GD

Ausgabe 46 | Oktober 2019

GEPFLEGT DURCHATMEN

Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

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.

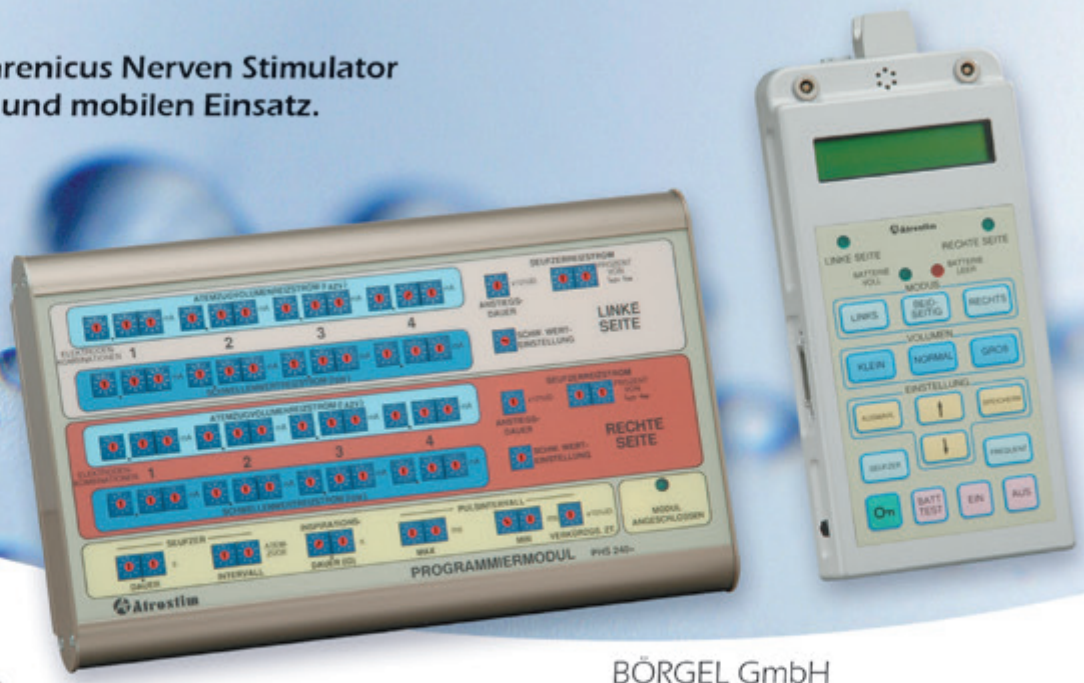
Unsere Leistungen:

- 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

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

unser Titelbild zeigt Sabine Heberer, Geschäftsführerin der PGS Bayern GmbH in Traunstein, die als Krankenpflegerin mit Fachweiterbildung für Intensivpflege sowohl in klinischen wie im außerklinischen Bereich viele Erfahrungen gesammelt hat. Nun widmet sie sich mit großem Elan der Fertigstellung des „Prinzessinnenhauses", in dem bald Menschen wohnen werden, die Beatmungs- und Intensivpflege benötigen. Und sie sollen dort nicht nur exzellente Pflege erhalten, sondern eine hohe Lebensqualität. Dies sagt auch eine zweite Powerfrau, die seit über 30 Jahren für die Pflege „brennt": Elke Dodenhoff, die ihre 11. Wohngemeinschaft in Bayern präsentiert. Hört man Pflegenden zu, dann sind sie stolz, wenn es ihnen gelingt, Menschen, die man andernorts schon aufgegeben hat, wieder ein Stück ins normale Leben zurückzuholen, wenn sie nach einer Therapie wieder selbst etwas tun können, oder wenn sie die Trachealkanüle nicht mehr benötigen.
So war der Referentenentwurf eines „Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG", mit dem wir uns in dieser Ausgabe beschäftigen, nicht nur für die Betroffenen und ihre Angehörigen ein Schock, auch Pflegende, die tagtäglich in der Intensiv- und Beatmungspflege arbeiten, fühlen sich angegriffen. Es wird doch schon jeder Pflegedienst mindestens einmal im Jahr geprüft, streng nach der Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP), angelehnt an die S2K-Leitlinie! Und als weiteres Kontrollorgan gibt es z.B. in Wohngemeinschaften das Gremium der Selbstbestimmung.
Viele Betroffene zeigen in diesem Heft, wie gut sie ihre Versorgung über das Arbeitgebermodell im Griff haben und wie aktiv sie sind. Und dies nicht nur dank der Pflege- und Assistenzkräfte, sondern auch ihrer Angehörigen. Solch starken Familien widmet Christine Keller einen Artikel und fragt, woher sie diese Kraft haben. Neben vielen weiteren Themen stimmt diese Ausgabe mit dem MAIK-Special auf den MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress ein. Der interdisziplinäre Fachkongress zeigt seit 12 Jahren, was für ein Segen außerklinische Intensivversorgung für schwerstkranke Kinder und Erwachsene ist, wenn die Rahmenbedingungen stimmen. Und gerade hier liegt noch vieles im Argen.

Ich wünsche Ihnen viel Freude bei der Lektüre.

Ihre

Redaktionsleitung

Wie gefällt Ihnen diese Ausgabe?
Bitte schreiben Sie mir an panzer@deutschefachpflege.de

INHALT

TITEL
Das Prinzessinnenhaus in Vogtareuth S. 4

POLITIK
Das Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz - RISG S. 8

BETROFFENE
Gremium der Selbstbestimmung S. 14
Das Arbeitgebermodell S. 16
Sommerurlaub im E-Rolli in Kroatien S. 18
Soweit das Auge reicht ... von den Schweizer Bergen aus S. 21

PFLEGE
Bedingungslos lieben S. 22
Stärken von Familien – Familien stärken S. 24
Pflegende Angehörige vs. Betroffene S. 29
AKB Elke Dodenhoff eröffnet 11. Intensiv-WG S. 32
Digitale Zwillinge der Lunge S. 36
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege S. 38
Aktivcamp Pflege in Düsseldorf S. 39

THERAPIE
Atemtherapie im außerklinischen Bereich S. 40
Interview mit Sprachheilpädagogin Nicolin Bähre S. 42

ATMUNG UND BEATMUNG
Froschatmung und Freitauchen S. 46
Neue Broschüre: Beatmung, was nun? S. 51

HYGIENE
Noroviren (Teil 1) S. 52
Zukunft der Wundversorgung erleben S. 54

KINDER
Stiftung Ambulantes Kinderhospiz (AKM) S. 55
Die Inselschule S. 57
Dramatische Zustände bei häuslicher Kinderversorgung S. 60

PATIENTENSICHERHEIT S. 62

MAIK SPECIAL S. 64

REZENSIONEN S. 75

TERMINE S. 79

#244937758 © Ruslan Guzov – shutterstock.com
Titel: Family with Grandparents and little girl in autumn park / Urheber: Ruslan Guzov

(07/19)

Fresenius Kabi Deutschland GmbH | fresenius-kabi.de | T 0800 / 788 7070

sanabelle Künstliche Nasen/HMEs

Wärme- & Feuchtigkeitsaustauscher für verschiedene Bedürfnisse

SANABELLE – EINE MARKE DER FRESENIUS KABI GRUPPE

Ob mit hygroskopischem Papiermedium, Schaumstoffmedium oder mit einer innovativen „CLIP TO FIT" Klemmfunktion – Fresenius Kabi Deutschland GmbH bietet ein breites Portfolio an künstlichen Nasen.

Mehr erfahren Sie unter:
www.fresenius-kabi.com/de

FRESENIUS KABI
caring for life

Das Prinzessinnenhaus in Vogatreuth. Wie ein besonderer Ort für Lebensqualität entsteht.

Im Ortskern von Vogtareuth, einem Dorf im Landkreis Rosenheim in der Nähe des Chiemsees, steht das sogenannte Prinzessinnenhaus. Der Bayerische Rundfunk berichtete bereits über das Anwesen, das seinen Namen einer arabischen Prinzessin verdankt. Sie kaufte das Haus vor einigen Jahren und plante eine umfangreiche Sanierung. Dazu kam es jedoch nicht, und die Prinzessin ward in Vogtareuth nicht mehr gesehen. Das Haus verfiel, und die Anwohner bedauerten den tristen Anblick im Ortskern ihres Dorfes.

Die Geschichte des Prinzessinnenhauses klingt wie aus einem Märchen. Ein gutes Ende charakterisiert ein Märchen, und die Geschichte des Prinzessinnenhauses ist tatsächlich gut ausgegangen. Es erstrahlt in neuem Glanz. Das Haus wurde von einem Ehepaar ersteigert, das sich viele Gedanken über die zukünftige Nutzung des Gebäudes machte. In dieser Zeit lernten sie Sabine Heberer, Geschäftsführerin der PGS Bayern GmbH, kennen, die gerade auf der Suche nach einem geeigneten Standort für eine neue Intensivpflege-Wohngemeinschaft war. Kurzentschlossen wurde ein gemeinsamer Termin in der Wohngemeinschaft der PGS im nahgelegenen Rosenheim vereinbart und rückblickend sagt Heberer über diesen Besuch: „Mir war es wichtig, ihnen zu zeigen, was wir unter Lebensqualität verstehen, wie wir mit Menschen, die ein Handicap und einen reduzierten Allgemeinzustand haben, umgehen und was es heißt, diesen Menschen die Teilhabe am Leben zu ermöglichen. Die Eigentümer haben sich viel Zeit genommen. Wir hatten eine Stunde vereinbart, daraus wurden vier, und sie haben uns noch am selben Tag zugesagt, dass sie mit uns zusammenarbeiten möchten. Unser Konzept und unser Anspruch an hervorragende Pflege haben sie überzeugt. Das hat uns unheimlich gefreut, weil wir wussten, dass es zu diesem Zeitpunkt zahlreiche Mitbewerber mit interessanten Nutzungskonzepten gab."

Für Heberer und die PGS Bayern GmbH ist die Zusammenarbeit mit den Eigentümern des Prinzessinnenhauses ein Glücksfall und markiert den Beginn eines wichtigen Zukunftsprojekts. Heberer erläutert: „Die Eigentümer haben Feuer gefangen für die Nutzungsvariante außerklinische Intensivpflege mit der PGS, und das zieht sich wie ein roter Faden durch alle Planungs- und Bauphasen. Wir stehen in engem Kontakt. Jede Fragestellung, die im Zusammenhang mit der späteren Nutzung als Beatmungs-WG aufkommt, wird bis ins Detail durchdacht. Wir hatten bei der Planung der Grundrisse volles Mitspracherecht und haben diese im Planungsprozess noch zweimal verändert. Das war knifflig, weil es ja ein Bestandsobjekt ist. Sie waren da immer offen und sind mit Herzblut dabei. Das sind traumhafte Bedingungen. Sie möchten z. B. viele Naturmaterialien einsetzen, so haben wir besprochen, dass der Fußboden desinfektionsmittelbeständig sein muss. Danach sind sie sofort mit Herstellern in Kontakt getreten, um etwas Geeignetes zu finden. Dabei legen sie großen Wert auf die Details, die immer in Hinblick auf die Bedarfe der späteren Bewohner ausgewählt werden." Das Eigentümer-Ehepaar sorgt in vielerlei Hinsicht für einen guten Start des PGS-Teams in Vogtareuth. So merkt Heberer an: „Es ist auch sehr an der Integration im Dorf interessiert und nehmen an Gemeinderatssitzungen teil, um über den Fortschritt des Projekts zu informieren. Zu diesem Zweck haben sie für das Haus sogar eine Homepage erstellt: www.prinzessinnenhaus.info. Dort kann man die Geschichte des Gebäudes nachlesen."

Vogtareuth bietet ein ideales Umfeld für die neue Wohngemeinschaft, denn im Ort ist bereits eine Klinik

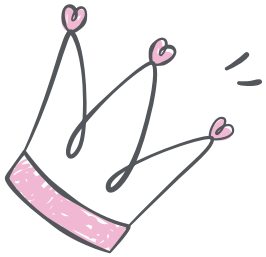
ansässig. Für Heberer ist dieser Standortvorteil wichtig: „Das Dorf hat eine traumhafte Lage und durch die Klinik, die Patienten mit ähnlichen Krankheitsbildern behandelt, wie sie auch bei uns leben werden, ist Vogtareuth schon vorgeprägt. Die Anwohner sind daran gewöhnt, dass es hier Rollstuhlfahrer gibt, die mit ihren Verwandten die Cafés besuchen und auf den Straßen unterwegs sind. Das ist ein unschlagbarer Vorteil, denn wir möchten den Menschen mit ihrem Handicap Lebensqualität geben, und dabei ist es wichtig, dass sie sich auch außerhalb der eigenen vier Wände bewegen können und dort willkommen geheißen werden. Vogtareuth ist klein, aber es gibt Infrastruktur, wie einen Bäcker und einen Metzger, und direkt gegenüber unserer zukünftigen Wohngemeinschaft ist das Wirtshaus mit sehr guter Gastronomie und Fremdenzimmern, sodass Besucher jederzeit hierherkommen können."

Für zwölf Klient*innen wird das Prinzessinnenhaus ein neues Zuhause. Die neue Wohngemeinschaft für Menschen mit Intensivpflegebedarf soll Anfang Dezember 2019 feierlich eröffnet und direkt von den ersten Bewohnern bezogen werden. Sie leben aktuell noch in einer Wohngemeinschaft der PGS in Feldkirchen-Westerham, die vom Prinzessinnenhaus abgelöst werden wird, wie Heberer erklärt: „Diese WG bietet den Klienten keine schönen Aufenthaltsmöglichkeiten. Mir ist bei einer Beatmungs-WG wichtig, dass Angehörige und Freunde gern zu Besuch kommen und nicht nur kurz vorbeischauen. Ich möchte, dass sie sich wohlfühlen und Zeit bei ihren Verwandten verbringen. Wenn die WG schön gestaltet ist, kommen die Angehörigen. In der WG werden die Klienten ambulant betreut. Sie haben das Hausrecht, und dazu gehört auch, dass sie Gäste empfangen können. Die Klienten haben hier wieder die Hausherrenrolle und bestimmen über die Hausregeln. Ich habe erlebt, dass junge Leute nach der Arbeit ihre Mutter besucht haben und bis nachts um 1 Uhr geblieben sind, oder wenn es zu spät geworden ist, mit dem Schlafsack einfach im Klientenzimmer mit übernachtet haben. Das macht Lebensqualität aus. Ich erinnere mich auch an eine ältere Klientin, die jeden Donnerstag Besuch von ihren Freundinnen bekommen hat. Dann wurde Kuchen besorgt, den sie ihnen anbieten konnte. Sie war dadurch wieder die Gastgeberin. Das ist Teilhabe am Leben in der Gesellschaft, das ist unser Ziel, und die idealen Bedingungen hierfür bietet das Prinzessinnenhaus."

Die Wohngemeinschaft im Prinzessinnenhaus verfügt

Die Bauarbeiten im Prinzessinnenhaus in Vogtareuth laufen auf Hochtouren

über großzügige Aufenthaltsräume auf jeder Etage. Das gemeinschaftliche Wohnzimmer im Erdgeschoss ist zur Straße hin ausgerichtet, und Sabine Heberer hat schon eine Idee, wie die zukünftige Nutzung geprägt sein könnte: „Ich denke an dieses typische Bild, das es früher gab. Die Bewohner legen sich ein Kissen auf die Fensterbank und schauen, was draußen auf der Straße passiert. Sie können das Treiben im Dorf verfolgen und daran teilhaben." Die erste Etage ist mit einer großen Terrasse ausgestattet, die mehr Privatsphäre bietet, und auch im Dachgeschoss gibt es einen Balkon, der es den Klienten ermöglicht, sich barrierefrei an der frischen Luft aufzuhalten. Alle Etagen sind mit dem Aufzug problemlos auch mit Multifunktionsrolli zu erreichen. Ein weiteres Ausstattungshighlight wird eine Badewanne, die sich auf jede Höhe einstellen und flexibel verschieben lässt. Heberer erklärt: „Diese Wanne entspricht voll unseren Anforderungen. Durch Musik kann man Vibration im Wasser erzeugen, da sind wir im Bereich der basalen Stimulation. Ich kann also mit dieser Wanne auch auf therapeutischer Ebene mit den Menschen arbeiten. Es ist aber auch einfach mal ein Entspannungsbad möglich, um schöne Momente und Highlights im WG-Leben zu schaffen. Auch das macht Lebensqualität für mich aus: Momente zum Festhalten, die man nicht vergisst. Das muss der Anreiz in so einem Haus sein." Die WG soll langsam wachsen, zunächst werden Bewohner im Erdgeschoss und in der ersten Etage einziehen. Das Dachgeschoss möchte Heberer vorerst noch nicht



belegen: „Unsere Idee ist es, unter dem Dach Mitarbeiterwohnungen anzubieten. Wenn die WG mit dem Team und den Klienten zu einer schönen Wohngemeinschaft zusammengewachsen ist, können wir das Dachgeschoss mit dazu zunehmen. Vielleicht gibt es Pflegefachkräfte in anderen Regionen, die sich vorstellen können, in das schöne Chiemgau überzusiedeln, und wenn dann noch die Möglichkeit besteht, in einem so wunderschönen Haus zu wohnen, könnte das ein Anreiz sein. Wir freuen uns über jede pflegefachlich qualifizierte Bewerbung für das Prinzessinnenhaus. Das Team, mit dem wir starten, ist klein, aber das bietet große Chancen. Hier ist es möglich, den eigenen Arbeitsplatz mitzugestalten und etwas ganz Neues und Besonderes aufzubauen."

