten Klausuren ablegen, wenn ich z.B. beruflich auf Konferenzen war. Im beruflichen Alltag hatte ich keine Zeit zu lernen, daher musste ich das auf die Abende und die Wochenenden verlegen.
GD: Erleichtern die neu erworbenen Kenntnisse ihre berufliche Tätigkeit?
Dr. Schwandt: Die pflegewissenschaftlichen Inhalte waren sehr gut und ich habe viel gelernt, was ich nun besonders in der Leitung und zur Weiterentwicklung der Pflege anwenden kann. Aufgrund meiner Vorkenntnisse waren die betriebswirtschaftlichen und rechtlichen Themen eher ergänzend, aber aufgrund der Aktualität der Inhalte eine sehr gute Auffrischung. Es war für mich eine perfekte Symbiose, da ich nun selbst zu einigen Themen an Pflegeschulen doziere. Durch meine Lehrerfahrungen an der Universität konnte ich die Didaktik mit aktuellen Inhalten ergänzen und genieße es, den Auszubildenden einen Einblick in die ambulante Kinderintensivpflege und zentrale Lehrinhalte zu vermitteln.
GD: Werden Sie weiterstudieren und empfehlen Sie ihren Kolleginnen und Kollegen ein ähnliches Studium?
Dr. Schwandt: Für einen Master fehlt mir leider die Zeit, aber ich kann das Studium weiterempfehlen.
GD: Wie sehen Sie die Zukunft der Kinderintensivpflege, nachdem im vergangenen Jahr immer wieder berichtet wurde, wie massiv die Kassen kürzen?
Dr. Schwandt: Es liegen große Herausforderungen vor uns, da die Versorgungssysteme immer komplexer und vernetzter werden. Der Hilfebedarf in der Kinderintensivpflege ist nicht eindimensional, sondern erstreckt sich über das ganze Familiensystem. Die Pflege lässt sich nur sicherstellen und – leider der zentrale Fokus der Kostenträger – die Krankenkassen werden langfristig nur Geld sparen können, wenn

1. Die schwerst-kranken Kinder qualitativ gut versorgt sind und Krankenhausaufenthalte vermieden werden können.
2. Die Familiensysteme stabilisiert werden, sodass Eltern die Pflege nachhaltig und zu angemessenen Teilen alleine bewältigen können. Viel zu häufig fehlt es an psychologischer und allgemeiner Unterstützung, sodass viel zu viele Familien zerbrechen.
3. Weiterbildungskonzepte entwickelt werden, um dem Fachkräftemangel entgegen zu wirken und mehr helfende Hände in die Pflegesysteme einzubinden.

Diese komplexen Hilfenetzwerke müssen aktiv gesteuert werden. Daher bilden sich langsam Strukturen heraus, wie ich sie in dem vorliegenden Artikel theoretisch herleite und beschreibe. In Hamburg und anderen Städten etablieren sich Kinderversorgungsnetzwerke – www.Kinderversorgungsnetzwerk.hamburg.de und in Berlin startet eine vom Senat finanzierte, dezentrale Versorgungskoordination für Familien mit pflegebedürftigen, versorgungsintensiven Kindern (VK KiJu) mit ca. 5 Koordinatorinnen.
GD: Danke für das Gespräch!

„… und lag in einem tiefen Schlaf“

Märchenpädagogik als Möglichkeit in der Sterbe- und Trauerbegleitung

Wer trauert, ist manchmal in einem Zustand eines gefühlt 100-jährigen Schlafs. Bewegungslos, ohnmächtig, von einem Stich getroffen und gefühlt unbekannten Mächten ausgeliefert. Märchen lenken ab. Aber nicht vom Wesentlichen. Was in den Märchen als Bildmetaphern beschrieben wird, sind oftmals tiefgründige Botschaften und Brücken zur realistischen Welt. Märchen beschreiben Archetypen. Das heißt, sie befassen sich mit dem Ursprünglichen - mit dem Werden und dem Vergehen, dem Leben und dem Tod, sie halten uns einen Spiegel vor und zeigen uns gleichzeitig Mittel und Wege, wie wir auf gute Art und Weise dem Leben – und damit auch dem Tod und dem Sterben geliebter Menschen – begegnen können. Natürlich ist nicht jeder Text für eine sinn- und wirkungsvolle Trauerarbeit gleichermaßen geeignet. Grundsätzlich aber formulieren Märchen, wofür uns – nicht nur den Trauernden – die Worte fehlen.
In der SeniVita Sozial gGmbH Kinderarche St. Christophorus im oberfränkischen Hirschaid bei Bamberg wohnen Kinder und Jugendliche mit Schwerst- und Mehrfachbehinderungen, welche gleichzeitig mit lebenslimitierenden Diagnosen einhergehen. Infolge der Vielzahl von sämtlichen menschlichen Gefühlen, Konflikten und Erlebnissen, die in den Überlieferungen verarbeitet sind, kann das Märchen als Begleiter fungieren – einerseits als kreativer Unterhaltungsaspekt für die Kinder, andererseits als Hilfestellung in Zeiten der Trauer für die Angehörigen im Fall des Falles. Anhand einiger Auszüge des Märchens „Dornröschen“ in Gegenüberstellung mit dem Sterbeprozess eines Mädchens und der Trauersituation ihrer Angehörigen und des Personals soll verdeutlicht werden, wie verschiedene Symboliken eines Märchens im Zusammenhang mit dieser Thematik stehen und fungieren können.

Die Wendeltreppe – Leben und Sterben - Das geschieht

Die spiralförmige Treppe ist das Symbol für Wandel und Veränderung. So, wie das Leben selbst. Spiralen stehen symbolisch für Geburt, Leben und Tod. Die Wendeltreppe zeigt symbolisch an, dass Dornröschen ihrem (angekündigten) Tod entgegengeht – einerseits, weil Dornröschens Schicksal durch den Todesfluch besiegelt scheint, und andererseits, weil das Leben generell als Sterbeprozess gesehen werden kann.

Die 21-jährige Karin lebt zwölf Jahre in der Kinderarche St. Christophorus. Sie mag Wärme, ruhige Angebote jeglicher Art und Besuche vom Therapiehund. Sie hat ein tiefenentspanntes Wesen und wenn sie lächelt, strahlt sie über das ganze Gesicht. Karins etwa gleichaltriger Zimmernachbar mag es hingegen, laut Musik zu hören oder Filme anzusehen. Gemeinsam leben sie in einer Symbiose: M. sorgt dafür, dass es ja nicht zu gediegen in dem Zimmer zugeht. Karin wiederum ist für M. ein Ruhepol. Abends hören die beiden oft Karins CDs und lassen den Tag ausklingen. Im Oktober 2017 verschlechtert sich ihr Gesundheitszustand zusehends. Das Wort „Abschied“ fällt. Doch Karins gesundheitlicher Zustand verbessert sich.

Der Spindelstich – Der Tod - Das schmerzt

Der Moment, in dem Dornröschen sich sticht, wird in Fachkreisen sehr unterschiedlich interpretiert. Aber im Hinblick auf diese Thematik ein eigener Erklärungsversuch: Der Stich läutet den Tod ein, eine Millisekunde bestimmt über Leben und Tod. Und egal wie sehr man sich auf das Lebensende vorbereiten könnte oder durchaus ahnungsvoll darauf zusteuert – die Endgültigkeit hinterlässt nicht selten (trotzdem) einen Schockmoment, einen gefühlten Stich ins Herz.

Mitte Dezember 2017 ist Karin kränklich, ihr Zustand jedoch nicht so bedenklich wie noch zwei Monate zuvor. Am frühen Nachmittag aber alarmieren Karins Geräte. An sich nichts Ungewöhnliches, dennoch entschließt sich die zuständige Schwester, ihre Mutter zu informieren. Frau S. macht sich gleich auf den Weg, um den nächsten Zug zu erwischen.

Der behandelnde Arzt kommt, er bespricht mit der Mutter am Telefon das weitere Vorgehen. Mittlerweile ist Karin wieder stabiler. Drei Stunden später jedoch hört ihr Herz auf zu schlagen. Die Reanimation bleibt erfolglos. Karin ist tot. Die Beatmungsmaschine wird abgestellt. In den anderen Kinderzimmern ist kein Alarm zu hören. Es scheint so, als würden die Kinder spüren, dass soeben etwas Bedeutendes geschehen ist. Auch M., der während der Reanimation sehr unruhig war, wirkt in sich gekehrt.

Der Schlaf – Die Trauer - Das heilt

„Leg dich hin! Ruh´ dich aus! Schlaf dich gesund!“ – nicht selten sagt man das zu jemandem, der sich auskurieren soll – ob nun körperlich oder seelisch, es hilft sicher in beiden Fällen. Und innerhalb empfundener Trauer braucht es eben auch die nötige Zeit, bis sich schließlich

Karin (re.) mit ihrer Mutter

Kontakt:
SeniVita Kinderarche St. Christophorus
Beate Neumeister
Am Main-Donau-Kanal 2
96114 Hirschaid
Tel: 09543-827-17
www.facebook.com/kinderarchestchristophorus/

Abschied von Karin - ihr Gedenktisch kurz nach ihrem Tod im Eingangsbereich der Kinderarche.

Alexandra Eyrich , Trauerinitiative für Kinder, Jugendliche & Familien

erste Anzeichen von „Heilung“ zeigen. In der Regel keine 100 Jahre, aber manchmal fühlt sich die Zeitspanne durchaus so an.