Das Prinzessinnenhaus ist nicht das einzige große Zukunftsprojekt der PGS. Auch in Traunstein wird gerade die Eröffnung einer neuen WG vorbereitet, die ebenfalls im Dezember 2019 eröffnet wird und für fünf Klienten konzipiert ist. Jedes Zimmer hat Zugang zu einem Balkon, und vom Aufenthaltsraum aus gelangen die Bewohner auf eine große Terrasse, über die man barrierefrei das Haus verlassen kann. Die WG wird in einem Neubau eingerichtet, dessen Bauherr die Firma Greenrock ist. Diese steht für nachhaltige und innovative Immobilienentwicklung. Heberer schwärmt: „Das Konzept des Hauses ist super und der Standort ist ideal, da nebenan die Klinik angesiedelt ist. Das ist für die Klienten optimal."

Die Synergien, die durch die Zugehörigkeit der PGS zur Deutschen Fachpflege Gruppe entstehen, seien bei der Planung der Wohngemeinschaften immer wieder hilfreich gewesen, betont Heberer: „Die Zusammenarbeit mit der Regionalleitung ist konstruktiv, und ich kann mich mit Geschäftsführerkolleg*innen austauschen. So habe ich z.B. bei Elke Dodenhoff von der AKB auf kurzem Weg angefragt, woher sie die tolle Spezialbadewanne hat. Dieser Erfahrungsaustausch ist unheimlich viel wert, und es lassen sich schneller Netzwerke für alle Unternehmensbereiche aufbauen."
Für Sabine Heberer ist die PGS gerade „wie ein kleines Start-Up mit einem tollen Spirit. Wir können Pflegekräften ganz viel bieten. Wer sich weiterentwickeln möchte und Potenzial hat, kann das bei uns entfalten. Wir haben keine starre Aufgabenverteilung. Es ist möglich, in neue Positionen und Aufgaben hineinzuwachsen, und dabei begleiten wir im Team. Das macht die PGS lebendig. Die Mitarbeiter*innen spüren, dass hier etwas entsteht, dass sie daran beteiligt sind, und das wiederum ermöglicht ihre Identifikation mit der PGS." Mit Sead Palos hat Heberer einen neuen, jungen Kollegen, der das Traunsteiner Team aufbauen und leiten wird. 2018 hat er sein Examen als Pflegefachkraft absolviert und direkt im Anschluss den Basis- sowie den Expertenkurs für außerklinische Intensivpflege abgeschlossen. Heberer schätzt die Zusammenarbeit mit ihm und betont: „Er ist sehr empathisch." Gemeinsam mit einer erfahrenen PDL wird er das Team der WG in Traunstein aufbauen. „Wir haben auch bereits eine Pflegekraft mit reichem pflegerischen Erfahrungsschatz, die nochmal was Neues machen möchte, für die Mitarbeit in diesem Team gewin-

Teambesprechung bei der PGS (von li. nach re.) Katja Endres, Sead Palos, Sabine Heberer, Bianca Mitter und Miriam Luxen

nen können. Sie begeistert unsere Aufbruchstimmung. Nebenbei gibt sie Kurse für Achtsamkeit und Stressbewältigung im Berufsalltag. Das wird für unser Team eine tolle Bereicherung."

Für Sabine Heberer ist der Teamgeist in der PGS enorm wichtig. Wenn ich als Geschäftsführerin so ein Team habe, das seine Arbeit mit Leidenschaft ausübt, dann ist das etwas ganz Tolles und Besonderes, ein schützenswertes Gut! Ich freue mich, wenn Mitarbeiter*innen ihren Arbeitsplatz selbst gestalten möchten und das offensiv angehen. Sie dann zu fördern macht unheimlich viel Freude. Ich habe einen hohen Qualitätsanspruch, diskutiere gern über Arbeits- und Organisationsabläufe und arbeite sachorientiert. Mir ist es wichtig, dass die Menschen gesehen werden, die bei uns tätig sind. Sie begründen mit dieser Arbeit Ihre eigene Lebensexistenz und die Lebensqualität für unsere Klienten. Unsere Mitarbeiter*innen manifestieren die Identität des Unternehmens in ihrem täglichen Tun und Wirken. Wie sollen sich die Menschen bei uns fühlen? Wie gehen wir miteinander um? Wie kommunizieren wir? Diese Fragestellungen dienen der Entwicklung einer Unternehmenskultur und reflektiven Führungsidentität in der PGS Bayern unter meiner Geschäftsführung. Es ist ein hohes Gut, wenn in einem Unternehmen über Fehler und Kritik offen gesprochen wird, um dies als Lernchance im Unternehmen nutzen zu können. Das höchste Ziel ist die Entwicklung einer lernenden Organisation, die sich vom Mitarbeiter über die Führungsebene bis zur Geschäftsführung durchzieht und gelebt wird. Ich erwarte viel von meinen Mitarbeiter*innen. Sie dürfen aber auch von mir viel erwarten."

Sowohl für die WG im Prinzessinnenhaus als auch für die Traunsteiner WG freuen sich Sabine Heberer und ihre Mitarbeiter*innen über Bewerbungen von motivierten Pflegefachkräften!

Über die Eröffnungstermine der WGs und den Tag der offenen Tür im Prinzessinnenhaus informieren wir auf unserer Homepage: deutschefachpflege.de/einrichtungen/pgs-bayern-gmbh/

DAS REHA- UND INTENSIVPFLEGE-STÄRKUNGSGESETZ - RISG

Im August 2019 legte Jens Spahn, Bundesminister für Gesundheit, den Referentenentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung von Rehabilitation und intensiv-pflegerischer Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Reha-und Intensivpflege-Stärkungsgesetz – RISG)“ vor. Die Resonanz darauf war groß und die rege Diskussion kann man als einen Beweis für eine lebendige Demokratie betrachten.

Was soll mit dem über 30 Seiten langen Referentenentwurf tatsächlich erreicht werden? Als Diskussionsgrundlage stellen wir die Zusammenfassung der Ziele vor. Anlass einer gesetzlichen Regelung ist laut BMG, dass bislang „Beatmungspatientinnen und Beatmungspatienten aus Krankenhäusern zu häufig ohne ausreichende Anstrengungen zur Beatmungsentwöhnung in die ambulante Intensivpflege entlassen“ würden. Daraus folge häufig eine langfristige Intensivpflege. Deshalb solle zukünftig das Entwöhnungspotenzial eines beatmeten Menschen bei der Entlassung stärker berücksichtigt werden. Im Bedarfsfall seien „weitere Schritte für eine verlängerte Beatmungsentwöhnung zu organisieren“. In der nachstationären Intensivpflege seien „qualitative Verbesserungen und eine engere Zusammenarbeit der Pflegeeinrichtungen mit Fachärztinnen und Fachärzten notwendig.“ Die Versorgung solle deshalb künftig „in der Regel in stationären Pflegeeinrichtungen oder in stärker als bisher regulierten Intensivpflege-Wohneinheiten erfolgen.“ Da die häusliche Betreuung von Intensivpflege-Patienten für das GKV-System bisher mit höheren Kosten verbunden sei als die Versorgung in einer stationären Pflegeeinrichtung, würden die Eigenanteile für die außerklinische Intensivpflege in stationären Pflegeeinrichtungen deutlich reduziert. Insgesamt wolle man mit dem Gesetz Anreize schaffen, Patienten von der Beatmung zu entwöhnen, die Qualität der ambulanten intensivmedizinischen Versorgung verbessern und Betroffene entlasten.

Hier der Überblick über die beabsichtigten Regelungen im Bereich außerklinische Intensivpflege:

• Für die außerklinische Intensivpflege wird ein neuer Leistungsanspruch im SGB V geschaffen.
• Nur qualifizierte Fachärzte können außerklinische Intensivpflege verordnen. Bei Beatmungspatienten müssen sie das Entwöhnungspotenzial erheben und dokumentieren.
• Es werden einheitliche Vorgaben an die Qualität der ambulanten Intensivpflege-Dienste definiert und diese zur engen Zusammenarbeit mit spezialisierten Fachärzten verpflichtet.
• Außerklinische Intensivpflege soll in der Regel in stationären Pflegeeinrichtungen und spezialisierten Wohneinheiten erbracht werden. Auch hier gelten strenge Qualitätsstandards. In Ausnahmefällen besteht auch künftig ein Anspruch auf Intensivpflege in der eigenen Häuslichkeit, z.B. bei minderjährigen Kindern.
• Die Eigenanteile für die intensivpflegerische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen werden erheblich reduziert.
• Krankenkassen können bei intensivpflegebedürftigen Bewohnern von Pflegeeinrichtungen weitere Kostenanteile übernehmen. Sie können als Satzungsleistung anbieten, auch Kosten für Unterkunft und Verpflegung zu übernehmen.
• Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) soll in einer Richtlinie zur Verordnung außerklinischer Intensivpflege Inhalt und Umfang der Leistungen, die Zusammenarbeit der Leistungserbringer, deren Qualifikation sowie Voraussetzungen für die Verordnung der Leistungen einheitlich festlegen.
• Die G-BA-Richtlinie soll Grundlage für Rahmenempfehlungen der Selbstverwaltungspartner auf Krankenkassen- und Leistungserbringerseite sein.
• Das Krankenhaus-Entlassmanagement wird um die Vorgabe ergänzt, im Bedarfsfall weitere Krankenhausbehandlungen, insbesondere in spezialisierten Einheiten der Beatmungsentwöhnung zu veranlassen.
• Für Krankenhäuser, die Beatmungspatienten verlegen oder entlassen, ohne den Beatmungsstatus festzustellen oder eine erforderliche Anschlussversorgung zu organisieren, werden Vergütungsabschläge erhoben.
• Krankenhäuser sollen für den Aufwand einer langfristigen Beatmungsentwöhnung besser vergütet werden.

Zudem soll es neue Regelungen im Bereich Reha geben. Der Fokus des Gesetzentwurfs liegt nach Aussagen des BMG auf Patienten, „die 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche künstlich beatmet und von Pflegefachkräften betreut werden müssen sowie auf Koma-Patienten.“ Ausgenommen seien Menschen, die

• nur von Familienangehörigen betreut werden,
• von einer Assistenzkraft betreut werden,
• trotz 24-Stunden-Intensivbetreuung durch eine Pflegefachkraft am sozialen Leben teilnehmen,
• jünger als 18 Jahre sind.

Der komplette Gesetzentwurf steht unter folgendem Link zum Download: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/Gu-V/R/Referentenentwurf_RISG.pdf
Quelle: www.bundesgesundheitsministerium.de

Wir begrüßen es, dass nun eine Diskussion über die Intensivpflege geführt wird. Zu lange wurde dieser Bereich unserer Meinung nach zu wenig wahrgenommen. Auch heute schon gelten strenge Kriterien für Pflegekräfte in der Intensivpflege und für den Betrieb von Pflege-WGs. Qualitätsmanagement ist in der Pflege jedoch nie abgeschlossen, sondern ein fortwährender Prozess. Diese ständige Bemühen um höhere Qualitätsstandards sollte nicht durch starre Normen unterdrückt werden. Auch sollten unserer Ansicht im Mittelpunkt jeder Reform die Betroffenen und ihre Angehörigen stehen. Deshalb möchten wir auf den folgenden Seiten einigen von Ihnen Gelegenheit geben, Ihre Ansichten zu äußern. Auch Sie laden wir ein, sich an dieser Diskussion zu beteiligen.

OXYCARE Medical Group GmbH

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

- GERMANY
- AUSTRIA
- POLAND
- BULGARIA

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-Modi

(ähnlich der sog. Lippenbremse)

prisma VENT 50-C
mit High-Flow-Modus
5-60 l/min

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

- **BiPAP A40 AVAPS-AE Trilogy 100/200 mit Modus AVAPS-AE und Zero-Flow von Philips Respironics**

Weitere Informationen über Geräte und NIV Beatmung bei COPD auf unserer Website www.oxycare-gmbh.de: Neuheiten/Beatmung+COPD Modi

Nach dem Prinzip der „Eisernen Lunge"

- **Hayek RTX Kürass Beatmung**

Nichtinvasive Alternative zur positiven Druckbeatmung ohne Nebenwirkungen
Verschiedene Modi möglich:
Kontinuierlicher Negativdruck/Kontrolliert/Getriggert/Synchronisiert/mit Vibration und Sekretbeseitigung

Nasaler High-Flow

- **MyAirvo2/prisma VENT 50-C**

Auch bei **Lungenentzündung.**
Sauerstoffbeimischung möglich.

Absaugung

- **ASSKEA /Clario/VacuAide 7314**

Saugleistung bis 30 l/min, auch mit Akku

Thromboseprophylaxe

Verschiedene Geräte:

ab 910,00 €

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

Monitoring

- **Kapnograph OXY-M880** 1.785,00 €

Einfache Messung von SpO2, PR, EtCO2 und AF. Darstellung auf dem Display graphisch als auch nummerisch. Für Erwachsene und Kinder, für Klinik oder zu Hause. Mit Li-Ionen-Akku

Atemtherapiegeräte + Inhalation

- **IPPB Alpha 300 + PSI**

IPPB Atemtherapie mit Pressure Support Inhalation (PSI)

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

GeloMuc/Flutter/RespiPro
PowerBreathe Medic
Quake/RC-CornetPlus

Sauerstoffversorgung

Stationär, mobil oder flüssig

Inogen One G3
Shop-Preis ab 2.498,00 €

Sekretolyse

- **VibraVest**

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

- **Cough Assist E70 Hustenassistent:**

von Philips Respironics

Unterstützt Patienten beim Abhusten von Bronchialsekreten. Mit Vibrationsmodus, für Kinder und Erwachsene.

Mobilität

- **Rollstuhl e-Throne**

der faltbare, elektrische Rollstuhl

Aktionspreis 2.950,00 €

Faltbar, ideal für unterwegs

- Gewicht nur 27 kg
- Passt in fast jeden PKW-Kofferraum
- Geschwindigkeit 6 km/h
- Bedienung mit Joystick
- Reichweite 28 km

Finger-Pulsoxymeter, z.B. OXY 310 35,00 €

OxyCare Medical Group GmbH · 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

Preisänderungen / Druckfehler vorbehalten - Abb. können abweichen

DAS RISG IN DER DISKUSSION

Sehr geehrter Herr Gesundheitsminister, sehr geehrter Herr Spahn,

in den letzten Wochen stand der Entwurf für Ihr geplantes Reha- und Intensivpflegestärkungsgesetz sehr stark in der Kritik. Dieser habe auch ich mich als selbst Betroffener angeschlossen. Mir ist es dabei aber sehr wichtig, sachlich zu bleiben.
Vom Grundsatz her begrüße ich Ihre Initiative für ein gutes Gesetz: Sie wollen Fehlversorgungen und Missbrauchsmöglichkeiten bei der außerklinischen Intensivpflege entgegenwirken und die Qualität intensivpflegebedürftiger Versorgung verbessern. Die Problematik steckt im Paragraphen § 37c, der laut des renommierten Sozialrechtlers Prof. Dr. Harry Fuchs nicht mit dem Grundgesetz und der Behindertenrechtskonvention im Einklang steht und somit die Bemühungen um Inklusion im Sinne des Bundesteilhabegesetzes konterkariert. Die lautstarken Proteste aus der „Beatmungsszene" hängen aus meiner Sicht vor allem damit zusammen, dass der Satz „Leistungen der außerklinischen Intensivpflege werden künftig regelhaft in vollstationären Pflegeeinrichtungen, die Leistungen nach § 43 des Elften Buch SGB erbringen, oder in speziellen Intensivpflege-Wohneinheiten erbracht" sehr unkonkret im Raum stand/steht und nicht gut kommuniziert wurde.

Sie haben inzwischen insoweit konkretisiert, dass Pflegebedürftige, die keine 24-Stunden-Pflege durch eine Pflegefachkraft benötigen, also auch solche, die ausschließlich von Familienangehörigen betreut werden oder eine 24-Stunden-Assistenzkraft haben, nicht von der Regelung der betroffen sind. Allerdings ist es sehr ungerecht und menschenunwürdig, wenn dauerbeatmete Menschen mit Pflegefachkraftbedarf zunächst einer Einzelfallprüfung unterzogen werden.

Diese Menschen haben nun schlichtweg Angst, bei lebensentscheidenden Fragen von Entscheidungen Dritter abhängig zu sein. Das Wunsch- und Wahlrecht, wo und wie man leben möchte, muss unangetastet bleiben!!!

Außerdem möchte ich die Aussage einordnen, dass ohne Beatmung ein selbstbestimmteres Leben mit mehr Lebensqualität möglich sei. Aus Sicht eines dauerbeatmeten Menschen wirkt das anmaßend und schlichtweg falsch, obschon ich weiß, was gemeint ist. Auch hier hätte man auf eine sensiblere Kommunikation achten müssen.
Wenn Sie die Qualität unserer pflegerischen Versorgung verbessern möchten, habe ich fünf Wünsche/Ratschläge:

- konsequente Einbindung behinderter Menschen in den weiteren Gesetzesprozess
- bürgernahe und ehrliche!! Politik: Bei mir und vielen anderen Bürgern entsteht der Eindruck einer Lobbypolitik. Diesem Eindruck könnte man zum Beispiel durch eine kurze Hospitation von Politikern im Pflegebereich entgegenwirken. Gleichzeitig würde die Politik mehr Gefühl für die Praxis zu bekommen.
- Förderung und Fortbildung von Assistenten und Laienkräften
- so wenig wie möglich Bürokratie
- 1:1 Versorgung zu Hause ist teuer, aber alternativlos: Bei der Pflege von körperlich schwer eingeschränkten E-Rollstuhlfahrer*innen kommt es auf viele individuelle Details an, die für deren Gesundheit existenziell sind. Diverse pflegerische Abläufe wie Stuhlgang müssen spontan und flexibel erfolgen. Eine gelungene selbstbestimmte Teilhabe am Alltag, in der Gesellschaft und am Arbeitsleben sind andernfalls unmöglich.

Um letzteren Aspekt etwas zu veranschaulichen, möchte ich Ihnen stellvertretend an meinem Beispiel schildern, wie der Alltag und die Versorgung als muskelkranker E-Rollstuhlfahrer mit 24 Stunden nicht-invasiver Dauerbeatmung aussehen können: Meine pflegerische Versorgung stellt seit einigen Jahren ein Pflegedienst sicher. Mein Assistenzteam organisiere ich in Eigenregie und lerne es selbst an. Ich arbeite selbstständig im Rahmen von Hartz IV als freier Autor für mehrere Auftraggeber, größtenteils von Zuhause aus über Kopf und steuere meinen Laptop über Mundmaus und Spracheingabe (so entsteht jetzt gerade dieser Text). In der Freizeit treffe ich mich oft mit Freunden und bin gerne unterwegs.

Ich hoffe, Sie können meine konstruktiven Ausführungen in die weiteren Gesetzesberatungen einbeziehen! Eine kurze Rückmeldung wäre toll, ich weiß aber auch, dass Ihre Zeit sehr limitiert ist.

Mit freundlichen Grüßen,
Marcel Renz
Schreiben am 6. September 2019

Geschlossener Protest aus den Reihen der Betroffenen und ihrer Angehörigen

Es gab zwar in den letzten Jahren immer wieder Demonstrationen, an denen Betroffene, ihre Angehörigen und die Assistenzkräfte auf die Belange von Menschen mit Behinderung aufmerksam machten – erinnert sei hier an den jährlich stattfindenden „Europäischen Protesttag zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung" im Mai – doch die derzeitige Bewegung ist einzigartig. Innerhalb kürzester Zeit unterschrieben weit über 100 000 Unterstützer die vom ALS-mobil e.V. initiierte Petition „STOPPT das Reha- und Intensivpflege-Schwächungsgesetz (RISG)"auf www.change.org. Christine Wagner-Behrendt, Beratungsstelle IntensivLeben e.V. in Kassel und Mutter von Jascha, der seit einem schweren Unfall im Jahr 2006 vollständig gelähmt ist, ist in vielen Fernsehberichten zu sehen. Gerade ist Jascha 18 Jahre alt geworden, und viele Eltern haben nun Angst, dass ihre erwachsenen Kinder aus der Familie herausgerissen werden, sollte das RISG in der jetzigen Form verabschiedet werden. Es ist wichtig, dass über solche Proteste auch die Menschen vertreten werden, die sich selbst nicht mitteilen können, weder über eine lautstarke Wortmeldung noch über einen selbst verfassten Text. Gerade diese Menschen brauchen eine Stimme und jemanden, der ihren Interessen Gehör verschafft. Die Betroffenen und ihre Unterstützer nehmen zur Zeit unbeschreibliche Strapazen (u.a. Reisen nach Berlin, Präsenz vor und im Bundesministerium für Gesundheit, Teilnahme an Anhörungen, Auskunft bei Interviews, Filmaufnahmen u.v.m.) auf sich, um für ihre Rechte zu kämpfen. Jede Aktion ist eine zusätzliche logistische Herausforderung, neben dem täglichen intensivpflegerischen Aufwand!

Ottmar Miles-Paul berichtet in kobinet unter dem Titel „Kritik angekommen – Genaues weiß man nicht" von der Anhörung im BMG wie folgt: „Es hatte sich schon anhand der schriftlichen Stellungnahmen von einer Reihe von Verbänden angedeutet. Die Einschränkung der Wahlfreiheit von Menschen, die intensivpflegerische Unterstützung benötigen, stieß auch bei der mündlichen Anhörung des Referentenentwurfs für ein Reha- und Intensivpflegestärkungsgesetz (RISG) am 11.9.2019 auf breite Ablehnung. Behinderte Menschen müssten auch weiterhin ihre Unterstützung dort erhalten, wo sie wohnen möchten und keinesfalls nur ausnahmsweise zu Hause wie von der Bundesregierung geplant, wurde mehrfach und eindeutig betont. Constantin Grosch von AbilityWatch und Dr. Sigrid Arnade von der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL) brachten die Kritik der Behindertenverbände bei der Anhörung im Bundesgesundheitsministerium auf den Punkt. Die Pläne des Bundesgesundheitsministeriums, nur noch in Ausnahmefällen die Unterstützung für intensivbeatmete Menschen zu Hause zu gewähren, verstößt eindeutig gegen die von Deutschland als Gesetz verabschiedete UN-Behindertenrechtskonvention. Die Selbstbestimmung der Betroffenen dürfe daher auf keinen Fall eingeschränkt werden. Während sich die Ministeriumsvertreter*innen bei solchen Anhörungen normalerweise mit Aussagen zu möglichen Veränderungen des Referentenentwurfs zurückhalten, wurde bei dieser Anhörung deutlich, dass die Kritik der Betroffenen angekommen ist und Berücksichtigung finden soll. Wie das aber genau aussehen soll, genaues weiß man darüber nach wie vor nicht. Und so werden die Betroffenen, wie von Constantin Grosch nachdrücklich dargestellt, weiterhin in massiver Unsicherheit mit all ihren Existenzängsten gelassen, wahrscheinlich, bis der Kabinettsbeschluss vorliegt." Hätte man früher die Verbände der Betroffenen einbezogen, müsste „man sich im Bundesgesundheitsministerium nicht über die Massivität der Proteste der zutiefst verunsicherten und in ihrer Selbstbestimmung gefährdeten behinderten Menschen wundern."

Verena Bentele, Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland ©Susie Knoll

Kritik am RISG in der jetzigen Form kommt auch von Jürgen Dusel, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, von Verena Bentele, Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland, und der beim Deutschen Institut für Menschenrechte angesiedelten Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) sowie Dinah Radtke, Mitbegründerin des Vereins Zentrum für Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V. (ZSL) und der Dachorganisation der Zentren Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben e.V. (ISL) sowie Sprecherin der DIGAB-Sektion „Selbstbestimmt Leben mit Beatmung". Dr. Katharina Dinter, selbst betroffene Juristin, schreibt: „Wird der Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz-Entwurf unverändert verabschiedet, stellt das einen eklatanten Verstoß gegen die UN-BRK dar. Gemäß Art. 19a UN-BRK haben behinderte Menschen das Recht, frei zu entscheiden, wo und mit wem sie leben wollen. Insbesondere sind sie nicht verpflichtet, in besonderen Wohnformen zu leben." Mehr dazu wird sie in ihrem Vortrag „10 Jahre UN-Behindertenrechtskonvention - ist die Umsetzung gelungen?" auf dem diesjährigen MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress am 25. und 26. Oktober 2019 ausführen.

Die Therapeuten betrifft nach Auffassung von Janine Ehlers, Dipl. Sprachtherapeutin, Ergotherapeutin und Fachtherapeutin Wachkoma, das Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz die Therapeuten zwar nur am Rande, aber sie ist überzeugt davon, dass es viele Probleme, die mit dem neuen Gesetz mit Recht verbessert werden sollen, gar nicht gäbe, würden die Therapeuten mehr Bedeutung in der außerklinischen Intensivpflege erhalten und mehr in die außerklinische Versorgung einbezogen. Denn eine bessere therapeutische Versorgung würde bedeuten, dass Spontanatmende schneller von der Trachealkanüle entwöhnt und das Weaningpotenzial bei beatmeten Patienten sehr viel besser ausgeschöpft werden könnte. „Möglicherweise würden diese Patienten dann gar nicht oder nur kurzfristig in Wohngemeinschaften versorgt, sondern könnten direkt wieder in ihre Häuslichkeit zurückkehren."

Die Kernaussage des Referentenentwurfs, ambulante Intensivpflegedienste würden keine Therapien initiieren, die eine Verbesserung des Zustandes der Klienten zum Ziel hätten und dass eine Dekanülierung nicht angestrebt bzw. sogar verhindert würde, weist Dorothee Seidl, die pflegerische Leitung der Wohngemeinschaft für Intensiv- und Beatmungspflege in Bad Kissingen, strikt von sich. „In den letzten drei Jahren habe ich zwei Klienten begleitet, die durch unser Engagement die Kanüle ‚verloren' haben. Einer kam als palliativer

Janine Ehlers, Dipl. Sprachtherapeutin, Ergotherapeutin und Fachtherapeutin Wachkoma

Klient ‚zum Sterben' und ging nach sechs Monaten ohne Kanüle in ein Altenheim. Dort starb er dann aufgrund einer Aspirationspneumonie, da das Personal - eine Pflegekraft war dort für 20 Bewohner zuständig -, keine Zeit hatte, ihn bei der Essensaufnahme zu beaufsichtigen. Soviel zum Thema stationär!" Für sie ist die Therapie ein sehr wichtiger Baustein für die adäquate Versorgung in einer Intensiv- und Beatmungs-WG. Leider würden die Krankenkassen durch die Verweigerung von Kostenzusagen sehr vielversprechende Therapien ausbremsen. Fragt man Pflegende, so haben viele von ihnen solche Beispiele aus der Praxis.

NEUE VERSORGUNGSSTRUKTUREN FÜR DIE AUSSERKLINISCHE INTENSIV- UND BEATMUNGSPFLEGE?

Auch die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung e.V. (DIGAB) war am 11. September 2019 zur Anhörung zum Referentenentwurf zum „Reha- und Intensivpflege-Stärkungsgesetz" (RISG) eingeladen. Teilgenommen haben Frank Gerhard, Sektionssprecher „Pflege in der außerklinischen Versorgung" und Präsident Dr. Martin Bachmann. Neben der DIGAB e.V. waren zahlreiche Verbände und Organisationen, vorwiegend aus dem Betroffenen-, Gesundheits-, Wohlfahrts- oder Kostenträgerbereich, mit insgesamt ca. 80 Personen vertreten. Als positiv zu vermerken ist, so Dr. Bachmann und Gerhard, dass der Vorsitzende, Herr Joachim Becker, Leiter der Abteilung „Gesundheitsversorgung, Krankenversicherung" im Bundesgesundheitsministerium (BMG), in seinen einleitenden Worten bereits einräumte, dass das Bundesministerium für Gesundheit festgestellt habe, dass Änderungen im Entwurf vorgenommen werden müssten. Dies beträfe, ohne das Thema weiter auszuführen, vor allem die Berücksichtigung der Selbstbestimmtheit und Teilhabefähigkeit.

Für die Anhörung waren rund drei Stunden vorgesehen. Dementsprechend wurde nicht diskutiert, insbesondere nicht mit den Vertretern des BMG, sondern es wurden nur die einzelnen Kommentare, Anmerkungen oder Kritikpunkte zu dem Entwurf aufgenommen. Jede Wortmeldung wurde zugelassen, angehört und aufgenommen. Weil viele Teilnehmende aus den unterschiedlichsten Verbänden und Organisationen anwesend waren, wurden alle auch von Dr. Bachmann und Frank Gerhard vertretenen Argumente auf den Tisch gebracht. Dies hatte eine gewisse Redundanz zur Folge, die aber nur zeigte, wie einig man sich in verschiedenen Kritikpunkten bereits ist.
Positiv bewertet wird aus Sicht der DIGAB, dass

- die außerklinische Intensivversorgung gesetzlich geregelt werden soll, um die Versorgung und die Versorgungsstrukturen für außerklinisch intensivpflichtige Menschen zu verbessern,
- stationäre Strukturen gestärkt werden sollen mit dem Ziel einer qualitativ besseren und fachlich strukturierteren Versorgung von Patienten aus

der Intensivmedizin mit Weaningversagen,
- die Angleichung der Vergütung intensivpflegerischer Leistungen im ambulanten und stationären Bereich erfolgen und
- die außerklinische ärztliche Versorgung verbessert werden soll.

Hier einige der Kritikpunkte, die Anlass zu großer Besorgnis geben, sowie Nachbesserungsvorschläge:
- Umkehr des grundsätzlichen Anspruchs auf häusliche Intensivpflege in einen Anspruch auf außerklinische Intensivpflege stationär oder in Intensiv-Wohngemeinschaften und nur in Ausnahmefällen oder im Kindesalter in häuslicher Umgebung,
- Kriterium der „Zumutbarkeit",
- Außerklinische Versorgung, wenn, dann nur in der Häuslichkeit, auch im Kindes- und Jugendalter, aber nicht in Einrichtungen, wie Kindergärten, Schulen, Behindertenwerkstätten etc.
- Berücksichtigung aller Personen mit hoher Teilhabefähigkeit und selbstbestimmtem Leben, insbesondere mit neuromuskulären Einschränkungen,
- weiterhin Ermöglichung und Förderung von Assistenzmodellen, auch mit qualifizierter Laienpflege,
- realistische Umsetzung der ärztlichen Versorgung, sodass bundesweit eine flächendeckende Versorgung annähernd realisierbar ist. Vorschlag eines Modells äquivalent zur spezialisierten Palliativversorgung (SAPV)
- u.v.m.

Aufgrund der Vertretung durch zwei Personen aus unterschiedlichen Bereichen war die DIGAB e.V. breit aufgestellt und Dr. Martin Bachmann sowie Frank Gerhard konnten sich für die DIGAB mit allen Themen gut positionieren. Folgende Themen haben beide im Rahmen der Wortmeldungen besonders hervorgehoben:

Herr Dr. Bachmann:
- Die ärztliche außerklinische Versorgung ist derzeit unzureichend; sie sollte analog zur SAPV finanziert werden und durch spezialisierte Ärzte erfolgen.
- Hierbei ist die Expertise (im Rahmen der Ausbildung in einem qualifizierten Zentrum) wichtiger als die Fachrichtung der Facharztausbildung.