Karin wird vom Pflege- und Pädagogikpersonal, welches ihr über all die Jahre so vertraut war, gewaschen, gekämmt und angezogen. Sie wird aufgebahrt und sieht friedlich aus. Im Eingangsbereich der Kinderarche wird der Gedenktisch aufgestellt. Karins Mutter wird vom Bahnhof abgeholt, und als sie die Kinderarche betritt, wird vielen bereits jetzt klar, dass das nicht nur ein Abschied von Karin, sondern auch von ihrer Familie und den gemeinsam verbrachten Jahren ist. Den anderen Kindern wird feinfühlig erklärt, was passiert ist und warum hier so viele Menschen so traurig sind. Am nächsten Morgen kommen Mitarbeiter, Therapeuten, Lehrer und Ehrenamtliche in die Kinderarche, um sich von Karin zu verabschieden. Die Trauerfeier findet in den Räumlichkeiten der Kinderarche statt und auf Wunsch der Eltern übernimmt Karins Religionslehrerin die Gestaltung. Alle Anwesenden sitzen im Kreis, in der Mitte wird ein Mandala mit Hilfe von verschiedenen Gegenständen, die die Anwesenden an Karin erinnern, gelegt und man erzählt sich gegenseitig von Erlebnissen und warum wir diesen Gegenstand mit ihr verbinden. Hier mischen sich Traurigkeit, Stille, Zusammensein und sogar heitere Momente.

Die Rosen/ Der Kuss – Der Trost - Das bleibt

Wenn die Zeit reif ist (und manchmal eben nach gefühlt 100 Jahren!), ist die Trauer über den Verlust eines liebgewonnenen Menschen zwar nicht vorbei, aber es wird etwas leichter. Erinnerung spielt hierbei eine große Rolle. Und auch wenn sie einem vielleicht immer noch Tränen in die Augen treibt – gleichzeitig erhält man die Erinnerung und auch Dankbarkeit an jemanden, mit dem man ein Stück Weg gegangen ist.

Die Gewissheit, dass Karin in ihrer vertrauten Umgebung mit vertrauten Personen, Stimmen und Geräuschen sterben durfte, wurde sowohl von ihrer Familie, als auch vom Personal der Kinderarche als sehr tröstend empfunden. Wenige Tage nach ihrem Tod hatte Karin Geburtstag, und weil die Ereignisse zeitlich so nah beieinanderlagen, schien es stimmig zu sein, Luftballons steigen zu lassen. Auch die Tatsache, dass Karin in diesem Artikel mit ihrer Geschichte (nach ihrem Tod) ebenso noch einen Platz findet, ist ein zusätzliches, kleines Privileg, das bleibt.

„Vor meinem eigenen Tod ist mir nicht bang,
nur vor dem Tode derer, die mir nah sind.
Wie soll ich leben, wenn sie nicht mehr da sind?
Allein im Nebel tast´ ich todentlang
und lass mich willig in das Dunkel treiben.
Das Gehen schmerzt nicht halb so wie das Bleiben.
Der weiß es wohl, dem Gleiches widerfuhr-
und die es trugen, mögen mir vergeben.
Bedenkt: Den eignen Tod den stirbt man nur;
doch mit dem Tod der anderen muss man leben.“
(Mascha Kaléko)

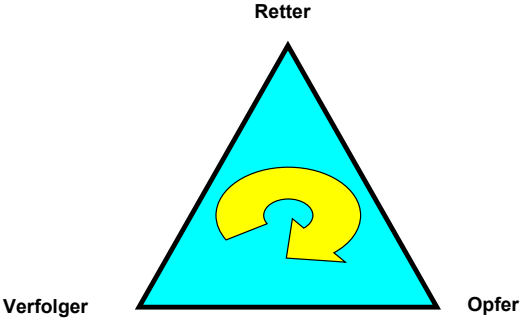
In: Mascha Kaléko: Mein Lied geht weiter. München, dtv 2007

Alexandra Eyrich (Professionelle Erzählerin, päd. Leitung Trauerinitiative ZwischenGeZeiten: www.zwischen-gezeiten.de)
Nina Struck (Dipl. Päd., päd. Leitung Kinderarche St. Christophorus)

Manipulation in der Kommunikation

Keiner von uns lässt sich gerne manipulieren und doch tun wir das tagtäglich, ob bewusst oder unbewusst.

In Seminaren sprechen wir im Zusammenhang mit der Manipulation in der Kommunikation auch von „psychologischen Spielen“, und diese Spiele sind gewiss nicht lustig, sei es im Job oder in der Familie. Den Begriff „Psychologische Spiele“ prägte Eric Berne, der Vater der Transaktionsanalyse.
Dabei bedienen wir uns immer wiederkehrender Kommunikationsmuster, und meistens gibt es zwei oder mehr Beteiligte. Natürlich ziehen wir einen Nutzen daraus, sei es, dass wir Aufmerksamkeit und Anerkennung erhalten, nicht in die eigene Verantwortung gehen müssen oder uns durch ein bestimmtes Verhalten aufwerten. Diese Spiele haben häufig etwas mit unserer Vergangenheit zu tun und machten dort vielleicht durchaus Sinn.
Psychologische Spiele können sich auf Dauer zu massiven Konflikten entwickeln.
Steven Karpmann stellte fest, dass in diesen Spielen die klassischen drei Rollen bedient werden: die des Opfers, des Verfolgers und des Retters, und er entwickelte daraus das sogenannte Dramadreieck.
Woran erkenne ich psychologische Spiele?



Hierzu ein Beispiel von Schlegel (1984) in etwas abgeänderter Form:
Gespräch in einer Gruppe:
Ina: „Ich halte es an meiner Arbeitsstelle nicht mehr aus!“
Thomas: „Was ist denn los?“
Ina: „Immer muss ich Überstunden machen; Ich kann gar keine Verabredungen mehr treffen, weil ich nur noch arbeite.“
Thomas: „Warum sprichst du nicht mit dem Teamleiter?“
Ina: „Der arbeitet noch viel länger als ich; ohne meine Hilfe am Abend käme er gar nicht mehr zu Rande.“
Theresia: „Das ist doch nicht deine Sache.“
Ina: „Du hast gut reden, ich fühle mich auch verantwortlich für das Geschäft, sonst würde ich im Beruf keine Befriedigung finden.“
Stefan: „Warum stellt Ihr nicht noch eine Assistenz ein?“
Ina: „Ja, daran habe ich auch schon gedacht, aber dafür ist wiederum nicht genug Arbeit da.“
Marlene: „Beginne im Sommer doch früher mit der Arbeit, dann hast du am Abend mehr Zeit.“
Ina: „Ja, aber es handelt sich meistens um dringende Angebote, die ich erst nach Geschäftsschluss fertigstellen kann.“
Thomas: „Du musst mal ein energisches Wort mit deinem Chef reden.“
Ina: „Ja, da hast du recht, aber er ist so entsetzlich empfindlich, und ich bin es dann, die unter seiner schlechten Laune zu leiden hat.“
Thomas: „Dann würde ich die Stelle aufgeben.“
Ina: „Ja, aber eine Stelle, die so gut bezahlt ist, finde ich kaum mehr. Außerdem brauche ich das Geld.“
Klaus: „Dann können wir wohl gar nichts machen.“
Ina: „Das finde ich auch. Aber nett, dass ihr mir wenigstens zugehört habt.“
Allgemeines Unbehagen in der Gruppe und kurze Pause
Klaus: „Dann sieh doch zu, wie du damit fertig wirst, aber lass uns in Ruhe. Du willst dir ja nicht helfen lassen.“
Ina: „Eigentlich hätte ich wissen müssen, dass ihr mich nicht versteht. Und nun macht ihr mir in meiner Not auch noch Vorwürfe.“
Was passiert: Ina bittet aus der Opferrolle um Hilfe und eröffnet damit das Spiel. Das Opfer agiert aus einer Haltung: „Ich bin nicht ok, Du bist ok“ oder von einer Haltung „Ich bin nicht ok, Du bist nicht ok“. Andere sind verantwortlich dafür, dass es mir so schlecht geht. Ich selbst kann daran nichts ändern und ich gebe die Verantwortung ab. Ina möchte, dass die anderen für sie sorgen und signalisiert, dass ihr keiner helfen kann und erhält dafür die Aufmerksamkeit und das Mitgefühl der Gruppe.
Thomas, Stefan und Marlene nehmen diese Einladung zum Spiel an und gehen in die Rolle der Retter. Sie geben wohlgemeinte Ratschläge. Der Retter agiert aus der Haltung „Ich bin ok“, „Du bist nicht ok“, wie wir es von (über-)fürsorglichen Eltern kennen, die ihre Kinder entmündigen. Der Retter ist die Person, die helfend aktiv wird und gleich die gesamte Verantwortung für die Situation und für die Lösung übernimmt.
Klaus wirkt genervt von Inas Jammerei und geht in die Rolle des Verfolgers oder Angreifers, indem er ihr vorwirft, selbst schuld daran zu sein. Der Verfolger grenzt sich vom Opfer aktiv ab und konfrontiert es mit seiner Situation. Dadurch wird das Nichtvermögen des Opfers verschärft. Der Verfolger agiert von einer Position: „Ich bin ok“, „Du bist nicht ok“. Oftmals zeigt sich der Verfolger vordergründig selbstgerecht und tugendhaft, dahinter steht letztlich die Angst um die Gefährdung des eigenen Selbstbildes.
Dieses Spiel entwickelt eine eigene Dynamik, indem Rollen schnell gewechselt werden, z.B. reagiert Ina zum Schluss als Angreiferin mit dem Satz: „Eigentlich hätte ich wissen müssen, dass ihr mich nicht versteht.“ Und geht unmittelbar danach wieder in die Opferrolle mit der Aussage „Und nun macht ihr mir in meiner Not auch noch Vorwürfe“. Die Ich-Zustände, aus denen wir kommunizieren, nehmen wir häufig ganz unbewusst an. Diese „Zustände“ werden hier in der Grafik dargestellt.