Herr Gerhard:
- Das Selbstbestimmungsrecht zur Wahl der Unterbringung der Betroffenen darf nicht eingeschränkt werden.
- Es muss multisektorale Vorgaben hinsichtlich Qualifikation und personeller Ausstattung geben, unabhängig von der Versorgungsform (ambulante WG/ SGB XI Einrichtung).
- Bei der ambulanten Intensivpflege handelt es sich nicht um einen ungeregelten Bereich. Jeder Pflegedienst wird mindestens 1 x jährlich überprüft. Grundlage der Überprüfung ist die QPR-HKP (angelehnt an die S2K-Leitlinie).

Wie geht es nun weiter? Den Teilnehmenden an der Anhörung wurde zugesagt, dass alle Beiträge gehört und aufgenommen wurden. Sie werden in den kommenden Wochen zusammen mit den schriftlichen Stellungnahmen, die von den Verbänden (auch der DIGAB e.V.), im Vorfeld eingereicht worden waren, ausgewertet, bewertet und ggf. in den Referentenentwurf eingearbeitet. Es bleibt also in gewisser Weise spannend, wie das Ergebnis aussehen wird. Die Anhörung gebe aber, so die beiden DIGAB-Vertreter, Anlass zur Hoffnung, dass wichtige Punkte des Entwurfs noch geändert würden. „Wir bleiben dran!", das ist die Botschaft von Präsident Dr. Martin Bachmann und Sektionssprecher Frank Gerhard.
Quelle: www.digab.de

(v.li.n.re.) Dinah Radtke, Sprecherin Sektion „Selbstbestimmt Leben mit Beatmung", Meike Grimm, Schatzmeisterin DIGAB e.V., Hans-Joachim Wöbbeking, Sprecher Sektion „Sozialmedizinische Aspekte" und Vertreter der Betroffenen, sowie Dr. med. Martin Bachmann, Präsident der DIGAB e.V. ©Intercongress GmbH

DAS GREMIUM DER SELBSTBESTIMMUNG IN EINER WOHNGEMEINSCHAFT AM BEISPIEL BAD KISSINGEN

An der Stirnseite Bernhard Schlereth, Stadtrat und Behindertenbeauftragter der Stadt Bad Kissingen, rechts von ihm Dorothee Seidl, pflegerische Leitung der Wohngemeinschaft, im Kreis der Angehörigen und Betreuer, die zum Gremium der Selbstbestimmung gehören.

Am 30. Juli 2019 fand in einer Wohngemeinschaft der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke Gmbh in Bad Kissingen das erste Treffen zur Bildung eines Gremiums der Selbstbestimmung statt. Hierzu hatte Dorothee Seidl, pflegerische Leitung der Wohngemeinschaft und Sicherheitsbeauftragte eingeladen. „Jeder, der bei uns einziehen möchte, wird beim Erstgespräch darüber informiert, dass es in jeder Wohngemeinschaft ein solches Gremium geben muss. Es ist, ich spreche jetzt für Bayern, sozusagen der Kern dieser Wohn- und Betreuungsform", so Frau Seidl. Ist der Mieter selbst nicht mehr in der Lage, im Gremium mitzuwirken und dort seine Interessen wahrzunehmen, übernehmen die Angehörigen oder ein Vertreter diese Aufgabe.

Das Gesetz, in dem dies vorgeschrieben ist, heißt „Gesetz zur Regelung der Pflege-, Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (Pflege- und Wohnqualitätsgesetz – PfleWoqG)". Für das Gremium der Selbstbestimmung stellte das Bayerische Staatsministerium für Gesundheit und Pflege die Vorlage eines „Gesellschaftsvertrags nach §§ 705 ff. BGB" zur Verfügung, den jeder, der in eine Wohngemeinschaft einzieht, unterschreiben muss. Es geht immerhin um sein ureigenstes Recht auf ein selbstbestimmtes Leben, selbst bei schwerster Beeinträchtigung oder sogar der Notwendigkeit, beatmet zu werden. Am Anfang steht die Wahl eines Sprechers oder einer Sprecherin sowie der Person, die die Haushaltskasse führt. Das Gremium entscheidet sodann gemeinschaftlich beispielsweise über die Anschaffung und Instandhaltung gemeinschaftlicher Gegenstände, die Durchführung von Renovierungsarbeiten an Gemeinschaftsflächen, den Abschluss von erforderlichen bzw. sinnvollen Versicherungen und ob Haustiere gehalten werden dürfen. Es entscheidet auch darüber, wer sie betreuen soll bzw. welchen Pflegedienst oder welche Pflegedienste sie wählen. Jede Wohngemeinschaft, auch die in der Hartmannstraße, hat Einzelzimmer, in denen der Mieter ganz alleine bestimmen kann. Aber es gibt auch Räumlichkeiten wie die Küche, die Bereich für gemeinsame Aktivitäten wie Fernsehen, Spielen, Essen oder Feiern ist. Hier muss man sich natürlich über die Nutzung einig sein. Kommt es zu Konflikten, ist wiederum das Gremium der Selbstbestimmung gefragt, das, wenn nötig, eine neutrale Person zur Schlichtung hinzuziehen soll.

Es ist jedoch immer gut, wenn es eine sachkundige und neutrale Person gibt, die die Betroffenen, ihre Angehörigen und Vertreter zuerst einmal über das Gremium der Selbstbestimmung berät und die Einzelheiten erklärt. „Bis jemand in eine Wohngemeinschaft einzieht, wissen die meisten Leute nicht, dass es in Wohngemeinschaften so klare Regeln und die Möglichkeiten zur Selbstbestimmung gibt", sagt Dorothee Seidl. Umso dankbarer ist sie Bernhard Schlereth, dem langjährigen Stadtrat und Behindertenbeauftragten der Stadt Bad Kissingen, dass er das Gremium der Selbstbestimmung in der Wohngemeinschaft als unabhängiger Moderator unterstützt. „Als ich ihn fragte, war er sofort bereit, bei der Gründungsversammlung dabei zu sein. Um sie vorzubereiten, haben wir uns vorher getroffen und alles durchgesprochen. Es muss ja rechtlich alles stimmen, angefangen von den Wahlen bis hin zur Haushaltskasse", so Frau Seidl weiter. Alles ging dann zügig und korrekt an diesem Abend über die Bühne; das Gremium der Selbstbestimmung in der Hartmannstraße 20 ist entscheidungs- und beschlussfähig. Als Sprecherin des Gremiums wurde Evi N. gewählt. Nach dem offiziellen Teil des Abends ließ man gemeinsam den Abend ausklingen.

„Ich finde es sehr sinnvoll und für unsere Arbeit hilfreich, dass ein Gremium der Selbstbestimmung gewählt wird", sagt die pflegerische Leiterin. „Man lernt einander besser kennen, man kann sich miteinander

austauschen und das gemütliche Zusammensein genießen." Die Räumlichkeiten der noch sehr neuen Wohngemeinschaft sind hierfür ideal. Eine Innenarchitektin hat sie geschmackvoll geplant und eingerichtet. Alles ist großzügig, licht, mit warmen Farben an den Wänden. Man merkt aber auch, dass Dorothee Seidl und ihr Team einfach Freude daran haben, die Bewohner*innen nicht nur hingebungsvoll zu pflegen, sondern ein schönes Zuhause zu schaffen. „Aber natürlich immer nur so, wie es das Gremium der Selbstbestimmung möchte", lacht Frau Seidl augenzwinkernd. Es hat sich noch keiner darüber beschwert, als sie als Überraschung zu einem gemeinsamen Weihnachtsessen am Heiligen Abend einlud oder wenn sie einen spontanen Ausflug in den nahen Rosengarten „anordnet". Wenn doch, wäre Bernhard Schlereth sofort zur Stelle!

Es ist ihm hoch anzurechnen, dass er solche Termine wie die Gründungsversammlung alle in seiner Freizeit und im Ehrenamt wahrnimmt. Und das nicht nur in der Wohngemeinschaft, sondern als Behindertenbeauftragter ist er auch oft bei betroffenen Menschen zuhause oder in geschlossenen Gesellschaften. Sein Terminkalender spricht Bände! Alle, die sich in der Wohngemeinschaft zusammengefunden hatten, dankten Schlereth für sein großes Engagement und die kompetente Beratung.

Die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH hat in Bad Kissingen zwei Wohngemeinschaften. Doch auch andere Pflegedienste haben dieses Angebot. Am 10.03.2019 gab Bayerns Gesundheits- und Pflegeministerin Melanie Huml bekannt, dass es zum Jahresende 2018 in Bayern 363 ambulant betreute Wohngemeinschaften, – 24 mehr als im Vorjahr, gibt. Etwa jede zweite Wohngemeinschaft sei eine Intensivpflege-WG. So würden im Freistaat derzeit knapp 900 Menschen in ambulant betreuten Wohngemeinschaften außerklinisch intensivpflegerisch betreut.

Mehr unter www.heimbeatmung.com

DAS ARBEITGEBER-MODELL

Kann ich das als beatmeter Mensch überhaupt allein organisieren, ohne dass mir die Arbeit physisch sowie psychisch über den Kopf wächst?

Maria-Cristina Hallwachs

Die 1:1-Versorgung beatmeter Menschen in der Häuslichkeit wird in zunehmendem Maße schwieriger. Ursachen, Gründe und Probleme wurden und werden in der GD immer wieder von verschiedenen Seiten beleuchtet. Besorgt sehen alle Beteiligten, wie etablierte Versorgungsstrukturen zusammenbrechen und Pflegedienste ihre Arbeit bei beatmeten Menschen kündigen müssen, weil sie nicht ausreichend Pflegekräfte finden. Die Alternativen sind dann meist Beatmungs-WG's, Verwandte, die dauerhaft einspringen oder gar Alten- und Pflegeheime.

Heute möchte ich Ihnen einen etwas anderen Assistenzdienst, die Reha Assist GmbH, vorstellen. Neben vielen anderen Dienstleistungen bietet dort ein Team verschiedener Experten in unterschiedlichem Ausmaß Unterstützung an, wenn sich beatmete Menschen entschließen, die Organisation ihrer Versorgung selbst in die Hand zu nehmen.

Um mehr über Reha Assist zu erfahren, habe ich mich mit Sabine Roch getroffen. Sie ist Regionalleiterin von Reha Assist Süd, und viele kennen sie durch ihre aktive und engagierte, häufig auch ehrenamtliche Arbeit für und mit querschnittgelähmten Menschen.

Frau Roch hat 20 Jahre im Querschnittzentrum in Ulm als Krankenschwester gearbeitet. Schon damals hat sie beobachtet, wie unterschiedlich das Leben der frischverletzten, querschnittgelähmten Menschen im Krankenhaus und dann später zu Hause war und wie wichtig und zugleich schwierig die gute Vorbereitung hierfür war und heute noch ist. Nach ihrer Ausbildung zur Case-Managerin entwickelte sie die Idee, querschnittgelähmte Menschen auf ihrem Weg in ein selbstbestimmtes und unabhängiges Leben zu begleiten und nötigenfalls auch sehr intensiv zu unterstützen. Dies allerdings immer mit dem Ziel, sich aus der Begleitung nach und nach wieder heraus zu nehmen und die Menschen in ihre Eigenverantwortung zu entlassen.

Genau an diesem Punkt trifft sie sich mit den Ideen von Reha Assist, ihrem heutigen Arbeitgeber. Reha Assist bietet Begleitung in vielen verschiedenen Bereichen, zum Beispiel im medizinischen (Reha-) Bereich, beim Thema Bauen oder berufliche Neuorientierung oder auch beim Gutachtenmanagement. Frau Roch ist zuständig für alle Fragen zu den Themen Pflege, Hilfsmittel und Mobilität, d.h. unter anderem auch für meine Fragen bezüglich der Organisation unterschiedlicher Versorgungsstrukturen in der häuslichen Intensivpflege.

Das Arbeitgebermodell, also die Versorgungsform, in der Menschen die Unterstützung, Pflege oder schlicht andere Menschen zur Durchführung ihres Alltags benötigen und diese als Arbeitgeber direkt bei sich anstellen, ist eine gute Möglichkeit, den Alltag eines beatmeten Menschen mit allem zusätzlich nötigen Aufwand zu organisieren. Allerdings sagt mir Frau Roch mit ihren vielen Jahren der Erfahrung, dass es nicht zu jedem Menschen passt, da eine hohe Eigenverantwortlichkeit nötig ist. Hier ist der erste Ansatz von Reha Assist: Das Team prüft gemeinsam mit dem zukünftigen Arbeitgeber, welche Aufgaben auf diesen zukommen würden und ob er in der Lage ist, diese zu managen. Die neutrale Stellung ermöglicht es, dabei sehr objektiv und nüchtern an die Sache heranzugehen, denn Reha Assist ist an der Stelle keinem Versicherer gegenüber verpflichtet und hat keinerlei Interesse, welche Gelder dafür ausgehandelt werden. Das einzige Interesse von Frau Roch besteht darin, mit dem beatmeten Menschen gemeinsam eine für ihn passende Versorgungsform zu finden. Deswegen ist es ihr auch sehr wichtig, zu betonen, dass es auch

zu ihrer Beratung gehört, zu sagen: „Das Arbeitgebermodell ist nichts für Sie!“ In so einem Fall tüftelt sie aber auch sehr gerne mit an einer neuen Lösung.

Wenn denn nun klar ist, dass es in Richtung Arbeitgebermodell gehen soll, sind die Wege, die dahin führen, so unterschiedlich, wie es unterschiedliche Menschen gibt, und ebenso verschieden wie die Möglichkeiten, die Frau Roch hat, zu begleiten und zu unterstützen. Das Konzept besteht in der Regel darin, über die Finanzierung durch ein Persönliches Budget (wobei andere Finanzierungsformen nicht ausgeschlossen sind), dem Budgetnehmer eine größtmögliche Selbstbestimmung im Alltag zu ermöglichen. Er beschäftigt als Arbeitgeber ein Team von eigenen Mitarbeitern und führt dieses eigenverantwortlich. Frau Roch schafft, in Übereinstimmung mit dem zukünftigen Arbeitgeber, die Rahmenbedingungen hierfür.

Grundlagen eines solchen Konzepts sind z.B. die Berechnung, wie viele Menschen nötig sind, um die 24 Stunden am Tag an 365 Tage im Jahr abzudecken, sodass Urlaube und auch mal Engpässe überbrückt werden können. Bei einem beatmeten Menschen müssen, nach Frau Rochs Erfahrungen, unbedingt Rufbereitschaften eingeplant werden, wenn keine anderen Mitarbeiter, wie z.B. bei einem großen Pflegedienst, kurzfristig einspringen können. Dies ist finanzier- und planbar, muss aber natürlich von Beginn an berücksichtigt werden.

Genauso unterstützt Frau Roch, wenn es darum geht, wie ich Mitarbeiter für mein Team gewinne. Ich muss diese dann zwar selbst suchen und einstellen, habe aber Hilfe bei Fragen wie „wie sieht eigentlich eine gute und ansprechende Anzeige aus?“ oder „wo und wie werbe ich für mich?“ Vielleicht hätte ich auch anfangs gerne Begleitung bei Einstellungsgesprächen oder, oder, oder .... Wer für mich arbeitet, ist auf diesem Weg meine ganz persönliche Entscheidung. Frau Roch spricht sich in der außerklinischen Beatmungs- und Intensivpflege eindeutig für ausgebildete Krankenschwestern und -pfleger aus, sehr gerne mit der Zusatzqualifikation in Beatmung. Selbstverständlich ist man aber auch frei, Laienkräfte einzustellen.

Wenn später die ganze Sache am Laufen ist, kann sich Reha Assist bzw. Frau Roch auch mal einklinken, um bei Krisengesprächen zu intervenieren. Es ist ja nun nicht selbstverständlich, dass so eine heterogene Gruppe von Menschen jeden Tag reibungslos zusammenarbeitet. Da steht so manches klärende und manchmal eben auch schwierige Gespräch an, bei dem es gut ist, wenn einem jemand zur Seite steht oder für das man als noch unerfahrener Arbeitgeber von Frau Roch gecoacht wird.
Es müssen Dienstpläne geschrieben werden, Mitarbeiterschulungen werden nötig und Dokumentationen müssen erstellt werden. Alles Dinge, die Frau Roch anfänglich übernehmen kann, oder bei denen oft auch nur kleine Anregungen hilfreich sind. Die Unterstützung geht also auch hier, wie in allen anderen Dingen, von ganz umfangreich bis minimal.