		Ich bin	
		ok	nicht ok
Du bist	ok	Ich bin ok. Du bist ok. (Gewinner)	Ich bin nicht ok. Du bist ok. (Opfer)
	nicht ok	Ich bin ok. Du bist nicht ok. (Retter / Verfolger)	Ich bin nicht ok. Du bist nicht ok. (Opfer)

Grundeinstellung: Ich bin ok – Du bist ok
Das ist die angestrebte Grundposition. Ich akzeptiere mich und die anderen, auch wenn wir unterschiedlicher Meinung sind. Damit erkenne ich an, dass jeder von uns erstmal aus bestem Wissen und Gewissen agiert. In dieser Haltung gehe ich gelassen mit kritischen Situationen um und setze mich mit meinen Mitmenschen wertschätzend auseinander. Meine Grundhaltung lautet: Ich und die anderen sind in Ordnung, ich begegne der Person mit Achtung und auf Augenhöhe, das Erfolgsrezept für eine erfolgreiche Kommunikation. Nur mit dieser Haltung ist eine Win/Win-Lösung möglich.
Grundeinstellung: Ich bin ok – Du bist nicht ok
In dieser Position zweifle oder kritisiere ich nicht mich selbst, sondern die anderen. Ich gebe dem Außen die Schuld, fühle mich selbst stark und überlegen, der andere wird als unterlegen angesehen. In dieser Grundhaltung verhalte ich mich mitunter arrogant und abwertend oder auch übergriffig und überlegen.
Ich bin nicht ok – Du bist nicht ok
Darunter versteht man eine verzweifelte Grundhaltung, die sowohl Misstrauen und Unsicherheit sich selbst, als auch den Mitmenschen gegenüber widerspiegelt. In dieser Haltung ziehe ich mich zurück, fühle mich eher verzweifelt und mutlos und bin kaum lösungsorientiert.
Ich bin nicht ok – Du bist ok
In dieser Haltung trauen wir uns selbst nichts zu, wirken ängstlich und unsicher und fühlen uns anderen unterlegen, werten uns also selbst ab. Dafür werden Mitmenschen eher bewundert oder beneidet.
Nicht-ok-Haltungen manövrieren uns grundsätzlich in oben benanntes Dramadreieck und damit in psychologische Spiele. Bleiben Menschen in einer der Nicht-ok-Haltungen verfangen, äußern sie ihre Gefühle sich selbst oder den anderen gegenüber nicht klar und deutlich, sondern versteckt.
Wie können wir Spiele abbrechen? (Abbruchstrategien)
Jeder von uns ist immer wieder Teil dieser psychologischen Spiele. Wichtig ist es zu lernen und zu erkennen, wann ich eine „Einladung“ (Köder) dazu ausspreche oder welche Einladung ich selbst gerne annehme, welchen Köder ich also gern „fresse“.
Geht es um die Schuldfrage und fühlen Sie sich ungerecht behandelt, abgewertet oder bevormundet, dann sind Sie sicher Teil eines solchen Spiels. Sprechen Sie ihre Gefühle offen und ehrlich an und sagen Sie, was Sie sich wünschen (Feedback). Überprüfen Sie Ihre Haltung, treffen Sie Entscheidungen, statt zu klagen. Helfen Sie nur, wenn Ihre Hilfe wirklich benötigt wird. Geben Sie keine Ratschläge, wenn sie nicht gewünscht sind. Ratschläge sind „Schläge“, die niemand braucht.
Ermutigen Sie ein Opfer, das Problem selbst zu lösen, wenn Sie vorher bereit sind, sich mit Empathie für eine Weile auf die Ebene des Gegenübers einzuschwingen. Damit erreichen Sie ein erstes ok/ok.
Grenzen Sie sich deutlich ab, wenn Ihnen ein Retter ein Problem abnehmen möchte oder wiederholt Lösungsvorschläge anbietet. Sie sind weder hilflos, abhängig oder unselbständig und tragen für sich selbst und Ihr Tun die Verantwortung. Wertschätzen Sie das Bemühen eines Retters und die gute Absicht, aber sorgen Sie für Ihre Selbständigkeit.
Fühlen Sie sich von einem Angreifer / Verfolger abgewertet oder verletzt, setzen Sie ein klares Stop durch nicht verletzendes Feedback und deutliche Körpersprache. Formulieren Sie kurz und klar, welches Gefühl dieses Verhalten bei Ihnen auslöst und welchen Wunsch / welche Erwartung Sie an den weiteren Umgang miteinander haben.
Es ist nicht vermeidbar, dass wir diesen psychologischen Spielen immer wieder begegnen. Aber je mehr wir lernen, die ausgelegten „Köder“ zu erkennen und damit umzugehen, desto leichter und wertschätzender wird der Umgang miteinander.

Das Team Marx-Ruhland ist professioneller Anbieter von offenen Seminare und inhouse Seminaren mit folgenden Themen: Schwierige Gesprächsführung, Konfliktmanagement, Kommunikation & Persönlichkeit, Teamentwicklung, Stress- & Gesundheitsmanagement und Einzelcoaching.
Weitere Informationen finden Sie unter www.marx-ruhland.de

Doris Marx-Ruhland (Inhaber) & **Yvonne Schirm** (Partner)
Team Marx-Ruhland

Yvonne Schirm (li.) und Doris Marx-Ruhland (re.)

2. Rechtstag außerklinische Intensivpflege in München

„Man sollte sich nicht schlafen legen, ohne sagen zu können, dass man an diesem Tag etwas gelernt hat." Dieses Zitat des Meisters des Aphorimus, Georg Christoph Lichtenberg (1742 - 1799), steht auf der Homepage der CURADEMIC – Akademie für außerklinische Intensivpflege, die am 26./27. April 2018 zum 2. Rechtstag außerklinische Intensivpflege nach München einlädt. Die beiden Tage werden für Leistungserbringer in der außerklinischen Intensivpflege informativ und lehrreich sein.

Für ihren 2. Rechtstag hat die CURADEMIC fünf Rechtsexperten aus verschiedenen Bereichen gewonnen, die ein breites Spektrum an Themenfeldern, die den Alltag in Pflegediensten prägen, abdecken. Das Arbeitsrecht ist Thema des Vortrags von Martin Rößler, Fachanwalt für Arbeitsrecht. Im Vortrag von Anja Hoffmann, LLM. Eur., Rechtsanwältin, geht es um die effektive Vorbereitung von Vergütungsverhandlungen in der ambulanten Intensivpflege. Kommt man hier zu keinem Ergebnis, gehen immer mehr Leistungsanbieter den Weg der Schiedsverhandlung. Wie diese vorbereitet und durchgeführt werden, erklärt in ihrem Referat Dr. Ulrike Brucklacher, Fachanwältin für Medizinrecht. Ronald Richter, Prof. für Sozialrecht, geht schließlich auf die Leistungen für Mitglieder der Wohngemeinschaft nach SGB V und SGB XI ein. Letzter Programmpunkt sind schließlich die steuerlichen Möglichkeiten und Fußangeln beim Betrieb von ambulanten Intensivpflegediensten. Referent ist Dr. Benjamin Liedy, Fachanwalt für Medizinrecht, Fachanwalt für Steuerrecht.
Es besteht die Möglichkeit, sich nach den Vorträgen, in den Pausen und bei einem Dinnerbuffet á la mode du chef mit den Rechtsexperten fachlich auszutauschen und ihnen Fragen zu stellen. Tagungsort ist das Holiday Inn Munich – City Centre.
CURADEMIC ist eine Akademie, die sich mit einem umfangreichen Bildungsangebot auf die pädiatrische außerklinische Intensivpflege spezialisiert hat. Durch eine enge Vernetzung mit den ambulanten Kinderkrankenpflegediensten stellt sie den Praxisbezug sicher! CURADEMIC bietet auch Fort- und Weiterbildungen für die Erwachsenenpflege an. Ziel ihrer Bildungsarbeit ist es, die Handlungskompetenz der Seminarteilnehmer so zu erweitern, dass sie im beruflichen Alltag professionell und kundenorientiert arbeiten können.

Information und Anmeldung unter www.curademic.de/rechtstag

AKADEMIE FÜR AUSSERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE
CURADEMIC

HALLE INTENSIV – Außerklinischer Intensivpflegetag

Am 23. Mai 2018 findet der Kongress HALLE INTENSIV statt. Der Wissenschaftliche Leiter ist Dr. Frank Kalbitz, Oberarzt an der Klinik für Innere Medizin I und Leiter der Interdisziplinären Notaufnahme am Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau.

Das Feld der außerklinischen Beatmungs- und Intensiv pflege wird immer komplexer. Somit steigen auch die Herausforderungen an die ärztliche Betreuung, die Pflege, die Therapie und das koordinierte Entlassmanagement der Krankenhäuser ständig. Vor dem Hintergrund dieser wachsenden Anforderungen an alle beteiligten Berufsgruppen bietet der Kongress HALLE INTENSIV auch 2018 wieder ein regionales Forum, um Wissen zu vermitteln, Erfahrungen auszutauschen und sich über Neuheiten zu informieren. Neben dem großen Feld der Heimbeatmung steht 2018 das Thema Hygiene als Begleitthema im Fokus.
Lassen Sie uns gemeinsam mit allen Berufsgruppen Fragen und Probleme diskutieren und die Blicke für die Optimierung der Strukturen und Abläufe vor Ort schärfen. HALLE INTENSIV bietet dafür eine ideale Plattform.
Informationen und Anmeldung unter:
www.halle-intensiv.de

Dr. med. Frank Kalbitz

HALLE INTENSIV
AUSSERKLINISCHER INTENSIVPFLEGETAG 23.05.2018

OxyCare Medical Group GmbH

FON +49(0)421 48 99 66 • www.oxycare.eu

OxyCare • Germany
A.R.U. Medizin-Technik • Germany
OxyCare • Austria

Asthma Bronchitis COPD Migräne
TherapieGeräte
Schlafapnoe Herzschwäche Wunde
Neuromuskulär Krebs

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

Beatmung mit COPD Hybrid-Modi

- **prisma VENT 30/40/50**
  von Löwenstein Medical

- **BiPAP A40 AVAPS-AE**
  von Philips Respironics

Interessante Informationen über NIV Beatmung bei COPD auf unserer Website: Neuheiten/Beatmung+COPD Modi

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

LIMBO Dusch- und Badeschutz

- wiederverwendbar, langlebig
- hochwertige Materialien und Verarbeitung

Anwendung: Verbände, Gips, Wunden, Tape

*ab 15,55 € **

Thromboseprophylaxe

Verschiedene Geräte:

Doctus/A-V Impulse/SCD 700

Apparative Kompressionstherapie mit Erhöhung von Blut-/ und Lymphfluss auch im Liegen, z.B. bei Immobilität.