Abrechnungen können zwar über einen Steuerberater laufen, müssen dann aber sehr gut vorbereitet werden und decken nur einen kleinen Teil dessen ab, was bei einer Personalverwaltung notwendig ist. Das Abrechnungswesen ist ein ausgeklügeltes System, in dem man nach einiger Zeit selbst Routine bekommt. Es kann einen aber anfänglich schnell überfordern. Auch hier unterstützt und hilft Sabine Roch.

Auf meine Frage, was sie mir zu der Sorge vieler beatmeter Menschen sagen kann, dass sie auf diesem Weg nicht genug Geld zur Verfügung haben könnten, ihr Team anständig zu bezahlen, antwortet mir Frau Roch Folgendes: „Es ist gerade andersherum. Die Gewinnmargen der Pflegedienste fallen weg, vieles Organisatorische deckt der beatmete Mensch selbst oder mit Hilfe von Freunden und Verwandten ab. Das Geld aus dem Budget steht in der Regel komplett dem Team zur Verfügung; bis auf das Geld, das Reha Assist für seine Dienstleistung bekommt. Diese Kosten können als Budgetassistenz mit beantragt werden.“
In der Regel steigen beatmete Menschen von einer anderen Versorgungsstruktur (z.B. privater Pflegedienst) auf das Arbeitgebermodell um, selten ist dies die allererste Versorgung. Es ist gesetzlich geregelt, dass die neue Versorgung nicht teurer werden darf als bisher (die Leistungen bleiben ja die gleichen, sie sind nur anders organisiert).

Meine abschließende Bitte an Sabine Roch war, mir zusammenzufassen, was sie in der häuslichen Intensivversorgung quasi in „Eigenregie“

Sabine Roch

für besonders wichtig hält. Ihr großes Anliegen war es zu betonen, dass es um gute Qualität geht. Die Beatmung ist ein entscheidender Punkt, aber nicht der einzige. Hinzu kommt ein häufig sehr hohes Notfallrisiko beatmeter Menschen, das unbedingt abgesichert sein muss. Deswegen ist eine gründliche und sorgfältige Planung extrem wichtig, denn auch in Eigenregie hat man nicht mehr Möglichkeiten als ein privater Pflegedienst. Man kann diese Möglichkeiten eben nur selber und direkter steuern. Sie selbst sieht sich in ihrer Arbeit bei Reha Assist in der Rolle, Menschen Dienstleistungen anzubieten, damit diese für sich selber aktiv werden.

Bezüglich des eingangs genannten Problems des Fachkräftemangels, besteht dieses beim Arbeitgebermodell natürlich genauso. Der beatmete Mensch selbst hat so nur mehr Handlungsspielraum, den Menschen, die bei ihm arbeiten, attraktive Angebote zu machen und diesen ihren Arbeitsplatz durch freundliche und offene Stimmung, Fortbildungsangebote, ein ausgeglichenes Team oder vieles mehr angenehm zu gestalten.

Kontakt:
Sabine Roch
Reha Assist Deutschland GmbH
Regionalleitung Reha Assist Süd
Tel.: +49 (0)711 / 25261-701
Mobil: +49 (0) 176 130 790 98
Fax: +49 (0)711 / 25261-703
sabine.roch@reha-assist.com

Das Gespräch mit Frau Roch führte Maria-Cristina Hallwachs. Sie organisiert und moderiert beim diesjährigen MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress einen Workshop „Arbeitgebermodell - häusliche Intensivpflege in Eigenregie?“ am Samstag, 26. Oktober 2019, 11.00 – 12.30 Uhr im Forum 2. Mit dabei sein werden u.a. Sabine Roch, Rechtsanwalt Thomas Venten et. al.

Frau Roch engagiert sich auch Mitglied der Deutschsprachigen medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie e. V. (DMGP) und Schriftführerin des Arbeitskreises BeAtmung der DMGP besonders im Bereich der häuslichen Versorgunsstrukturen für beatmete und hoch gelähmte Patienten mit einem 24h Hilfebedarf. Durch zahlreiche Referenten- und Dozententätigkeiten bringt sie ihr Fachwissen auf wissenschaftlichem Niveau, aber auch ihre persönlichen Erfahrungen gerne bei den aktuellen Entwicklungen und Diskussionen mit ein. Sie wird auch beim MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress im Slot „Querschnittlähmung“ einen Vortrag halten.

Treffen Sie Maria-Cristina Hallwachs am
MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress

**„Arbeitgebermodell -
häusliche Intensivpflege in Eigenregie?“**

Samstag, 26. 10.19, 11.00 – 12.30 Uhr, Forum 2

Mit dabei sein werden u.a. Sabine Roch, Rechtsanwalt Thomas Venten et. al.

Dieser Artikel wurde vor der Bekanntgabe des Referentenentwurfs zum RISG geschrieben. Es ist deshalb zum jetzigen Zeitpunkt völlig unklar, wie sich im Falle einer Umsetzung dieses Gesetzes der Rechtsanspruch auf ein persönliches Budget sowie die Freiheit, sich die Versorgung selbst zu organisieren, dem Qualitätsanspruch im Gesetzentwurf und der Frage nach dem Ort der Versorgung vereinbaren lassen.

SOMMERURLAUB IM ELEKTROROLLSTUHL IN KROATIEN

Lisa Steffen

Seit Herbst 2018 suchte ich im Internat nach einem schönen rollstuhlgerechten Ferienhaus mit Pool im Süden Frankreichs, Spaniens oder Italiens. Mir war klar, dass ein solches Häuschen nicht von heute auf morgen gefunden ist. Schnell merkte ich, dass das, was ich mir vorstellte und was als rollstuhlgerecht deklariert war, für uns absolut nicht bezahlbar war. Ein weiteres Problem war, dass in den meisten Häusern nur der Wohnbereich im Erdgeschoss lag, die Schlafräume aber oben. Da mich auch mein Hund Sammy in den Urlaub begleiten sollte, musste ich natürlich auch ein Haus finden, in dem Haustiere erlaubt sind. Nach wochenlanger Suche wollte ich schon fast aufgeben und den nächsten Sommerurlaub abhaken.
Schließlich brachte mich meine Mama auf die Idee, es doch in Kroatien zu versuchen. Dort seien die Häuser um einiges günstiger. Von Bekannten und Freunden hatte ich schon öfter gehört, welch wunderschöne Orte es dort gibt. So hatte ich ein neues Reiseziel und ich begann wieder mit meiner Suche. Nach einigen Tagen hatte ich einige geeignete Ferienhäuser mit Pool auf meiner Liste. Nun hieß es, die Hausbesitzer per E-Mail zu kontaktieren, um mich nach den Gegebenheiten für meinen Elektrorollstuhl zu erkundigen. Leider antworteten einige Vermieter auch nach mehrmaligem Nachfragen nicht. Von anderen erfuhr ich, dass ihre Häuser plötzlich doch nicht mehr ganz so rollstuhlgerecht waren, wie es ursprünglich hieß, und oft waren auch keine Haustiere erlaubt. Ein Haus jedoch gefiel uns von Anfang an extrem

Lisa Steffen genießt die Auszeit in Kroatien.

gut. Nachdem wir einige E-Mails hin- und hergeschickt und wir das meiste geklärt hatten, war ich jedoch noch immer unsicher, ob auch wirklich alles 100prozentig für meinen Elektrorollstuhl passen würde. Der Vermieter war schließlich so nett, dass er sich den Rollstuhl seiner Mutter auslieh und das komplette Grundstück und den Bungalow mit diesem Rollstuhl abfuhr und mit einer Videokamera aufnahm. Nachdem wir gesehen hatten, dass wirklich überall genügend Platz war, haben wir dieses Haus sofort gebucht. Unser Reiseziel für unseren Sommerurlaub 2019 stand hiermit endlich fest.

Am 28. Juni 2019 traten wir die Reise nach Kroatien an. Nachdem meine beiden Assistentinnen angekommen und unsere beiden Autos bis unters Dach vollgestopft waren, konnte die achtstündige Fahrt für meine Eltern, meine beiden Assistentinnen, Sammy und mich beginnen. Erste Station war unser Übernachtungshotel in Villach in Österreich, wo wir Zimmer vorgebucht hatten. Dort bauten wir zuerst meine ganzen Gerätschaften wie Beatmungsmaschine, Absauggerät, Pulsoxymeter etc. am Bett auf, aßen dann im hoteleigenen Restaurant noch eine Kleinigkeit zu Abend und machten einen kleinen Spaziergang an der naheliegenden Drau, bevor wir alle müde ins Bett fielen. Am nächsten Morgen fuhren wir nach Banjole im Norden von Kroatien. Vier Stunden brauchten wir für die Strecke. An unserer rollstuhlgerechten Unterkunft angekommen, lernten wir zuerst einmal unseren super netten Vermieter kennen und erkundeten dann unser wunderschönes Häuschen. Anschließend packten wir unsere vielen Koffer aus und bauten meine Gerätschaften auf. Danach ging's in den nächsten Supermarkt, um uns für das Wochenende mit dem Nötigsten einzudecken. Die nächsten beiden Tage erholten wir uns ausgiebig am eigenen riesigen Pool von der Anreise.

Am vierten Tag fuhren wir nach Fažana. Das ist ein kleiner Ort direkt am Meer, nur etwa 20 Minuten von unserer Unterkunft entfernt. Dort schlenderten wir am Strand entlang und genossen den Blick auf das tolle türkisfarbene Meer. Rollstuhlfahrer können hier über einige kleine Rampen, die ins Meer hineinführen, ins Wasser und schwimmen gehen. Dann bummelten wir durch die kleinen süßen Geschäfte und gönnten uns ein leckeres Eis. Da die Außentemperatur gegen Mittag bei gefühlten 35 Grad lag, kehrten wir in unser Haus zurück und entspannten den restlichen Tag am Pool.

Am nächsten Morgen brachen wir nach Pula auf, das nur etwa 10 Minuten von unserer Unterkunft entfernt war. In Pula gibt es ein kleines Einkaufszentrum mit ähnlichen Geschäften wie in Deutschland. Auch hier war alles ebenerdig und großzügig gestaltet, um mit dem Rolli überall hinzukommen. Unbedingt sehen wollte ich das alte Amphitheater. Zunächst ging es aber am alten

Fischerhafen vorbei in Richtung Fußgängerzone. Dort schlenderten wir durch die schönen Geschäfte und über den angrenzenden Wochenmarkt. Anschließend ging's zum Amphitheater. Man hatte das Gefühl, als wäre man am weltberühmten "Colosseum" in Rom, denn das Amphitheater in Pula sieht fast genauso aus. Leider konnte ich mir dieses nur von außen anschauen, da am Eingang eine große Menschenmenge wartete und es innen auch nicht gerade rollstuhlgerecht aussah. So fuhren wir nach Hause, nachdem wir einige Erinnerungsfotos gemacht hatten.

Da unsere Unterkunft eine wunderschöne Außenküche mit jeder Menge Platz zum Sitzen hatte, verwöhnten wir uns fast jeden Abend mit Köstlichkeiten. Wir haben oft Fleisch, Fisch oder Gemüse gegrillt. Oft hielten wir uns an unserem Pool auf, weil das Thermometer weit über 30 Grad stieg. Einen Abend verbrachten wir in einem gemütlichen Restaurant im Nachbarort Premantura, wo es allerlei italienische und kroatische Speisen gab. Über eine Betonrampe konnte ich vom Parkplatz aus auf die gemütliche Terrasse fahren, von der aus man eine schöne Aussicht hatte. Von der Terrasse kann man als Rollstuhlfahrer dann auch problemlos ins Innere des Restaurants fahren. Das Personal war sehr freundlich und hilfsbereit und sprach auch sehr gut Deutsch. Am 8. Urlaubstag flogen meine beiden Assistentinnen nach Hause und am selben Tag kamen zwei andere, die den restlichen Urlaub mit uns verbrachten. Es hat mich sehr gefreut, dass auch mein Bruder mit seiner Freundin übers Wochenende zu uns kam.

Als das Wetter in der zweiten Urlaubswoche leider nicht mehr ganz so gut war, machten wir uns auf den Weg in das nahegelegene Städtchen Medulin. Dort gibt es den einzigen Sandstrand in der Region, denn in Kroatien gibt es überwiegend Kiesstrände. In Medulin sind wir am weitläufigen Strand vorbei geschlendert, wo es jede Menge kleine Restaurants mit Köstlichkeiten und kleine Sitzmöglichkeiten gab. Auch hier konnte man fast überall über kleine Rampen in diese Restaurants fahren. Anschließend gingen wir zum großen Hafen und einer langen Promenade mit hübschen, kleinen Geschäften und einer tollen Strandbar. Da das Wetter immer schlechter wurde und es angefangen hatte zu regnen, verbrachten wir den restlichen Tag in einem großen Einkaufszentrum in Pula. So waren wir wenigstens im Trockenen. In dem dreistöckigen Einkaufszentrum kann man als Rollstuhlfahrer einen wunderschönen Tag verbringen. Über große Aufzüge kann man alle Etagen erreichen und in den einzelnen Geschäften hat man mit dem Rolli auch genügend Platz.

Nach einer sehr gewittrigen Nacht regnete es auch noch am Morgen des nächsten Tages. Mittags kam dann endlich wieder die Sonne heraus und wir konnten wieder an unseren Pool. Abends ließen wir es uns ein letztes Mal im Restaurant in Premantura bei Pasta und Tiramisu gut gehen. Wir genossen unseren letzten Urlaubstag noch einmal in vollen Zügen. Doch am Abend hieß es dann wieder Koffer packen und das Auto beladen, denn wir wollten am nächsten Morgen sehr früh Richtung Heimat aufbrechen.

Alles in allem war es für mich ein sehr entspannter und erholsamer Urlaub. Ich bin mir sicher, dass ich in Kroatien sehr bald wieder Urlaub machen werde, denn das Land hat wunderschöne Orte zu bieten und das türkisfarbene Meer ist einfach wunderbar. Die Menschen dort sind sehr zuvorkommend und hilfsbereit. Man merkt, dass Barrierefreiheit auch in Kroatien immer mehr eine große Rolle spielt, was die kleinen Rampen vor Restaurants oder Geschäften und die rollstuhlgerechten öffentlichen Toiletten zeigen. Leider weiß ich nicht, ob man die öffentlichen Verkehrsmittel in Kroatien als Rollstuhlfahrer gut nutzen kann, da wir fast täglich nur mit unserem eigenen Auto die Gegend erkundet haben. Ich kann Kroatien, gerade auch für Menschen wie mich, die auf einen Elektrorollstuhl angewiesen sind und viele Gerätschaften mitnehmen müssen, sehr empfehlen.

SOWEIT DAS AUGE REICHT!

Unser Autor Marcel Renz ist gerne in Europa unterwegs. Vor allem seit er einen neuen E-Rollstuhl fährt, der ihn überall sehr komfortabel hinbringt, kennt er kaum Grenzen. In seiner neuen regelmäßigen Kolumne berichtet er humorvoll über die Erfahrungen auf seinen Reisen. Diese Mal entführt er uns nach Luzern.

Marcel Renz

Wer die Alpen mag oder schöne Berglandschaften bestaunen möchte, hat keine andere Wahl: Er muss mindestens einmal in seinem Leben in die Schweiz. Das wusste auch meine kleine Schwester, als sie sich dafür entschied, einen Teil ihres Arzt-Praktikums in Luzern am einzigartigen Vierwaldstättersee zu machen. Es war klar, dass ich sie dort besuchen würde, allen Unkenrufen zum Trotz: „Oje, die Schweiz ist ja wahnsinnig teuer, geht gar nicht…" Stimmt schon, unsere sympathischen Nachbarn wissen, wie sie gut verdienen und wo sie das Geld herholen.

Aber eigentlich musste ich als Reisender nur wissen, wie ich es geschickt anstelle: Ich schnappte mir eine bezahlbare rollstuhlgerechte airbnb-Wohnung, sehr idyllisch gelegen mit einem tollen Ausblick auf schneebedeckte Berggipfel. Eine Kochmöglichkeit und ein paar günstige Lebensmittel von Zuhause durften natürlich nicht fehlen. Für meine Schiff- und Zahnradbahnfahrt nahm ich die gesalzenen Preise etwas zähneknirschend in Kauf. Meistens war immerhin die Begleitperson frei oder ermäßigt oder meine Assistentin clever. Einmal organisierte sie einfach für drei Personen zwei Tickets: „Bitte zwei Tickets für einen Rollstuhlfahrer und zwei Begleiter." Hinterm Schalter war keine Widerrede zu hören.