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

Bundesweiter Service:

- Schnelle Patientenversorgung
- 24h technischer Notdienst

* zzgl. MwSt.

Atemtherapiegeräte + Inhalation

- **IPPB Alpha 3er-Serie + PSI**

Intermittend **P**ositive **P**ressure **B**reathing

IPPB Atemtherapie mit Inhalation: PSI

- 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

- **OxyHaler Membranvernebler**

Klein - leicht (88 g)- geräuschlos, Verneblung von NaCl bis Antibiotika möglich. Mit Li-Ionen-Akku, Aufladung erfolgt über das Gerät.

*Shop-Preis 146,64 €**

Sekretolyse

*4.200,00 € **

- **VibraVest**

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

*Ideal für unterwegs Aktionspreis 2.757,01 € **

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

SOS-WC für die Handtasche für Sie und Ihn *3er-Set 4,95 €*

Preisänderungen / Druckfehler vorbehalten - Abb. können abweichen

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

Burnout: erschöpft, verbittert, ausgebrannt

Das Hörbuch „Burnout: erschöpft, verbittert, ausgebrannt“ von Prof. Dr. Volker Faust aus dem S. Hirzel Verlag gibt einen umfassenden Überblick über Ursachen, Folgen und Möglichkeiten der Genesung.

Egal ob Burnout ein schon lange bekanntes Phänomen benennt oder ob es sich um neues Krankheitsbild handelt, die Zahl der betroffenen Menschen steigt auf jeden Fall stetig an und entwickelt sich somit zu einem gesellschaftlichen Problem. Nicht nur das gesamte private Umfeld der Erkrankten, auch der berufliche Bereich bekommt die Konsequenzen einer solchen Krankheit zu spüren. Der Autor dieses Hörbuchs, Prof. Dr. Volker Faust, ist Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie und hat langjährige Erfahrungen mit den Krankheitsbildern von seelischen Störungen.
Er vermittelt in diesem Hörbuch sehr verständlich, wie Burnout entsteht, welche Faktoren begünstigend wirken, aber auch wie jeder selber vorbeugend und eigeninitiativ einer negativen, krankmachenden Entwicklung entgegenwirken kann. Einer der Kernsätze zur Beschreibung der Entstehung des Phänomens ist mir nachhaltig im Gedächtnis geblieben: “Belastung ohne Aussicht auf Entlastung“. Ausblick auf Veränderung und Hoffnung sind wichtige Themen, vor allen auch in der Vorbeugung von Burnout oder einer der vielen möglichen Vorstufen. Verschiedene Typen von Burnout-Persönlichkeiten lassen sich unterscheiden. So gibt es Personen, die pflichtbewusst und mit einem zu hohen Anspruch an sich selbst irgendwann über ihre Grenzen gehen, oder Personen, die nicht „Nein sagen“ können und sich dadurch zu viel zumuten. Ein aber leider ebenfalls neues Phänomen sind Personen, die schon mit der Eigendiagnose „Burnout“ zum Arzt kommen und sich auch ohne Diagnose als Burnout-Patient sehen und damit schon ihre Leistungsbereitschaft einschränken. Interessant fand ich auch die Unterscheidung zwischen den Menschen, die eigentlich noch wollen, aber nicht mehr können und denen, die noch können, aber nicht mehr wollen. Das allgemeine Thema ist aber immer eine Überforderung durch unser steigendes Tempo in fast jedem Lebensbereich und der wachsende Leistungsdruck.
Frühe Anzeichen einer Überlastung können sich sowohl in einer verringerten Kreativität, als auch in dem Gefühl äußern, aus Erschöpfung wichtige Freizeitaktivitäten immer weiter zurück zu stellen, obwohl gerade diese zum Ausgleich sehr wichtig sind. Achtsamkeit im Umgang mit den eigenen Ressourcen ist genauso wichtig wie eine vernünftige Ernährung und gemäßigter, aber regelmäßiger Ausgleichssport. Hobbys und andere entspannende Interessen sollten nicht „hinten an stehen“, sondern dienen der Psychohygiene und damit ganz sicher der Prävention.
Besonders gut an dem Hörbuch gefällt mir der nachdrückliche Verweis auf die Eigenverantwortung, denn Burnout ist ganz stark auch von den eigenen Verhaltensweisen abhängig. Da wir allzu große Ansprüche an uns selbst und andere haben und sehr leistungsorientiert aufwachsen, vergessen oder verlernen wir, kreativ, lustig und entspannt zu sein. Auf anschauliche und nachvollziehbare Weise erfahren Angehörige und Betroffene, wie sie dem Teufelskreis von Resignation, Frustration und Minderwertigkeitsgefühlen entrinnen und was sie tun können, um ihr Leben wieder effektiv, aber auch „dosiert“ selbst in die Hand zu nehmen!
Ich habe mich in so mancher Beschreibung wieder gefunden und bin überzeugt, dass dies vielen anderen Menschen auch so gehen wird. Wissen um die Gefahren ist der erste Schritt zur Prävention. Deshalb spreche ich auch für dieses Hörbuch eine Empfehlung aus.

Vera Kroll

Zum Buch:
Volker Faust
Burnout: erschöpft, verbittert, ausgebrannt
Hörbuch, 2. Auflage
Laufzeit: ca. 66 Minuten, Audio-CD
S. Hirzel Verlag 2017
Preis: 14,80 Euro

Praxisratgeber: Von der SIS® zur Maßnahmenplanung

In der Schlüterschen Verlagsgesellschaft ist ein „Praxisratgeber: Von der SIS® zur Maßnahmenplanung“ mit Formulierungshilfen zu den Themenfeldern - pflegefachliche Einschätzung & Maßnahmen erschienen. Die Autorinnen sind Stefanie Hellmann und Rosa Rößlein.

Was ist eine Strukturierte Informationssammlung kurz (SIS®)? Schon wieder ein neues Assessment, das uns Pflegekräfte weg vom Pflegebedürftigen und hin zum Schreibtisch bringen soll?! Haben wir nicht längst genügend dieser Schreibtischtätigkeiten?! Das wird sich der ein oder die andere bei diesem Titel sicherlich fragen! Aber nein, die SIS® ist kein neues Assessment, sondern soll unsere in die Jahre gekommene Pflegedokumentation entbürokratisieren, modernisieren und uns Pflegekräfte dadurch entlasten. Es war eine Initiative der Bundesregierung in der letzten Legislaturperiode, die zu einem Entwicklungsprozess der schlanken Pflegedokumentation führen sollte. Daraus ist das **„Strukturmodell zur Neuausrichtung der Pflegedokumentation“** entstanden, und es besteht aus den folgenden vier Elementen:

1. Strukturierte Informationssammlung
2. Maßnahmenplanung
3. Berichteblatt
4. Evaluation

Das vorliegend Buch ist ein guter Ratgeber, um sich in diese neue Materie einzuarbeiten. Denn es braucht schon eine Umstellung, hat man doch über Jahre hinweg ein Dokumentationssystem nach ATL- bzw. AEDL Modell geführt.
Das Buch ist sehr übersichtlich in vier Kapitel gegliedert: Im ersten Kapitel werden zunächst die Grundlagen der SIS® erläutert. Wie ist sie entstanden und wie ist ihr Aufbau? Das Kapitel beschäftigt sich in Unterkapiteln ausführlicher mit den vier Elementen der SIS® und erklärt sie.

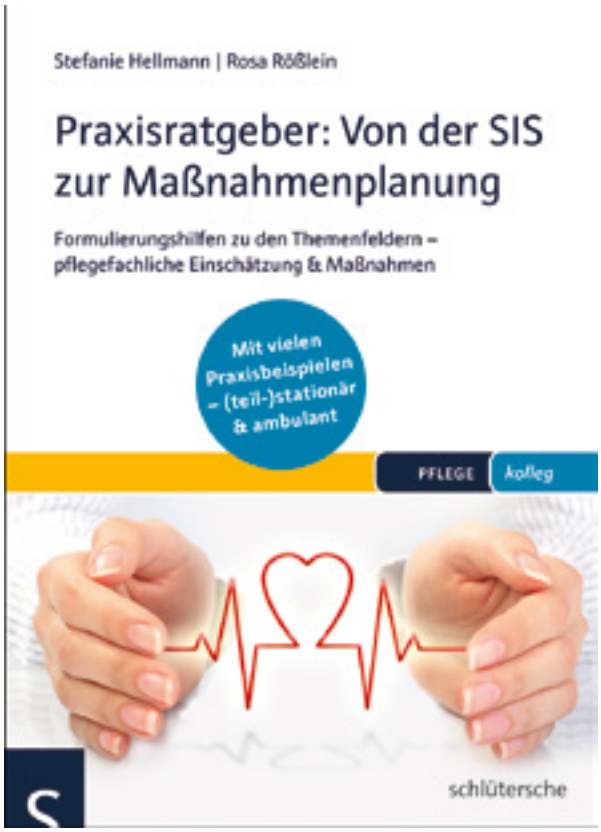
Kapitel zwei beschäftigt sich eingehender mit dem zweiten Element der SIS®, der Maßnahmenplanung. Dieses Element bedarf verschiedener Varianten, da die SIS® ja für alle Bereiche der Pflege nutzbar sein soll. Egal ob stationär oder ambulant. Jede Pflegeeinrichtung soll die Möglichkeit haben, die SIS® zu nutzen, je nachdem, welche Struktur die Einrichtung hat.

Im dritten Kapitel werden drei Fallbeispiele für die vier Bereiche dargestellt: Stationär, Tagespflege, ambulante Pflege und Kurzzeit-/Verhinderungspflege. Jedes dieser Fallbeispiele wird in der Reihenfolge des Strukturmodells behandelt. Zuerst wird die aktuelle Klientensituation geschildert. Dem folgt die jeweilige Beschreibung der Themenfelder aus Sicht des Klienten, sodann - dem jeweiligen Themenfeld entsprechend - eine pflegefachliche Einschätzung. Je nachdem wie die pflegefachliche Einschätzung ausfällt, ergibt sich daraus die Risikomatrix. Aus der allgemeinen Beschreibung, den Themenfeldern und der Risikomatrix wird dann die Maßnahmenplanung hergeleitet. Diese sollte in regelmäßigen Abständen evaluiert werden.

Kapitel vier befasst sich ausschließlich mit Formulierungshilfen. Dieses Kapitel ist nochmal in zwei Unterkapitel unterteilt. Unterkapitel eins befasst sich mit Formulierungshilfen für die Themenfelder, das zweite umfasst die Formulierungshilfen für Maßnahmenplanung. Mit integriert wurden in den Formulierungshilfen auch die Module für das Neue Begutachtungsinstrument (NBI). Somit ist auch das Strukturmodell für den MDK nutzbar bei seiner Einstufung in die verschiedenen Pflegegrade.
Insgesamt finde ich das Buch mehr als gelungen, denn es erleichtert die Umstellung vom bisherigen Dokumentationsmodell zur SIS®.
Geschrieben haben es zwei ausgewiesene Expertinnen: Stefanie Hellmann ist Diplom-Pflegewirtin (FH), Dozentin, Heimleiterin und examinierte Altenpflegefachkraft. Rosa Rößlein ist Gerontologin (M.Sc.), Diplom-Pflegewirtin (FH), TQM-Auditorin, Mitarbeiterin beim MDK sowie Altenpflege- und Gesundheits- und Krankenpflegefachkraft.

Kerstin Hirsch

Zum Buch:
Stefanie Hellmann und Rosa Rößlein
Praxisratgeber: Von der SIS zur Maßnahmenplanung
Formulierungshilfen zu den Themenfeldern - pflegefachliche Einschätzung & Maßnahmen.
Mit vielen Praxisbeispielen- (teil-)stationär & ambulant.
Schlütersche Verlagsgesellschaft 2017
Paperback, 144 Seiten
Preis: 24,95 Euro



Das zweite Leben - Interviews mit Überlebenden eines Locked-in-Syndroms

Aus der Reihe der Neuerscheinungen des Mabuse-Verlages ist dieses Buch ganz besonders hervorzuheben. Die neueste Veröffentlichung handelt von den Meinungen und Erfahrungen Langzeitüberlebende im Locked-in-Syndrom und ihren Angehörigen.

Das Buch reiht sich ein in zahlreiche Veröffentlichungen von Selbsterfahrungsberichten zu den belastenden und oft der Verzweiflung nahen Lebensumstände in Folge schwerer neurologischer Erkrankungen, wie Schlaganfall, Schädelhirntrauma, Hirntumor, Aphasie, Demenz, Wachkoma und Koma.
Der Erstautor, ein promovierter Physiker, hat schon 1999 im Mabuse-Verlag über seine Erlebnisse und Erfahrungen in der Akutphase und (Früh-)Rehabilitation nach erlittenem Locked-in-Syndrom berichtet. Er hat das LIS zum Gegenstand eigener wissenschaftlicher Arbeit gemacht und mehrfach Publikationen dazu herausgebracht. „Das zweite Leben“ geht zurück auf Interviews mit mehreren Langzeitüberlebenden, die, entgegen der anfänglichen ärztlichen fachlichen Skepsis und negativen Prognose eines (Über-)Lebens im LIS, mit ihrer Mobilität, Kommunikation und Lebensqualität, oft nach anfangs schweren Kämpfen mit Behörden und Krankenkassen, recht zufrieden sind. Ähnliche Ergebnisse aufgrund einer systematischen Befragung werden im Buch von dem international renommierten Professor, Institut für Medizinische Psychologie, Niels Birbaumer, der Universität Tübingen referiert. Demnach gibt es bei guter medizinischer und psychologischer Versorgung sowie guter sozialer Einbindung keinen Unterschied in der subjektiven Lebensqualität von LIS-Patienten im Vergleich zu Gesunden. Hier wird deutlich: subjektive Erfahrungen können Quelle von Erkenntnis sein und Betroffene als Experten in eigener Sache müssen ernst genommen werden.
Die Interviews und die Erstellung des Buches wurden unterstützt von der Zweitautorin und Psychologin Linda Loschinki und gefördert mit Mitteln des LIS-Vereins und der Christine Kühn Stiftung. Fotos und eine CD-ROM-Beilage mit Interviews zum Leben von drei LIS-Betroffenen „Wider die Langsamkeit“ und einem „LIS e.V.-Extra“ von Mechthild Katzorke (Catalinafilm) veranschaulichen auf eindrucksvolle, bisher nicht bekannte Weise, und geben Antworten auf die Frage, wie Menschen mit schweren traumatischen Erlebnissen fertig werden. Das Buch gibt wertvolle Einblicke in extreme Lebenswelten, die sich Gesunde und viele medizinische Profis nicht vorstellen können, und die weit über eine rein fachmedizinische Perspektive hinausgehen. Insofern ist das Buch ein Muss für alle an der neurorehabilitativen Behandlung und teilhabeorientierten Versorgung beteiligten Einrichtungen, Behörden, Krankenkassen und Personen.

Zum Buch:
Pantke, Karl-Heinz, Loschinski, Linda, LIS e.V. und Chrstine Kühn Stiftung (Hrsg.): Das zweite Leben - Interviews mit Überlebenden eines Locked-in-Syndroms
Frankfurt an Main, Mabuse-Verlag 2018
192 Seiten
Preis: 19,95 Euro

Apl. Prof. Dr. med. Andreas Zieger, Oldenburg

Apl. Prof. Dr. med Andreas Zieger (li.) im Gespräch mit Herausgeber Dr. Karl-Heinz Pantke (re). In der nächsten Ausgabe der GEPFLEGT DURCHATMEN schreibt Pantke über die Entstehungsgeschichte dieses Buchs und erläutert eine Umfrage, die er gemeinsam mit der Psychologin Linda Loschinski durchgeführt hat. Beide haben Betroffene und deren Angehörige befragt.
Das Foto (li.) ist ein Standbild aus dem Film: LIS e.V.- Hilfe für Menschen mit dem Locked-In-Syndrom, catlinafilm, 2016.

WISSEN VERMITTELN

IHCC AKADEMIE

Kompaktes Wissen für Pflegekräfte in der außerklinischen Intensivpflege ... und solche, die es werden möchten!

Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege
Start: 19.11.2018

Grundlagen der Beatmung
15. und 16.05.2018
13. und 14.11.2018

Kinästhetics
Aufbaukurse: 08. – 09.10.2018 und 05. – 06.11.2018

Beatmungsmanagement Complete
13.06.2018 / 05.12.2018

Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung / DIGAB“
Kursbeginn jeweils am: 16.04. / 11.06. / 15.10. / 26.11.2018

Basale Stimulation
Grundkurs: 23. – 24.04.2018 und 30.04.2018
Aufbaukurs: 16. – 17.10.2018 und 24.10.2018

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

ihcc-akademie.de

Mind-Maps Aromatherapie

Im Haug Verlag ist kürzlich die dritte aktualisierte und erweiterte Auflage des Standardwerks „Mind-Maps Aromatherapie“ von Monika Werner erschienen.

Wer das Buch aufschlägt, ist sofort fasziniert von der klar strukturierten Übersicht mit dem Titel „Indikationen auf einen Blick“. In der Form einer Krake verlaufen die Verbindungslinien zu den Therapiefeldern Psyche, Kopf, Bronchien und Lunge, Herz und Kreislauf, Magen-Darm-Trakt, Blase und Niere, Gynäkologie, Bewegungsapparat, Haut, Verletzungen und Notfälle, Infektionen mit Fieber, Grippe und Infekte, Pädiatrie, Pflege und komplementäre Begleitung bei Krebserkrankungen. Feinere Linien verbinden diese Hauptthemen mit den Unterfeldern einzelner Erkrankungen. Der Leser weiß also, was ihn auf den weiteren Seiten erwartet, er hat eine Landkarte vor sich, die er lesend „bereisen“ kann.

In der Einleitung geht die Autorin auf Wege (Nase, Haut, Schleimhäute, orale Aufnahme) und Wirkung der Ätherischen Öle ein. Mir war nicht bekannt, dass ein ätherisches Öl durchschnittlich aus 75 verschiedenen aktiven Molekülen besteht, während es ein synthetisch hergestelltes Öl nur auf maximal drei aktive Moleküle bringt.

Zunächst gibt Werner einen kurzen Einblick in die Botanik und erklärt, wie ätherische Öle gewonnen werden. Die Qualität steht bei ätherischen Ölen an oberster Stelle, denn die Inhaltsstoffe bestimmen die Wirkung. Es sollten nur naturreine ätherische Öle von Bio-Qualität eingesetzt werden. Woran man die Qualität eines Öles erkennen kann, wird in farbigen Kästchen aufgelistet. Die gängigsten Pflanzenöle und Emulgatoren sind tabellarisch und damit sehr übersichtlich dargestellt. Des Weiteren werden die physikalischen Eigenschaften und die ganzheitliche Wirkung, die auf der Vielfalt der Öle beruht, beschrieben.

Interessant fand ich, dass durch verfeinerte chemische Analysetechniken die sehr komplexen chemischen Bestandteile eines ätherischen Öls bestimmt werden können. Diese Differenzierung ermöglicht es, „Chemotypen“ zu bestimmen. Jeder Baustein eines Öls hat andere Eigenschaften, und deshalb ist für einen Therapeuten das Wissen um die Inhaltsstoffe eines Öls und deren Wirkung unverzichtbar. In einem hervorgehobenen Feld wird für eine gezielte Behandlung deutlich gemacht, dass ein Aromatogramm die Grundlage hierfür bildet. Dass ätherische Öle das Wachstum von Krankheitserregern hemmen, wurde in wissenschaftlichen Studien bereits nachgewiesen. Über ein Aromatogramm erkennt man die ätherischen Öle, die gegen einen isolierten Erreger wirksam sind. Es werden aber auch ausführlich die Neben- und Wechselwirkungen beschrieben, und man sollte zur persönlichen Sicherheit zunächst einen Verträglichkeitstest durchführen. Das Buch enthält auch empfehlenswerte Grundmischungen, die bei vielen Beschwerden von Vorteil sind und mehrmalige Anwendungen in verschiedenen Formen ermöglichen.