Schweizer Eigenarten gibt es einige, selbstverständlich auch positive: Bei Service und Freundlichkeit sind sie klasse! Sie denken „Service" und ließen mich - ohne mit der Wimper zu zucken - überall parken, selbst im absoluten Parkverbot :-) Als sich meine Assistentin bei einer Hotline über die Möglichkeiten von Wanderungen mit dem Rollstuhl erkundigte, versprach man ihr einen Rückruf. Während wir darauf in vielen Ländern sehr lange oder vergeblich gewartet hätten, dauerte es hier in der Schweiz keine halbe Stunde!
Auch von Barrierefreiheit und Rollstuhlzugänglichkeit verstehen die Schweizer einiges! Viele Freizeitaktivitäten funktionieren in und um Luzern auch mit dem Rollstuhl. Egal ob Schifffahrt oder eine Fahrt mit der Zahnradbahn auf die Rigi, mein persönliches Highlight. Über einen Hublift gelangte ich problemlos in die Bahn und die Fahrt in die Höhe war schlicht atemberaubend. Oben angekommen, erwartete uns noch ein kleiner Nervenkitzel, da es keinen Hublift gab. Auf zwei schmalen Alu-Schienchen ging es ziemlich steil hinunter, aber ich landete heil auf dem Bahnsteig. Dann ging's los auf einem tollen Rollstuhlwanderweg mit geringer Schwierigkeitsstufe, der durch die wärmende Sonne schneefrei war. Mein E-Rolli brachte mich sanft zum Aussichtspunkt mit phänomenalem Ausblick: Auf den Kreuztrichter des Vierwaldstättersees, von wo aus sich der See in vier verschiedenen Richtungen erstreckt.

Die Felsenwanderung auf dem Bürgenstock einen Tag später war mit meinem Hightech-Gefährt ebenfalls kein Problem, und zum Glück gab es zwischen mir und dem Abgrund noch das beruhigende Geländer. Mein Ziel war der höchste Freiluft-Aufzug Europas, auch Hammetschwand-Lift genannt. Als wir den Aufzug erreichten, begann bei meinen Begleiterinnen das Nervenflattern, während ich - tagtäglich modernste Technik nutzend und darauf vertrauend - seelenruhig in meinem Rollstuhl saß. Der Aufzug war eine Wucht, mit 3 m/s schoss er in der Höhe. Die Mädels hielten die Luft an, der Blick aus dem gläsernen Aufzug heraus in die Tiefe trieb ihnen die Schweißperlen auf die Stirn. Hiiilfe, bitte nicht abstürzen!!! Oben angekommen, entschädigte sie ein grandioser Ausblick auf Bergwelt und See.

Weitere Infos:
Die wichtigsten Infos zum Thema Mobilität für Reisende mit Handicap in und um Luzern: http://luzernmobil.ch/verkehrsteilnehmende/reisende-mit-handicap/; siehe vor allem die Reiter „zu-fuss" und dann „mit-rollstuhl-unterwegs"

Alles zur Barrierefreiheit auf der Rigi: https://www.rigi.ch/Information/Mobilitaet/Barrierefrei-auf-der-Rigi

Monica Esteve-Ros ist Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege, Pain Nurse/Schmerzexpertin und Patientenkoordinatorin für das Team für Intensivpflege GmbH und die Mobile- und Altenpflege HDM, in Bad Arolsen.

BEDINGUNGSLOS LIEBEN

Liebe ist schwer beschreibbar, denn sie findet jenseits des Begreifbaren und des Denkens statt. Trotzdem ist es möglich, die Liebe in ihrer mannigfaltigen Ausdrucksform zu erfassen, denn sie ist überall und allumfassend. Sie kennt keine Grenzen.

Liebe möchte vereinen, verströmen, verschmelzen und Grenzen öffnen. Sie erwartet nichts, ist niemals eigennützig, beansprucht nichts.

Die Liebe ist ohne Bedingung, kennt keine Erwartungen oder Bedürfnisse. Liebe löst in mir Kraft der göttlichen Essenz, sie hebt alle Grenzen auf.

Das Wunderbare an der bedingungslosen Liebe ist, dass sie so tiefgreifende Auswirkungen hat. Sie gibt mir Kraft, mich im Ganzen zu fühlen. Sie ist ein Teil meines inneren Seins und weniger ein Gefühl als ein „Daseinszustand".

Die Liebe zu mir selbst schenkt mir Vertrauen, meinen Weg zu gehen. Aber sie nimmt mir auch die Angst, in den Schmerz zu gehen und für sie zu kämpfen.

„Den Fotografen Gerd Aumeier habe ich während einer Veranstaltung von einem Verein kennengelernt, der von Unternehmen gegründet wurde, um wieder mehr Wertschätzung und ein Bewusstsein für moralisch-ethisches Handeln in unserer Gesellschaft zu verankern. Gerd Aumeier hat in den Unternehmen wertschätzende Mitarbeiterporträts gemacht und das hat mich so begeistert, dass ich auch unseren Mitarbeiter*innen vorgeschlagen habe, ein Fotoshooting mit ihm zu machen. Die Fotos wurden dann im August 2018 aufgenommen. Das Besondere daran ist, dass sich Gerd Aumeier für ein Porträt mehrere Stunden Zeit nimmt und mit den Mitarbeiter*innen intensive Gespräche führt. So regt er an, sich selbst Gedanken zu machen und sich z.B. die Frage zu stellen: ‚Warum arbeite ich in der Pflege? Was reizt mich an diesem Beruf?'

Es ist eine Reihe sehr schöner Fotos entstanden. Das Shooting war auch eine persönliche Herausforderung, da es sehr intim ist, sich auf so etwas einzulassen und das sieht man den Porträts auch an. Es war fast eine Art Coaching, bei dem verschiedenste Aspekte besprochen werden konnten, die im Berufsleben sonst vielleicht keinen Platz haben.

Für mein Porträt haben wir uns in Gerd Aumeiers großem Atelier getroffen und besprochen, welches Thema mich beschäftigt – die bedingungslose Liebe. Im Gespräch haben wir versucht herauszufinden, was das konkret für mich bedeutet und das wurde sehr spirituell. Es kamen Gedanken und Emotionen in mir hoch, die wichtig waren. Es war eine besondere Erfahrung." „Wertschätzung im Beruf bedeutet für mich, dass es einen persönlichen Benefit gibt. Ich bin seit über 25 Jahren in der Pflege, ich habe viel gesehen und war in unterschiedlichen Bereichen tätig. Der Aspekt des Wiedergebens, egal in welche Richtung, ist dabei für mich wichtig. Das kann sowohl eine kurative Richtung sein, wenn ich miterlebe, wie jemand wieder gesund wird als auch ein palliativer Verlauf.

Ich habe viel Positives erlebt, aber auch Trauriges, das oft sehr wertschätzend war. Es kommt immer auf die Perspektive an. Ich habe viel Sterbebegleitung gemacht und wurde oft gefragt: ‚Wie hältst Du das aus? Das ist ja schrecklich.' Für mich ist es immer auch ein Geschenk, wenn ich einen Menschen begleitet habe, der in Frieden eingeschlafen ist und den Weg gehen konnte, den er sich gewünscht hat. Wenn Menschen zu mir kommen und mir ganz bewusst sagen, dass es für sie so weit ist zu gehen, dann ist das beachtlich und nicht selbstverständlich in der heutigen Gesellschaft. Menschen, die ich lange gepflegt und begleitet habe, begleite ich selbstverständlich auch auf ihrem letzten Weg. Das ist genauso wichtig und wertvoll und setzt viel Vertrauen voraus.

Ich versuche immer zu sehen, was ich für den einzelnen Menschen tun kann. Wenn jemand seinen Weg gefunden hat, bin ich froh und es gibt mir Kraft, diesen Weg mit ihm zu gehen. Das habe ich schon als junge Schwester auf der Intensivstation gespürt, wenn Angehörige gefragt haben: ‚In welche Richtung geht es?' Sie waren dankbar, wenn ich die Wahrheit gesagt habe. Ich hatte mit 24 Jahren ein Erlebnis, dass ich nicht vergessen werde. Ein Patient kam auf die Intensivstation. Die Kollegen hatten seine heftigen Schmerzen nicht in den Griff bekommen. Er hatte ein Lungenkarzinom und es war klar, dass er sterben würde. Ich kannte ihn nicht und hatte ihn gerade 10 Minuten vorher zum ersten Mal gesehen. Er setzte sich plötzlich auf die Bettkante, ich nahm ihn in den Arm und fragte: ‚Was ist denn?' Er hat mir über das Gesicht gestreichelt und gesagt: ‚Es ist alles gut.' Er ist dann in meinem Arm eingeschlafen. In dem Moment wurde eine Energie freigesetzt und ich habe mich gefragt: ‚Was hat mir dieser Mensch geschenkt?' Die Gewissheit, dass es nicht schlimm ist, zu gehen, dass es ok ist, und das hat auch mir die Angst genommen. Auf dieser Ebene gibt es kein Gut und kein Schlecht. Alles ist nichts und nichts ist alles, ein Zustand, den man manchmal in der Meditation erreicht."

STÄRKEN VON FAMILIEN - FAMILIEN STÄRKEN

Teil 1

Das Leben mit einem chronisch kranken Familienmitglied stellt die ganze Familie vor große Herausforderungen. Und dennoch treffen Pflegefachkräfte und andere professionelle Helfer immer wieder auf Familien, die mit ihrer Lebenssituation bemerkenswert gut zurechtkommen. Was zeichnet diese Familien aus? Wie gelingt es diesen Familien, „trotz alledem“, ein erfülltes Leben zu führen? Welche Rolle spielen Auftreten der Krankheit, die Krankheit an sich, Verlauf und Prognose für das Bewältigungshandeln? Und wie können Pflegefachkräfte, Ärzte und Therapeuten Familien mit entwickeln und Familien stärken? Diese Fragen versuchen der Artikel und zwei weitere Teile zu beantworten.

© Dianimaart

Die Zahl der Familien, die auf lange Zeit mit einem chronisch kranken oder behinderten Menschen leben, ist beträchtlich. Entwicklungen in Medizin und Technik konnten die Lebenserwartung und auch die Lebensqualität von Menschen mit schwerwiegenden Erkrankungen und Behinderungen deutlich verbessern, das zeigt auch die Arbeit in der außerklinischen Intensivpflege jeden Tag. Für die Familie und den Kranken selbst bedeutet es aber, sie müssen jeden Tag einen Weg finden, Krankheit, Krankheitsfolgen, Therapienotwendigkeiten und Pflegebedürftigkeit ins Leben zu integrieren. Die Familie oder einzelne Familienmitglieder sind oft hochgradig belastet – denn niemand ist alleine krank. Krankheit ist immer auch eine Familienangelegenheit. In zahlreichen Studien wurden die Belastungen von pflegenden Angehörigen beschrieben.

In der wissenschaftlichen Literatur rund um die Stressforschung wird die Diagnose einer chronischen Krankheit oder Behinderung als kritisches Lebensereignis bezeichnet. Viele Familien mit chronisch Kranken sind vorübergehend, intermittierend oder dauerhaft auf die Unterstützung von Pflegenden, Ärzten und Therapeuten angewiesen. Pflegefachkräfte sind besonders in der außerklinischen Intensivpflege sehr nahe an diesen Familien. Und sie zeichnen oft ein wenig positives Bild von „ihren" Familien, das vorwiegend Mängel, Unzulänglichkeiten und neurotische Entwicklungen fokussiert – ihr Blick ist vornehmlich auf Defizite gerichtet. (vgl. 1)

Im Gegensatz dazu hat sich in den letzten Jahrzehnten in Medizin und Psychologie eine ressourcenorientierte Sichtweise entwickelt – in Abgrenzung zur Pathogenese. Jahrhundertelang wurde die Entstehung von Krankheiten erforscht, nach dem Motto „Wer die Ursache kennt, beherrscht die Folgen." Für viele Erkrankungen sind die Risikofaktoren hinreichend bekannt, z.B. für die Arteriosklerose. Präventionsprogramme wollen der Entstehung von Krankheiten vorbeugen. Aber nicht für alle Erkrankungen und Behinderungen gibt die Frage „Wie und warum werden Menschen krank?" ausreichende Antworten. Und medizinischer Fortschritt alleine begründet nicht hinreichend den Rückgang von Erkrankungshäufigkeiten und Sterblichkeit. Das hat den Soziologen Aaron Antonovsky (1923 – 1994) dazu bewogen zu untersuchen, was Menschen gesund erhält. Das von ihm entwickelte Konzept der Salutogenese beschreibt, warum und wie Menschen gesund bleiben bzw. trotz belastender Situationen und Lebensereignissen eine gute körperliche und geistige Lebensqualität entwickeln. (vgl. 2)

KONZEPT DER SALUTOGENESE ALS TEIL EINER FAMILIENRESILIENZ

Eine zentrale Annahme von Antonovsky für die Widerstandsfähigkeit von Menschen und Familien ist das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence). Es besteht aus drei Komponenten:

- Ein Gefühl von Verstehbarkeit führt zur Fähigkeit, die Umwelt, auch wenn sie chaotisch und unerklärlich ist oder neue Herausforderungen bietet, wahrzunehmen, zu ordnen und zu verstehen
- Ein Gefühl der Handhabbarkeit führt zur Überzeugung, dass Aufgaben und Schwierigkeiten lösbar sind, weil man Ressourcen hat, um Anforderungen zu begegnen
- Ein Gefühl der Sinnhaftigkeit ergibt sich durch die Annahme, dass die vom Leben gestellten Probleme und Aufgaben einen Sinn haben und es wert sind, sich zu engagieren, auch um sich weiterzuentwickeln.

Für Aaron Antonovsky ist das Kohärenzgefühl „eine globale Orientierung, die das Ausmaß ausdrückt, in dem jemanden ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens hat, dass

- erstens die Anforderungen aus der inneren und äußeren Erfahrungswelt im Verlauf des Lebens strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind,
- zweitens die Ressourcen verfügbar sind, die nötig sind, um den Anforderungen gerecht zu werden,
- drittens diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Investition und Engagement verdienen." (3)

An dieser Stelle lässt sich schon übertragen, dass Familien mit einem ausgeprägten Kohärenzgefühl Belastungen, die sich aus einer chronischen Krankheit mit Therapie- und Pflegebedürftigkeit ergeben, leichter bewältigen werden, weil sie von Gefühlen der Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit getragen sind.

RESILIENZ – WIDERSTANDSFÄHIGKEIT VON EINZELNEN UND FAMILIEN

Der Begriff der Resilienz ist aus der Stressforschung und dem Konzept der Salutogenese entstanden. Er beschreibt die psychische Widerstandsfähigkeit von Menschen, die „Fähigkeit, angesichts belastender Lebensherausforderungen zu bestehen und zu wachsen, d.h. neue Kraftquellen zu entdecken und zu nutzen." (4)

Eine gute Resilienz ermöglicht es Menschen und auch Familien, selbst widrigste Lebenssituationen und hohe Belastungen ohne nachhaltige psychische Schäden zu bewältigen. Eine Krise, z.B. die Diagnose einer unheilbaren Krankheit oder Behinderung, bringt eine Familie aus dem Gleichgewicht, besitzt aber immer auch die Chance für eine Transformation einzelner Personen und Beziehungen. Solche Familien berichten beispielsweise, dass sie neue Prioritäten setzen, bewusster miteinander umgehen und in anderer Weise Sinn und Erfüllung im Leben finden.
Manche Familien zerbrechen unter der Belastung von Krankheit und Behinderung, andere Familien nutzen

und entwickeln ihre Stärken. Was unterscheidet diese Familien voneinander?

Zu den in der Einleitung gestellten Fragen lässt sich an dieser Stelle schon feststellen, dass Familien, die scheinbar sehr gut mit chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit zurechtkommen, vermutlich eine hohe Resilienz haben.