Die Aromatherapeutin weist ausdrücklich darauf hin, dass für aromatherapeutische Anwendungen einige Grundkenntnisse zwingend erforderlich sind. Denn dieses Wissen schützt und nützt der Person, die damit behandelt werden soll. Nach dieser Einleitung geht es zum eigentlichen Thema, den Mind-Maps (Gedächtniskarten), die für die verschiedenen Themenfelder sehr gut aufbereitet sind. Sie bieten einen schnellen Überblick im jeweiligen Hauptthema und führen direkt zum benötigten ätherischen Öl, das für die Behandlung der jeweiligen Erkrankung benötigt wird. Die verschiedenen Öle, die man für die erforderliche Grundmischung braucht, werden ausführlich beschrieben. Ergänzt wird dies durch die Abbildung der Pflanze, aus der das Öl gewonnen wird. Icons helfen weiter und erleichtern die Anwendung, indem sie anzeigen, ob das Öl für die Duftlampe, eine Massage, eine Inhalation, für die äußerliche oder innerliche Anwendung oder gar für ein Bad eingesetzt werden kann. Und auch hier wird in einem eigenen Feld auf mögliche Nebenwirkungen hingewiesen.

Zum Buch:
Monika Werner: Mind-Maps Aromatherapie. 3. aktualisierte und erweiterte Auflage, 2017, 280 S., 616 Abb., gebunden, Haug Verlag, Preis: 49,99 Euro

Das letzte Drittel des Buches enthält zahlreiche Literaturangaben für all diejenigen, die tiefer in das Thema einsteigen möchten. Hilfreich ist auch eine Adressliste, wo gute Öle bezogen werden können. Wer das Buch als Nachschlagewerk für jedes Öl und seinen Einsatzbereich nutzen möchte, findet darin eine alphabetische Liste. Dort stehen die lateinischen Bezeichnungen, die ihnen zugeordneten Anwendungsbereiche zur Heilung der jeweiligen Erkrankung. Dieser Überblick über die Vielfalt der Öle und deren Einsatzmöglichkeiten ist hervorragend.

Monika Werners Buch, nun schon in der 3. Auflage, hochinteressant. Neu sind vier Mind-Maps, die Erweiterung um das Kapitel Onkologie, überarbeitete Rezepturen und aktualisierte Abbildungen. Ich könnte mir vorstellen, dass auch Leser, die mehr über Botanik erfahren möchten, auf ihre Kosten kommen. Ich wurde durch die Lektüre angeregt, einiges auszuprobieren und werde das Buch sicherlich öfter zur Hand nehmen, um etwas nachzuschlagen. Dankbar bin ich für das Buch aber aus einem weiteren Grund: Es macht einem bewusst, welche Kostbarkeiten uns die Natur zur Verfügung stellt. Ätherische Öle sind sicherlich kein Allheilmittel, aber sie können Erkrankungen lindern und unser Wohlbefinden steigern. Deshalb ist die Lektüre der „Mind-Maps Aromatherapie“ mit über 600 Abbildungen sehr empfehlenswert.

Ellen Kraske

Licht im Dschungel der Wundauflagen

Immer größer wird der Markt der Wundprodukte. Und so ist es sehr zu begrüßen, dass in der Wissenschaftlichen Verlagsgesellschaft Stuttgart das Werk „Wundauflagen“ von Dr. Anette Vasel-Biergans in der vierten, völlig neu bearbeiteten und erweiterten Auflage erschienen ist.

Auf über 1700 Seiten und in 12 Kapiteln gibt die Autorin und Fachapothekerin für Klinische Pharmazie und Master of Education in Clinical Pharmacy Teaching einen Überblick über die Möglichkeiten der modernen Wundauflagen. Aufgrund der zahlreichen, neu aufgenommenen Produkte, hat die Autorin zur besseren Übersichtlichkeit ihr Wissen in zwei Bände „für die Kitteltasche“ aufgeteilt. Beide Bände sind jedoch - ehrlich gesagt - inzwischen mit je über 800 Seiten zu groß und zu schwer für den Kittel.
Band 1 befasst sich mit den konventionellen und hydroaktiven Wundauflagen, während Band 2 auf die spezielle Wundversorgung und Produkte für den Handverkauf eingeht. In beiden Bänden ist jedes Kapitel zu Beginn im Inhaltsverzeichnis als auch am Buchrand mit einer eigenen Farbe markiert, was die Suche nach bestimmten Materialien beschleunigt.
In der Einleitung von Band 1 geht Dr. Vasel-Biergans auf die Eingruppierung der Wundauflagen im Medizinproduktegesetz (kurz MPG) ein, die abhängig von der vom Hersteller vorgegeben Zweckbestimmung ist, und auf die Anforderungen, die an moderne Wundauflagen gestellt werden. Hier spielen Wirksamkeit, Verträglichkeit, aber auch Wirtschaftlichkeit eine Rolle.
Kapitel 2 befasst sich mit den konventionellen Wundauflagen, wie verschiedene Kompressen, Fixiermittel oder Wundgazen. Jede Versorgung wird ausführlich besprochen, Vor- und Nachteile werden aufgezeigt, und die Zweckbestimmung sowie Kontraindikationen angegeben. Es folgen Anwendungshinweise zur Verbandsanlage und zum Verbandswechsel, bei Bedarf auch zur Lagerung. Am Ende folgen Tabellen zur Produktauswahl mit Handelsnamen, Herstellern und Eigenschaften. Zu fast jeder Wundversorgung gibt es ein Produktfoto und für verordnungsfähige Wundauflagen ist eine übersichtliche Tabelle mit Größen, Verpackungseinheiten, Artikel- und Pharmazentralnummer (PZN) dabei.
Diese Gliederung zieht sich durch alle weiteren Kapitel. So behandelt Kapitel 3 auf über 700 Seiten verschiedenste Arten der hydroaktiven Wundauflagen: Alginate, Auqafilament-Verbände, hydrophile Faserverbände, Hydrogelkompressen und -gele, Hydrokolloide, Schaumstoffkompressen, Wundfolien und Auflagen mit Superabsorber.
Band 2 beschäftigt sich zunächst mit hydroaktiven Wundauflagen für den Handverkauf, sprich für den Hausgebrauch, wie z.B. Hydrokolloidpflaster oder „Duschpflaster“. Es folgt ein Kapitel über interaktive Wundauflagen wie Kollagen- oder gelatinehaltige Wundauflagen und hyaluronsäurehaltige Wundtherapeutika. Kapitel 6 gibt einen Überblick über antibakterielle und geruchsbindene Wundauflagen z.B. mit Aktivkohle, Honig, Antiseptika oder Silber. Anschließend folgen zwei kürzere Artikel zur Narbenkorrektur und zu Sprühpflaster. In Kapitel 9 geht es um das große Feld der lokalen Unterdrucktherapie. Hier werden auf über 100 Seiten die verschiedensten Absaug- und Therapieeinheiten und dazu passende Verbandsmittel erklärt.
Kapitel 10 widmet sich der Madentherapie, in Kapitel 11 werden lokale Wundtherapeutika wie Spüllösungen, Antiseptika, Sprays und Salben behandelt und das letzte Kapitel thematisiert den temporären Hautersatz. Es folgt noch ein Anhang zum schnellen Überblick: Eine Tabelle, die den bevorzugten Einsatz der verschiedenen Wundauflagetypen den Phasen der Wundheilung zuordnet, eine Kurzübersicht sowohl über die Firmen und ihre vertriebenen Wundauflagengruppen als auch die Firmen mit ihren Produkten und der passenden Seite in den beiden Bänden, und schließlich ein Herstelleradressverzeichnis. Beide Bände beinhalten ein Sachverzeichnis und eine Kurzinformation über die Autorin.
Fazit: Diese beiden Bände bringen Licht in den Dschungel der vielen Wundauflagen und helfen durch ihre übersichtliche Gliederung und die genauen Informationen jedem, den passenden Verband für den Patienten zu finden und die Wundheilung gut zu unterstützen. Anhand der PZN-Nummern besteht auch die Möglichkeit, die Preise zu vergleichen. Die Bände sind somit ein hervorragendes Nachschlagewerk. Eine klare Empfehlung für jeden, der mit Wundmanagement zu tun hat.

Heike Zinner

Zum Buch:
Anette Vasel-Biergans: Wundauflagen für die Kitteltasche
Bd. 1: Konventionelle und hydroaktive Wundauflagen
Bd. 2: Spezielle Wundversorgung und Produkte für den Handverkauf
4., vollständig neu bearb. u. erw. Aufl.
Unter Mitwirkung von: Dr. Wiltrud Probst
XVIII, 1727 S., 877 farb. Abb., 16 farb. Tab.
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, 2018
Preis: 54,90 Euro

Cannabis: Was man weiß, was man wissen sollte

Das Hörbuch „Cannabis: Was man weiß, was man wissen sollte“ von Peter Cremer-Schaeffer aus dem S. Hirzel Verlag beleuchtet das Thema Cannabis aus verschiedenen Blickwinkeln.