Resilienz
- kann erlernt oder erworben sein, sie ist nicht nur angeboren
- ist dynamisch, d.h. sie verändert sich im Laufe des Lebens, ist unterschiedlich in den verschiedenen Lebensphasen oder abhängig von der äußeren Situation
- ist multifaktoriell, d.h. neben persönlichen Faktoren spielen auch Umweltfaktoren und soziale Bindungen eine wichtige Rolle. Dabei wirken diese Faktoren nicht nur von außen auf einen Menschen oder die Familie ein, vielmehr können sie die Umweltbedingungen aktiv mitgestalten. (vgl. 2)

Das *Familien-Resilienzmodell* greift die Ergebnisse der individuellen Resilienzforschung auf. Familienresilienz kann definiert werden als „characteristics, dimensions and properties of families which help families to be resistant in the face of change and adaptive in face of crisis situations." (vgl. 5) Für die Resilienzforschung ist es also interessant zu erforschen, welche Merkmale, Dimensionen und Eigenschaften Familien helfen, sich gegen Veränderungen zu behaupten und sich an Krisensituationen anzupassen.
Verschiedene Studien und Konzepte beschreiben die Schlüsselprozesse innerhalb von Familien, die zu einer hohen Familienresilienz führen. Diese lassen sich in drei Gruppen einteilen:

- familiäre Organisationsmuster bzw. -prozesse
- Kommunikations- und Problemlösungsprozesse
- geteilte Glaubenssysteme und Überzeugungen von Familien. (vgl. 1)

FAMILIÄRE ORGANISATIONSMUSTER BZW. -PROZESSE

Die Aufrechterhaltung einer guten familiären Funktionsweise gilt als Indikator für eine gelungene Anpassung. Dazu brauchen Familien:

- Flexibilität. Familien mit chronisch Kranken müssen sich ständig auf neue Situationen einstellen, gewohnte Abläufe immer wieder neu anpassen, in akuten Krankheitsphasen rasch reagieren, neue Rollenaufteilungen probieren, Rituale und Werte verändern. Familien mit von Haus aus eher offenen Strukturen gelingt das leichter als solchen, bei denen es immer schon sehr starr und gleichmäßig zugeht.

- Verbundenheit. In Familien mit einen Gefühl von Verbundenheit und innerem emotionalen Zusammenhalt (Kohäsion) gelingt die Bewältigung von chronischer Krankheit und ihren Folgen besser. Diese Familien zeichnen sich von je her durch gemeinsame Aktivitäten, geteilte Aufgaben und ein Verantwortungsgefühl füreinander aus. Untersuchungen belegen, dass in familiären Belastungssituationen die Kohäsion noch stärker werden kann.

- Balance der Bedürfnisse. In resilienten Familien besteht eine Balance zwischen den Bedürfnissen und Erfordernissen des chronisch Kranken und den Bedürfnissen und Interessen der übrigen Familienmitglieder. In solchen Familien pflegen alle eigene persönliche Interessen, tun etwas für Partnerschaft und Freundschaften und lassen nicht zu, dass das Familienleben durch die Krankheit oder Behinderung beherrscht wird, dass sie zum „zentralen Kristallisationspunkt der Familienidentität" wird.

- Aufrechterhaltung einer klaren Familienstruktur, Bewahren von klaren Grenzen der Familie nach innen und außen. Pflegebedürftigkeit innerhalb einer Familie führt oft zu Strukturverschiebungen, z.B. weil sich ein Familienmitglied besonders intensiv um den Kranken kümmert. Resiliente Familien schützen ihre Strukturen, z.B. eine Paarbeziehung. In zahlreichen Studien ist belegt, dass eine funktionierende und emotionale Partnerschaft eine ganz entscheidende Ressource ist. Solche Familien haben auch einen Weg gefunden, den kranken oder behinderten Menschen sinnvoll in den Alltag der Familie und auch nach außen einzubeziehen.

- Mobilisierung von sozialen und materiellen Ressourcen. Ein soziales Unterstützungsnetzwerk (praktisch wie emotional) ist eine große Ressource für die Bewältigung von chronischer Krankheit. Das soziale Netzwerk besteht im besten Fall aus der erweiterten Familie, Freunden, Nachbarn und aus professionellen Helfern, z.B. Ärzten, Therapeuten, Pflegefachkräften, Betreuern, Lehrern. Für die Familie ist es bedeutsam, sich nicht „das Heft aus der Hand nehmen zu lassen", Familien wünschen sich einen partnerschaftlichen Umgang, einen Kontakt auf Augenhöhe. Engagierte Helfer und Fachleute können dann eine große Entlastung sein, wenn sie den Familien das Gefühl geben, dass sie die Verantwortung zeitweise an kompetente Personen abgeben können.

© *Dianimaart*

Chronische Krankheit und Behinderung bringt häufig erhebliche finanzielle Belastungen mit sich. Geldsorgen oder gar Armut sind ein hoher Risikofaktor für problematische Anpassungsmuster, materielle Ressourcen fördern die Resilienz. (vgl. 1)

KOMMUNIKATIONS- UND PROBLEMLÖSUNGSPROZESSE

Die meisten Schlüsselprozesse der Resilienz werden über sprachliche Kommunikation vermittelt. Eine hohe kommunikative Kompetenz unterstützt die Familienresilienz:

- In Kommunikation sein und bleiben. Die Fähigkeit zu einer offenen, kongruenten und klaren Kommunikation (verbal, nonverbal) ist generell förderlich für das Familienleben. Sie wird bei Krankheit und Behinderung besonders bedeutsam, wenn es darum geht, heikle Themen anzusprechen, schwierige Entscheidungen zu treffen oder Bedürfnisse auszuhandeln. Resiliente Familien bleiben langfristig im Gespräch, vermeiden keine heiklen Themen und machen auch aus dem Krankheitszustand kein Geheimnis. Sie pflegen auch eine feinfühlige und angepasste Kommunikation mit dem Kranken.

- Offener emotionaler Ausdruck. Familien, die offen über Gefühle reden und Gefühle zeigen, wirken stressbedingten Folgen entgegen. Wenn die mitunter widersprüchlichen Gefühle, die sich im Zusammenhang mit chronischer Krankheit zeigen (z.B. Trauer, Wut, Freude, Erleichterung, Überlastung, Hilflosigkeit) als „normal" gewertet werden, dann verringert das die Neigung zu Schuldgefühlen, Scham und Selbstvorwürfen bei einzelnen Familienmitgliedern oder der gesamten Familie.

- Gemeinsames Problemlösen. Die Fähigkeit, gemeinsam Konflikte und Probleme zu lösen, wird in vielen Untersuchungen als zentrale Voraussetzung für Familienresilienz gesehen. Die Zuversicht in Familien steigt, wenn es ihnen gelingt, Lösungen zu finden, Kräfte zu mobilisieren und die Entwicklung aktiv mitzugestalten. Dazu zählen zum Beispiel Strategien für das Lösen von akuten Krisen, das Ausbalancieren von familiären Bedürfnissen und das Verwahren von Familienroutinen und -werten. (vgl. 1)

GETEILTE GLAUBENSSYSTEME VON FAMILIEN

„Gemeinsam von der Familie geteilte Überzeugungen bestimmen, wie Krisen und Leid wahrgenommen werden und welche Handlungsoptionen gesehen werden." (6) Das bedeutet, dass in der Familie gelebte Überzeugungen, Einstellungen und Annahmen, die oft von Generation zu Generation weitergegeben werden, als „Grundprämissen des Seins" verinnerlicht sind und auch bestimmen, wie eine Familie mit chronischer Krankheit oder Behinderung umgeht. Geteilte Glaubenssysteme sind das „Herz" der Familie. (vgl. 1)

Dazu gehört auch:

- Widrigkeiten einen Sinn geben. Resiliente Familien verstehen Belastungen als eine Aufgabe, die es gemeinsam zu lösen gilt. Sie sehen Veränderungen in einem größeren Zeitrahmen. Im Vergleich mit anderen betroffenen Familien erscheint ihre eigene Lebenssituation nicht so außergewöhnlich und das Empfinden von Not, Schuld oder Verwürfen relativiert sich. Die Krisensituation erscheint verstehbar und handhabbar, und trotz aller widrigen Umstände entwickeln diese Familien eine optimistische und zupackende Haltung.

- Positive Sicht in die Zukunft. Eine positive Zukunftsorientierung für den Umgang mit belastenden Lebenssituationen ist empirisch gut belegt. Resiliente Familien habe eine optimistische Auffassung vom Leben. Das meint nicht, Probleme zu verleugnen, sondern das Positive gerade in Zeiten von Nöten zu sehen und ein Gefühl der Selbstwirksamkeit zu entwickeln im Sinne „Wir können unsere Zukunft mitgestalten." Und so sind diese Familien nicht passiv und abwartend, sondern vielmehr aktiv und gezielt auf der Suche nach Informationen und Lösungen. Dabei akzeptieren sie auch Grenzen, anstatt zu erwarten, „alle Dinge in den Griff zu bekommen und zu kontrollieren".

- Transzendenz und Spiritualität. In vielen Untersuchungen finden sich Hinweise, dass Menschen und Familien in spirituellen und religiösen Überzeugungen und Ritualen Trost und Stärke finden. Sie sind ein wesentlicher Weg, wie in schwierigen Lebenssituationen, die keinen Sinn zu machen scheinen, doch ein Sinn entstehen kann. Daneben finden Menschen z.B. in darstellender Kunst oder Musik eine Ausdrucksform in krisenhaften Zeiten. Hierunter fallen auch eine insgesamt akzeptierende, bejahende Haltung zum Leben und zur Behinderung, eine Versöhnung mit der Situation, „Dinge nehmen wie sie sind" oder Demut vor etwas Größerem. (vgl. 1)

Zusammenfassend heißt dies: Das Modell der Familienresilienz befasst sich mit der Frage, welche Faktoren in Familien dazu beitragen und helfen, mit widrigen Umständen, z.B. mit dauerhafter Krankheit und Behinderung, umzugehen. „Resilienz ist dabei mehr als eine Re-Aktion auf Stress. Sie bezieht sich auch auf die Fähigkeit von lebenden Systemen, sich nach vorne zu entwickeln und sich in einer Weise zu organisieren, die künftigen Belastungen vorwegnehmend gerecht wird." (1)

Im 2. Teil geht es darum, dass der Anpassungsprozess einer Familie von weiteren Faktoren abhängig ist, z.B. dem Verlauf und der Prognose einer Erkrankung und in welchem Lebenszyklus einer Familie sie auftritt.
Im 3. Teil geht es um die Frage, wie Familien von professioneller Seite in ihrem Bewältigungshandeln unterstützt werden können.

Literatur

1. Retzlaff, R.: Familien-Stärken – Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Klett-Cotta 2010.

2. Pflege Heute, 7. Auflage. Elsevier Verlag 2019.

3. Antonovsky, A.: Salutogenese – zur Entmystifizierung der Gesundheit. dgtv-Verlag 1997.

4. Walsh, F.: Strengthening family reselience. Guilford Press, 1998.

5. McCubbin, H.I. & McCubbin, M.A.: Typologies of resistentframilies, 1988, in Retzlaff, R.: Familien-Stärken.

6. Walsh, F.: Family resilience: A framework for clinical prachtice, 2003, in Retzlaff, R.: Familien-Stärken.

Christine Keller, M.A.

Lehrerin für Pflegeberufe, Qualitätsberaterin für Einrichtungen im Gesundheitswesen, Heilpraktikerin (Psychotherapie), Systemische Beraterin (DGSF)

www.christine-keller.com

Beim diesjährigen MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress wird Frau Keller am 25. Oktober 2019 einen Vortrag mit dem Titel „Bewältigungshandeln chronisch Kranker – handlungsleitend für Pflegende und Therapeuten" halten.

PFLEGENDE ANGEHÖRIGE VS. BETROFFENE

WESSEN BEFINDLICHKEIT UND LEBENSGLÜCK SIND BEEINTRÄCHTIGT?

Im Rahmen einer Reise der Selbsthilfe von LIS (Locked-In-Syndrom) e.V. im Oktober 2017 wurde, so berichtet der Vorsitzende Dr. Karl-Heinz Pantke, eine Umfrage zu den Themen Befindlichkeit und Lebensglück mithilfe von Fragebögen durchgeführt.

Der Verein betreut Betroffene nach einem Locked-in Syndrom; viele von ihnen sind vollständig gelähmt und können nicht sprechen. „Die von uns Befragten ließen sich in drei beinahe gleich starke Gruppen einteilen: pflegende Angehörige, Nichtbetroffene und Betroffene des Locked-in Syndroms, wobei das Ereignis schon einige Jahre zurückliegen sollte. Die Ergebnisse der Nichtbetroffenen nutzen wir als Kontrollgruppe. Das Stimmungsniveau und Lebensglück der pflegenden Angehörigen liegen deutlich unterhalb derer der Nichtbetroffenen und der Betroffenen.

Für Betroffene und Nichtbetroffene lassen sich keine signifikanten Unterschiede des Stimmungsniveaus und des Lebensglücks feststellen. Ergebnisse von anderen Umfragen bestätigen diese Ergebnisse", so Dr. Pantke. Auch bezüglich der allgemeinen Lebenszufriedenheit lägen die Werte von pflegenden Angehörigen unterhalb derer der Betroffenen. „Diese kleine Untersuchung zeigt, dass pflegende Angehörige durch die Folgen der Erkrankung mehr belastet sind als die Betroffenen selbst und dass langfristig niemand durch eine körperliche Einschränkung zu einem unglücklichen Menschen wird." Darüber wird Dr. Pantke, der selbst ein LIS erlitten hat und nun Lehrbeauftragter für Unterstützte Kommunikation an Hoch- und berufsbildenden Schulen ist, beim MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress einen Vortrag halten. Der Referent ist sowohl Vorsitzender von LIS e.V. als auch der Christine Kühn Stiftung.

Erinnert sei in diesem Zusammenhang an das Buch „Das zweite Leben. Interviews mit Überlebenden eines Locked-in Syndroms", das 2017 im Mabuse Verlag erschienen ist. Herausgegeben haben es Karl-Heinz Pantke, Linda Loschinski, Christine Kühn Stiftung und LIS e.V. Das Buch wendet sich an Angehörige und Betroffene, aber auch an alle, die eine Antwort auf die Frage suchen: Wie werden Menschen mit schweren traumatischen Erlebnissen fertig? Dem Buch liegt die DVD „Wider die Langsamkeit" bei, mit dokumentarischen Berichten über den Alltag dreier Betroffener.

Kontakt: Dr. Karl-Heinz Pantke, LIS e.V. am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Herzbergstr. 79, 10365 Berlin & Christine Kühn Stiftung, Mansteinstr. 3, 10783 Berlin, E-Mail: pantkelis@arcor.de

„Nach sieben Jahren wird die Jahrestagung der DIGAB wieder an der Elbe stattfinden. Die hanseatische Weltoffenheit soll die Bühne bieten für ein spannendes, lebendiges, kontroverses und inspirierendes Treffen all derer, die auf eine Langzeitbeatmung angewiesen sind und all jener Berufsgruppen, die mit diesen Menschen arbeiten", das schreiben die beiden Kongresspräsidenten, PD Dr. med. Sven Hirschfeld & Dr. med. Benjamin Grolle, in ihrer Einladung zum nächsten DIGAB-Kongress. Beide vertreten zwei Untergruppen der DIGAB, Kinder und Menschen mit Querschnittlähmung. In diesen Bereichen werden sie inhaltliche Schwerpunkte setzen, aber auch Pneumologie, Intensivmedizin, Neurologie, Rehabilitation u.v.m. werden Themen sein. „Und wie es gute Tradition bei der DIGAB ist, wollen wir auch in Hamburg wieder die Interdisziplinarität zwischen Menschen mit Beatmungsabhängigkeit und den Behandelnden aus Pflege, Therapie und Medizin in den Mittelpunkt der Veranstaltung rücken", so die beiden Kongresspräsidenten.

Mehr unter www.digab-kongresse.de

6. BERLINER PFLEGEKONFERENZ

DER BRANCHENTREFF FÜR EINE BESSERE PFLEGE

Mehr Dialog und mehr Inhalte in kürzerer Zeit! Die 6. Berliner Pflegekonferenz konzentriert sich auf einen Konferenztag. Am 07. November 2019 bietet die Berliner Pflegekonferenz 2019 mehr Raum für Inhalte, Debatten und Gespräche – und fokussiert sich auf das Wesentliche. Das Forum, das die Debattenagenda im Bereich Pflege prägt, sehen viele Entscheider und Experten aus Politik, Gesellschaft und Gesundheitswesen als absoluten Pflichttermin an – und freuen sich auf das Zusammenkommen.