Mir war Cannabis bisher eher als verbotene Droge bekannt, nicht als „vielkönnende“ Heilpflanze oder medizinisches Therapeutikum. Der Autor spannt einen Bogen über eine botanische Beschreibung der Hanfpflanze, ihrer vielfältigen Verwendungen in den verschiedenen Kontinenten und Epochen bis hin zu einer Anregung der kontroversen Diskussion über die Legalisierung von Cannabis (Marihuana) in unserer Gesellschaft. Genussmittel oder gefährliche Droge? Fluch oder Segen? Diese Fragen werden gestellt, auch im Hinblick und Vergleich mit den gesellschaftlich anerkannten Genussmitteln wie zum Beispiel Nikotin und Alkohol. Am 19. Januar 2017 wurde vom Deutschen Bundestag das Gesetz „Cannabis als Medizin“ beschlossen. Das Gesetz, das im März 2017 in Kraft getreten ist, regelt den Einsatz von Cannabisarzneimitteln als Therapiealternative bei Patientinnen und Patienten im Einzelfall bei schwerwiegenden Erkrankungen.
Der Autor, Dr. Peter Cremer-Schaeffer, ist Facharzt für Anästhesiologie und leitet seit 2009 die Opiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Er beschäftigt sich seit Jahren mit dem Thema Cannabis und ist dabei in einem ständigen Austausch mit Wissenschaftlern, Ärzten, Apothekern und Patienten. Dieses Hörbuch ist eine umfassende Informationssammlung, mit deren Hilfe man einen guten Überblick über die Wirkungsweise von Cannabis im medizinischen Bereich, etwa zur allgemeinen Schmerztherapie, zur Entspannung der Spastiken bei Multipler Sklerose, Übelkeit und Erbrechen bei Krebschemotherapie und Appetitlosigkeit bei HIV/Aids erhält.
Gleichzeitig erläutert und stellt der Autor die gesellschaftlichen Ängste und Vorbehalte dar, da Cannabis im Ruf steht, als sogenannte Einstiegsdroge gefährlich zu sein. Diese Frage wird im Zusammenhang mit der Legalisierung immer wieder angesprochen, wurde aber schon durch verschiedenste Statistiken und Forschungsreihen wissenschaftlich widerlegt. Es gibt keinen zwangsläufigen Zusammenhang zwischen dem Konsum von Cannabis und einem späteren Umsteigen auf andere Drogen, zumindest ist die Wahrscheinlichkeit nicht höher als bei Alkohol, Nikotin oder sogar Zucker. Trotzdem sollte der Schutz vor allem von Jugendlichen immer im Fokus der Diskussion bleiben. Denn Jugendliche sind bei einer Legalisierung die am stärksten gefährdete Gruppe.
Was mir an diesem Hörbuch besonders gefallen hat, ist die objektive Beschreibung und Zusammenstellung möglichst vieler Aspekte und Informationen über die Pflanze und ihre Wirkungsweise. Wer als behandelnder Arzt oder Therapeut über den Einsatz von Cannabis nachdenkt, muss sich wohl noch intensiver mit der Indikation im jeweiligen Fall und mit eventuellen Gefahren auseinandersetzen. Mich hat dieses Hörbuch begeistert. Erwähnen möchte ich auch, dass ich die Stimme als sehr angenehm empfunden habe. Auch aus diesem Grund würde ich eine Kaufempfehlung aussprechen.

Vera Kroll

Zum Buch:
Peter Cremer-Schaeffer: Cannabis. Was man weiß, was man wissen sollte
Hörbuch, Laufzeit: ca. 80 Minuten, Audio-CD
S. Hirzel Verlag 2017
Preis: 14,80 Euro

Wir suchen für unsere Wohngemeinschaften
deutschlandweit PFLEGEFACHKRÄFTE (m/w)
mit Fachkompetenz, Verantwortungsbewusstsein,
Freude am Umgang mit Menschen - in der Pflege und in unserem Unternehmen

Viele Menschen müssen mit Atemunterstützung leben und sind auf außergewöhnliche Pflegekräfte angewiesen, die sie in ihrem Alltag unterstützen. Was andere als reinen Job verstehen, betrachten wir als Herzensangelegenheit und Pflicht unseren Mitmenschen gegenüber.

Wir gestalten Pflege lebenswert, für unsere Klienten und für unsere Mitarbeiter. In unseren 6 Wohngemeinschaften in Deutschland zeigen wir, dass die Klientenbetreuung modern und fachlich kompetent umgesetzt werden kann. Die **Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH** hat sich seit vielen Jahren auf die außerklinische Intensivpflege ihrer Klienten spezialisiert.

Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Ottobrunner Straße 41, 82008 Unterhaching
heimbeatmung.com

PFLEGEFACHKRAFT Intensive Care (m/w), deutschlandweit

DU BIST

- Altenpfleger/in
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in
- Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in

DU MÖCHTEST MEHR ERFAHREN?

Wenn du eine verantwortungsvolle Tätigkeit suchst, die mehr als ein Job ist, dann sollten wir uns kennenlernen. Offene Stellen findest du in unserem Stellenportal und du kannst dich auch initiativ bei uns bewerben:
www.heimbeatmung.com/stellenangebote/angebote

Deine Bewerbung schickst du am besten direkt an die Niederlassungsleitung des jeweiligen Standorts. Wenn du vorab ein paar Fragen telefonisch klären möchtest, erreichst du uns in unserer Zentrale telefonisch unter +49 (0)89-540426810 (Mo-Fr 8.00-16.00).

HEIMBEATMUNGS SERVICE

STELLENMARKT TOPFACHKRÄFTE SUCHEN UND FINDEN!

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

Qualität, bester Service, Know-how und innovatives Handeln - dafür steht der Name Häussler seit 1916. Als führendes Sanitätshaus in Ulm und Umgebung mit mehr als 180 Mitarbeitern betreuen wir unsere Kunden an fünf Standorten.

Für unser Überleitteam suchen wir für den Großraum Ulm ab sofort oder zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen

Fachberater/in Versorgungsmanagement

Schwerpunkt: Beatmung, Ernährung, Tracheostoma

Wir freuen uns auf Ihre abgeschlossene Ausbildung zur/zum examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger/in mit entsprechender Fachweiterbildung, Berufserfahrung im Außendienst sowie eine qualitätsorientierte Arbeitsweise.

Zu Ihren Aufgaben zählen die Überleitung von Patienten mit multiplen Versorgungen von der Klinik in den häuslichen Bereich sowie die Beratung, Anleitung und Versorgung in den Bereichen Beatmung, Tracheostomie, enteraler Ernährung, Wundmanagement, Stomatherapie, Kontinenzversorgung und Antidekubitussysteme.

Wir bieten Ihnen eine umfangreiche Einarbeitung und ein modernes Arbeitsumfeld bei einem führenden Unternehmen im Gesundheitswesen. Gute Möglichkeiten zur beruflichen und persönlichen Weiterentwicklung sowie leistungsgerechte Vergütung und ein Firmen-PKW sind selbstverständlich.

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann freuen wir uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung, gerne auch per Mail an hipp@haeussler-ulm.de

Häussler
Ihr Sanitätshaus

89081 Ulm, Jägerstraße 6
Telefon 07 31 / 1 40 02-0
www.haeussler-ulm.de

April 2018

8.4.2018 in Hannover
Aktueller Hygienetag für aWGs
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt NLGA Hannover
Kontakt:
Patrick.Ziech@nlga.Niedersachsen.de
www.fortbildung.nlga.niedersachsen.de

11.4.2018 in Münnerstadt
8. Intensivpflegetag Nordbayern
Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken
www.intensivpflege-nordbayern.de

16. - 20.4.2018 in Landsberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/on-line-anmeldung.html

17.4.2018 in Berlin
Entscheider-Konferenz: Außerklinische Intensivpflege 3.0
Die Plattform für Politik und Praxis
www.vincentz-akademie.de/Ambulantes-Management/Entscheider-Konferenz-Ausserklinische-Intensivpflege-3.0

23. - 24.4.2018 in Landsberg
Basale Stimulation Grundkurs, Teile 1 und 2 von 3
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/on-line-anmeldung.html

26. - 27.4.2018 in München
2. Rechtstag außerklinische Intensivpflege 2018
www.curademic.de/rechtstag

28.4.2018 in Regensburg
Symposium für außerklinische Intensivpflege- Spannungsfeld Heimbeatmung – Wege für eine bessere Versorgung.
https://vffp.de

30.4.2018 in Landsberg
Basale Stimulation Grundkurs, Teil 3 von 3
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/on-line-anmeldung.html

Mai 2018

2. - 4.5.2018 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege: Grundlagen der systemischen Beratung, des Konfliktmanagements und der Familienzentrierten Pflege
HCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/on-line-anmeldung.html

3. - 4.5.2018 in Berlin
13. Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS)
www.aps-ev.de/13-aps-jahrestagung-am-03-04-mai-2018-in-berlin

15. - 16.5.2018 in Landsberg
Grundlagen der Beatmung
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/on-line-anmeldung.html

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

Juni 2018

6. - 8.6.2018 in Berlin
Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2018, www.hauptstadtkongress.de

7. - 9.6.2018 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 u. Beatmungsmedizin e. V.
www.digab-kongresse.de

11. - 15.6.2018 in Bad Kissingen
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/on-line-anmeldung.html

13.6.2018 in Landsberg
Beatmungsmanagement Complete
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/on-line-anmeldung.html

15.6.2018 in Berlin
Aktivcamp Pflege 2018 in Berlin
https://team-scharfenberg-online.de/aktivcamp2018/

September 2018

24. - 28.9.2018 in Landsberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/on-line-anmeldung.html

24.9.2018 in Regensburg
Herausforderung Beatmung- graue Theorie praxisnah vermitteln
Universitätsklinikum Regensburg, Kursraum 2 (Eingang West, Bauteil A2 4.06, 1. OG)
Beschränkt auf 26 Teilnehmer
Mail: Thomas.Bonkowski@ukr.de
Tel.: 0941/944-6933 od.-4478

25. 9. 2018 in Regensburg
Herausforderung Beatmung- graue Theorie praxisnah vermitteln
Universitätsklinikum Regensburg, Kursraum 2 (Eingang West, Bauteil A2 4.06, 1. OG)
Beschränkt auf 26 Teilnehmer
Mail: Thomas.Bonkowski@ukr.de
Tel.: 0941/944-6933 od.-4478

Oktober 2018

8. - 9. 10.2018 in Landsberg
Kinästhetik-Aufbaukurs, Teile 1 und 2 von 4
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/on-line-anmeldung.html

10.10.2018 in Regensburg
11. Regensburger Intensivpflegetag
https://vffp.de

16. - 17.10.2018 in Landsberg
Basale Stimulation Aufbaukurs, Teile 1 und 2 von 3
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/on-line-anmeldung.html

15. - 19.10.2018 in Leonberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/on-line-anmeldung.html

20.10.2018 in Bremerhaven
NEURO 2018
http://www.neuro2018.de/Home

19. - 20.10.2018 in Ulm-Seligweiler
14. Tagung Außerklinische Beatmung Kinder und Kleinkinder
www.rku.de

24.10.2018 in Landsberg
Basale Stimulation Aufbaukurs, Teil 3 von 3
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

25. - 26.10.2018 in München
Europäischer Gesundheitskongress München
www.gesundheitskongress.de

26. - 27.10.2018 in München
11. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress
www.maik-online.org

November 2018

5. - 6.11.2018 in Landsberg
Kinästhetik-Aufbaukurs Teil 3 und 4 von 4
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

8. - 9. November 2018 in Berlin
Berliner Pflegekonferenz – Aus der Praxis für die Praxis
www.berliner-pflegekonferenz.de

13. - 14.11.2018 in Landsberg
Grundlagen der Beatmung
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

17.11.2018 in Berlin
10-jähriges Jubiläum des ALS-mobil e.V.
ALS-Kongress und Abendempfang
www.als-mobil.de/verein/2018-jubilaeum

19. - 22.11.2018 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege: Grundlagen der systemischen Beratung, des Konfliktmanagements und der Familienzentrierten Pflege
Teil 1: Lern- und Bildungsprozesse gestalten
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

26. - 30.11.2018 in Landsberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

Dezember 2018

5.12.2018 in Landsberg
Beatmungsmanagement Complete
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

17. - 20.12.2018 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege: Grundlagen der systemischen Beratung, des Konfliktmanagements und der Familienzentrierten Pflege

Teil 2: Familienzentrierte Pflege
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

Vorschau 2019

21. - 24.01.2019 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege: Grundlagen der systemischen Beratung, des Konfliktmanagements und der Familienzentrierten Pflege
Teil 3: Persönliche Kompetenzbildung
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

28.1.2019 in Bonn
3. CareCampBonn – Der etwas andere Intensivpflegeworkshop
www.carecampbonn.de

11. - 13.03.2019 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege: Grundlagen der systemischen Beratung, des Konfliktmanagements und der Familienzentrierten Pflege
Teil 4: Führungskompetenzen in der AIP
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

13. - 16. 3. 2019 in München
60. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
in Kooperation mit der
Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V.
http://pneumologie-kongress.de/

08. - 10.04.2019 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege: Grundlagen der systemischen Beratung, des Konfliktmanagements und der Familienzentrierten Pflege
Teil 5: Rechtliche Rahmenbedingungen
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

Juni 2019 in Kassel
27. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V. zusammen mit dem 14. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.
www.digab-kongresse.de

25. - 26. Oktober 2019 in München
12. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress
www.maik-online.org

Vorschau 2020

25. - 28. März 2020 in Hamburg
61. Kongress der Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin
http://pneumologie-kongress.de/

Werteorientierte Pflege

Was macht eine gute Pflegende aus? Dieser Frage geht das Buch „Werteorientierte Pflege“ aus dem Hogrefe Verlag nach, das Derek Sellman herausgegeben hat. Die deutschsprachige Ausgabe ist von Dr. Diana Staudacher. Rezensentin Angelika Rathgeber würde das Buch gerne zur Pflichtlektüre für jede in der Pflege arbeitende Person machen.

Die charakterlichen Qualitäten, das Mitgefühl, die Tugenden, die Aufopferung und Hingabe für den Patienten, die Profession und die fachliche Kompetenz standen bisher als „die Werte“, die eine gute Pflegekraft ausmachten. Ist dies noch zeitgemäß? Wer sind wir Pflegenden eigentlich wirklich? Was wird uns abverlangt? Was wird erwartet?
Sind nicht alle Menschen im Umgang mit Kranken und verletzlichen Personen empathisch, verständnisvoll und prosozial eingestellt? Können diese mit Schmerz und Leid umgehen, ohne hiervon emotional überwältigt zu werden, oder weisen nur Pflegende diese Fähigkeiten auf?
Die/der Pflegende bekommt das Leben eines Menschen oft in einer lebensbedrohlichen, traumatisierenden oder existenziell hochverletzlichen Situation in ihre Verantwortung gelegt. Dieser kranke, verletzliche Mensch sucht Vertrauenswürdigkeit, einen offenen Menschen, der ihm sozial und solidarisch beiseite steht, denn er braucht diesen Pflegenden zum Überleben. Das heißt auch, dass diese Verantwortung , die körperliche, seelische und soziale Integrität eines besonders verletzlichen Menschen eine ethische Dimension aufweist, deren die Pflegenden gerecht werden müssen. Der Schutz des besonders verletzlichen Menschen gilt als übergreifendes und handlungsleitendes Ziel der Pflege und hat bedeutende Folgen für die pflegerische Ethik.
„Niemals ist ein Mensch verletzlicher als in der Situation der Krankheit“ (Pellegrino, 2001)! Denn Schmerz, Leiden und eine schwere Erkrankung machen bewusst, wie fragil und gefährdet menschliches Leben ist. Verletzlichkeit ist der Schlüsselbegriff in Derek Sellmans Verständnis der Pflege und ihrer ethischen Verantwortlichkeit. Dieser daraus resultierende pflegerische Schutzauftrag für die verletzlichsten Menschen der Gesellschaft ist der rote Faden, der sich durch dieses beeindruckende Buch zieht. Es umfasst die folgenden sieben Kapitel:

1. Tugend: Ethisch vorbildliches Menschsein
2. Die Verletzlichkeit des Menschen
3. Pflege als ethische Praxis
4. Die vertrauenswürdige Pflegeperson
5. Offenheit als professionelle Tugend
6. Ethische Bildung für Pflegende
7. Zusammenfassung: Ein anspruchsvolles Ziel

Im Anhang befinden sich noch interessante Arbeitsblätter zur Klärung von Wertvorstellungen, das Literaturverzeichnis und ein Sachwortverzeichnis.
Mein Fazit: Die Lektüre von „Werteorientierte Pflege“ hat mich gefesselt. Man wird zum Nachdenken angeregt und ergo, sich vielmehr mit diesem Thema auseinander zu setzen. Denn im pflegerischen Alltag funktioniert man „halt so“, aber warum und weshalb? Diese Fragen stellen sich die wenigsten Pflegenden. Dieses Buch hat die pädagogische Botschaft, dass Gedanken und Handlungen, Verstand, Offenheit und Emotion, Charakter und Verhalten untrennbar miteinander verbunden sind. Da wir Pflegenden tagtäglich die Last aus der Funktionalität heraus stemmen, ist dieses Buch, das unser Handeln aus einem anderen Blickwinkel betrachtet, eine echte Inspiration. Es lehrt uns sensibel zu sein, vertrauens- und respektvoll miteinander umzugehen und den erkrankten Menschen einen geschützten Rahmen zu geben. In diesem Rahmen soll verhindert werden, einen Menschen in existenzieller Betroffenheit zu beschämen, ihn zu bedrohen und auszunutzen, ihm emotionalen Rückhalt zu verweigern, sein Selbstwertgefühl zu verletzen bzw. ihn zu überfordern.
Ich bin der Meinung, dieses Buch sollte eine Pflichtlektüre für jede in der Pflege arbeitende Person sein.

Angelika Rathgeber

Zum Buch:
Derek Sellman: Werteorientierte Pflege
Was macht eine gute Pflegende aus? Grundlagen ethischer Bildung für Pflegende
Deutsche Ausgabe herausgegeben von Diana Staudacher. Übersetzt von Sabine Umlauf-Beck.
Verlagsgruppe Hogrefe 2017
152 S., 1 Abb., Kt
Preis: 29,95 Euro

GEPFLEGT DURCHATMEN - Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

Herausgeber
Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Ottobrunner Straße 41 - 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:
Patrick Anders, Stefanie Baiter, Angelika Brunner, Alexandra Eyrich, Annette Geißler, Bettina und Jochen Haringer, Dr. med. Detlev Heyse, Johannes Hintersberger, MdL, Justin Hirsch, Kerstin Hirsch, Christoph Jaschke, Angela Jerabeck, Christine Keller, M.A., Prof. Dr. Boris Kotchoubey, Ellen Kraske, Vera Kroll, Jeanette Kück, Katrin Langensiepen, Doris Marx-Ruhland, Ottmar Miles-Paul, Thomas Muck, Dr. Karl-Heinz Pantke, Dr. Maria Panzer, Dinah Radtke, Asarnusch Rashid, Angelika Rathgeber, Dr. Adolf Ratzka, Heinrich Recken, Dr. med. Gregor Scheible, Yvonne Schirm, Kordula Schulz-Asche, MdB, Dr. Alexander Schwandt, Nina Struck, Bernd Tews, Dieter Weber, Apl. Prof. Dr. med. Andreas Zieger, Heike Zinner, Dorothee von Zobel

www.hauptstadtkongress.de
www.digab-kongresse.de
www.epaponline.eu
www.curademic.de/rechtstag
www.halle-intensiv.de
www.aktion-mensch.de/aktionstag-5-mai/aktionstag-2018.html

Das Titelfoto zeigt Katrin Langensiepen und ist von Andi Weiland, Pressesprecher (Media Relations Director), SOZIALHELDEN e.V., Berlin

Anzeigenleitung: Sebastian Herele
Grafik und Layout: Dr. 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

EO-150 - Ihre Freiheit mit dem neuesten Bedienkonzept.

HOSPITAL

HOMECARE

DIAGNOSTICS

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