Mit Finnland und Berlin präsentieren sich zwei Regionen, die innerhalb der EU – mit Blick auf ihre bevölkerungs- und infrastrukturellen Gegebenheiten – kaum unterschiedlicher sein könnten. Für Finnland stellt vor allem die Versorgung von Pflegebedürftigen über große Distanzen hinweg eine der größten Herausforderungen dar. Demgegenüber ist Berlin geprägt von einer ausgesprochen heterogenen Bevölkerung auf vergleichsweise engem Raum. Die damit einhergehende Vielfalt zieht sowohl in sozialer als auch kultureller Hinsicht einen differenzierten Bedarf für die Betreuung Pflegebedürftiger nach sich. Neben den hochkarätigen Keynotes geben die beiden Panels Raum für Austausch und Diskussion. Im Fokus stehen neben Fragen zum Recht auf Selbstschädigung oder Möglichkeiten zur Stärkung der informellen Pflege insbesondere brisante Themen wie Pflegevollversicherung, Künstliche Intelligenz in der Pflege und Sterbehilfe. Ein Highlight werden in diesem Jahr wieder die Verleihungen des Otto Heinemann Preises und des Marie Simon Pflegepreises bilden. Die Botschaft ist eindeutig: Großes Engagement und innovative Ideen verdienen unsere höchste Anerkennung, denn sie sorgen für echten Wandel und eine bessere Pflege.

Weitere Informationen zu der Berliner Pflegekonferenz sind auf der Konferenzwebsite www.berliner-pflegekonferenz.de zu finden.

6. Berliner Pflegekonferenz vom 07.11.2018 – WECC Westhafen Event und Convention Center Berlin

33. Jahrestagung

Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie

SAVE THE DATE

2020

22.–25. April

Nottwil/CH

Rehab der Zukunft

„Quo vadis“

www.dmgp-kongress.de

Neueröffnung

AKB ELKE DODENHOFF ERÖFFNET 11. INTENSIV-WOHNGEMEINSCHAFT

Liebevolle Zuwendung kombiniert mit qualifizierter Pflege – eine Verbindung, die sich wohl jeder Angehörige pflegebedürftiger Menschen von Herzen wünscht und die sich Elke Dodenhoff als Maßstab setzte, als sie vor mehr als 30 Jahren ihren ambulanten Pflegedienst gründete und damit Pionierarbeit leistete. Jetzt steht Elke Dodenhoff kurz vor der Eröffnung ihrer mittlerweile 11. »Außerklinischen Intensiv-Wohngemeinschaft« in Poing bei München.

IN POING ERSTE INTENSIV-WOHNGEMEINSCHAFT

Großzügig, hell und freundlich sind die Räumlichkeiten der Intensiv-Wohngemeinschaft in der Schulstraße 30a in Poing nahe München. Künftig werden hier teils schwerstkranke Patienten, die nach Intensivtherapien in Akutkliniken und Reha-Einrichtungen weiter auf eine qualifizierte 24-Stunden-Betreuung durch speziell ausgebildetes Fachpersonal angewiesen sind, aufgenommen, intensiv-medizinisch betreut und vor allem kompetent und mit großer Herzenswärme rund um die Uhr gepflegt.

Fünf ideal nach den Anforderungen intensivmedizinischer Pflege ausgestattete Zimmer werden ab September in der weitläufigen Wohngemeinschaft bezugsfertig sein. »Mir liegt dabei sehr am Herzen, dass die uns anvertrauten Menschen nicht auf ihre Krankheit reduziert, sondern in ihrer ganzen Persönlichkeit, ihrer Biografie, ihrem Charakter und ihren Wünschen und Bedürfnissen wahrgenommen werden. Genauso wichtig ist es, Angehörige zu entlasten und mit großem Einfühlungsvermögen zu unterstützen«, so die Initiatorin und Gründerin der AKB Elke Dodenhoff GmbH.

Die Bewohner der Poinger Intensiv-WG »Parkblick« dürfen und sollen ihre Zimmer dementsprechend ganz individuell und persönlich einrichten. Denn Familienfotos, Bücher und Deko-Objekte geben oft ein Gefühl des Geborgenseins. »Die Menschen sollen hier eine Heimat finden«, ist für Elke Dodenhoff ein besonders wichtiger Aspekt.

Ein offener Gemeinschaftsbereich, in dem eine wohltuende, wohnliche Atmosphäre herrscht und in den eine voll ausgestattete Küche integriert wurde, ist das Herzstück der stilvoll und mit viel Liebe zum Detail eingerichteten Wohnung. Die gemütliche Sitzecke mit Blick in das endlose Grün des angrenzenden Parks lädt Angehörige, Pflegekräfte und Bewohner dazu ein, gemeinsam Zeit zu verbringen und sich auszutauschen. Und auf gleich zwei großen Terrassen kann man im Sommer fast durchgehend in der Sonne sitzen.

Im Badezimmer verspricht eine komfortable Wohlfühl-Badewanne ein ganz besonderes Badevergnügen, denn der Bewohner kann hier vollkommen entspannt und mit sprichwörtlich allen Sinnen ein Gefühl der Schwerelosigkeit erleben. Sanfte, verschiedenfarbige Lichtspiele wirken auf den Badenden beruhigend, und per USB-Stick kann sogar seine eigene Musik einge-

spielt werden. »Das Besondere ist, dass sich die Vibrationen der Musik auf die Wanne übertragen. Das ist für Patienten mit neurologischen Beeinträchtigungen ein sehr angenehmes Empfinden«, erklärt Elke Dodenhoff die Einzigartigkeit ihrer Badezimmer-Ausstattung.

Mit ihrem außergewöhnlichen Konzept hat Elke Dodenhoff ein Angebot geschaffen, das seinesgleichen sucht. In ihren Intensiv-WGs finden Menschen, die weder zu Hause, noch in einer Klinik oder einem Pflegeheim versorgt werden können, eine stimmige Einheit aus qualifizierter medizinischer Betreuung und einfühlsamer Begleitung.

WARMHERZIGE UND WÜRDEVOLLE BEGLEITUNG AUF DEM LETZTEN LEBENSWEG

Auch das Sterben ist Teil unseres Lebens, und Menschen auf ihren letzten Schritten zu begleiten, gehört für Elke Dodenhoff seit jeher dazu. Speziell in der Onkologie, Palliativpflege und Sterbebegleitung geschulte Fachkräfte kümmern sich liebevoll und behutsam um diese Menschen. Ziel ist es, ihnen bis zuletzt ein sorgenreduziertes und selbstbestimmtes Leben zu ermöglichen. Die enge Zusammenarbeit und Absprache mit Angehörigen und behandelnden Ärzten ist dabei selbstverständlich. Bei der Sterbebegleitung haben lindernde Maßnahmen wie die Gabe von Schmerzmitteln und die psychologische Unterstützung zum Beispiel bei Angstzuständen höchste Priorität.

Betroffene und Interessierte dürfen sich mit allen Fragen zum Thema »Pflege« jederzeit gerne an die AKB Elke Dodenhoff GmbH wenden. Gesucht werden außerdem Gesundheits- und Krankenpfleger*innen und/oder Altenpfleger*innen, die gern an einem ganz besonderen Ort mit ganz besonderen Menschen arbeiten möchten.

AKB Elke Dodenhoff GmbH
Albert-Schweitzer-Str. 66
81735 München
Tel. 089 671022
www.akb-pflegedienst.de
info@akb-pflegedienst.de

IMPRESSIONEN AUS DER NEUEN WOHNGEMEINSCHAFT

„Als die erste Auflage meines Buches entstand, das war 2012, gab es keinen vergleichbaren Titel auf dem Markt, der das Thema »Außerklinische Beatmungspflege« behandelte, erklärte oder gar abdeckte. Ein Fachbuch, das nicht »nur« das Leben mit Beatmung und daraus folgender außerklinischen Beatmungspflege in all ihrem Facettenreichtum beschreibt, sondern, weit darüber hinaus gedacht, unter anderem auch die psychosoziale Komponente beleuchtet, gab es einfach nicht. Das war ein Grund, warum Irmgard Hofmann und ich das Buch geschrieben und damit eine Lücke geschlossen haben. Mittlerweile sind wir in der zweiten Auflage. Wir haben, so die erfreulichen Rückmeldungen, das richtige Gespür für offene Themen gehabt und ein Standardwerk geschaffen. Eine weitere Publikation plane ich momentan nicht unbedingt, es reizt mich aber schon sehr, ein weiteres Buch zu veröffentlichen."

ZUM BUCH:

Dodenhoff, Elke und Hofmann, Irmgard:
Außerklinische Beatmungspflege.
Für die Aus-, Fort- und Weiterbildung.
2. Aufl. Cornelsen, 2015, 200 Seiten, 21 Euro

Klappentext:
Außerklinische Beatmung stellt Pflegende vor ganz besondere ethische und soziale Herausforderungen.
Zusätzlich zu medizinischem Fachwissen und dem Handling der notwendigen Hilfsmittel legt der Band daher den Fokus auf psychosoziale Themen. Damit richtet er sich an die zahlreichen Pflegenden, die beatmungspflichtige Pflegebedürftige in ambulanten oder stationären Settings betreuen. Die aktualisierte Auflage vertieft das Thema Hygiene.

Gewinnspiel

Beantworten Sie uns folgende Frage und gewinnen Sie das Buch „Außerklinische Beatmungspflege" von Elke Dodenhoff und Irmgard Hofmann.

WAS IST BEIM EINSATZ VON SPRECHVENTILEN UNBEDINGT ZU BEACHTEN?

Senden Sie Ihre Lösung bitte bis 31.10. an gd@deutschefachpflege.de

Viel Erfolg!

BITKOM DIGITAL HEALTH CONFERENCE 26. NOVEMBER 2019

Facebook/LinkedIn
Am 26. November 2019 diskutiert der Digitalverband Bitkom (@BitkomEvents) auf der vierten Digital Health Conference mit mehr als 350 Gästen aus Politik, Forschung, Wirtschaft und Gesellschaft über die Potenziale digitaler Gesundheitstechnologien. Unter dem Motto „Update for our Healthcare System" werden die drängenden Fragen einer modernisierten Gesundheitsversorgung beantwortet.
Tickets und alle weiteren Informationen zur #dhc19 gibt es unter https://www.health-conference.de

Twitter
Was bedeutet #eHealth für eine modernisierte Gesundheitsversorgung? Am 26. November 2019 diskutieren mehr als 350 Gäste aus Politik, Forschung, Wirtschaft und Gesellschaft über die Potenziale digitaler Gesundheitstechnologien. Verpassen Sie nicht Bitkom's (@BitkomEvents) #dhc19.

Newsletter
Das Gesundheitssystem befindet sich an einem Wendepunkt. Digitale Technologien sind die Schlüsseltechnologien für eine modernisierte Gesundheitsversorgung. Am 26. November 2019 diskutieren mehr als 350 Expertinnen und Experten aus Politik, Forschung, Wirtschaft und Gesellschaft, wie die digitale Welt in das Gesundheitssystem gelangt. Mehr zur Digital Health Conference 2019 gibt es unter https://www.health-conference.de

Kleines Wörterbuch für Mitarbeiter*innen in der Pflege

Was ist eigentlich ein گزارش پرستار?
Was ist eigentlich ein گزارش پرستار? Und was möchte die Kollegin, wenn sie bittet den Blutdruck zu messen? Auch in der Pflege gibt es viele branchentypische Begriffe, die geflüchtete Menschen im Sprachkurs meist nicht lernen. Damit der Berufseinstieg in die Pflege schnell gelingt, hat des NETZWERK Unternehmen integrieren Flüchtlinge für neue Mitarbeiter*innen ein kleines Wörterbuch erstellt. Darin werden wichtige deutsche Begriffe in die Sprachen Englisch, Arabisch, Farsi und Tigrinya übersetzt. Übersichtlich in einer Tabelle stellt das Wörterbuch die fünf Sprachen nebeneinander. Zudem gliedert es sich in Rubriken wie Patientin/Patient, auf Station, Tätigkeiten, Untersuchung und Medikation sowie Krankheitsbilder. Das kleine Wörterbuch kann direkt von der Webseite des NETZWERKS heruntergeladen oder in der Printversion bestellt werden.

Übrigens:
گزارش پرستار ist Farsi und bedeutet Pflegebericht.

Viele Unternehmen in Deutschland engagieren sich bereits für die Integration von Geflüchteten oder haben das vor. Das „NETZWERK Unternehmen integrieren Flüchtlinge" bringt sie zusammen. Das Netzwerk eine Initiative des Deutschen Industrie- und Handelskammertages (DIHK), gefördert vom Bundesministerium für Wirtschaft und Energie. Es bietet seinen Mitgliedern Informationsmaterialien und Checklisten. Bereits vorhandenes Know-How und neue Ideen zur Beschäftigung von Geflüchteten werden leicht verdaulich und übersichtlich aufbereitet. Es stellt Praxis-Tipps zur Verfügung und fördert den Erfahrungsaustausch über Integration in Ausbildung und Beschäftigung mit anderen Unternehmen. Zudem bietet das Netzwerk regelmäßig Veranstaltungen und Webinare an, an denen man entweder vor Ort teilnehmen oder sie online in der Mittagspause mitmachen kann. Um den Überblick über die wichtigsten Regularien und Gesetzesänderungen zu behalten, gibt das Netzwerk regelmäßige Updates heraus. Eine Mitgliedschaft im „NETZWERK Unternehmen integrieren Flüchtlinge" ist kostenlos.

Kontakt:
NETZWERK Unternehmen integrieren Flüchtlinge
DIHK Service GmbH
Breite Straße 29 | 10178 Berlin
Tel.: (030) 203 08 6550
E-Mail: info@unternehmen-integrieren-fluechtlinge.de
www.unternehmen-integrieren-fluechtlinge.de

VEREINFACHTE KÜNSTLICHE BEATMUNG MITHILFE DIGITALER ZWILLINGE DER LUNGE

Dr. Jonas Biehler, Dr. Karl-Robert Wichmann, Anastasia Leonova M.A., Dr. Kei Müller und Prof. Wolfgang Wall treiben Ebenbuild gemeinsam voran.

KÜNSTLICHE BEATMUNG BEI ARDS

Über 400.000 Menschen werden allein in Deutschland Jahr für Jahr auf Intensivstationen künstlich beatmet. Bei etwa jedem siebten Patienten ist die Beatmung besonders komplex und risikoreich, da er das akute Atemnotsyndrom ARDS (Acute respiratory distress syndrome) entwickelt. ARDS hat viele akute Ursachen, so etwa Grippeerkrankungen oder Verbrennungen. Eine weitere eigentlich vermeidbare Ursache ist eine nicht ideal an die Patientenbedürfnisse angepasste künstliche Beatmung. Eine solche Beatmung kann die ohnehin kranke Lunge zusätzlich schädigen und trägt so zur hohen Sterblichkeit von etwa 40% bei.

Einer der Hauptgründe für beatmungsbedingte Lungenschäden ist, dass nicht unmittelbar beurteilt werden kann, ob die gewählten Beatmungsdrücke, -frequenz und weitere Einstellungen die Lunge im jeweiligen Falle mechanisch überstrapazieren. Die gesundheitlichen Folgen werden teils erst Tage später sichtbar. Selbst wenn nur kleine Bereiche der Lunge betroffen sind, können so auf Dauer gefährliche Entzündungen des Lungengewebes entstehen. Die gegenwärtige Praxis, sich zu Beginn an statistischen Werten zu orientieren und die Beatmung anhand von Blutgasanalyse und Echtzeitmessung der Oxygenierung nachzujustieren, kann bei Patienten mit sehr heterogenem Schadensbild fatal sein.

EINFACHERE UND EFFEKTIVERE BEATMUNG MIT EBENBUILD

Wir vom Startup Ebenbuild aus München wollen in diesen Fällen die Beatmungspraxis an zentraler Stelle sinnvoll ergänzen: Maßgeschneiderte Beatmungseinstellungen sollen mittels unserer Software vollautomatisiert vorausberechnet und dem behandelnden Personal als zusätzliche Information zur Verfügung gestellt werden. Auf diese Art können wir die beatmungsbedingte Schädigung verringern oder womöglich ganz vermeiden. Eine solche besser justierte Beatmung schont die Lunge besonders und trägt somit zur rascheren Genesung des schwer kranken Patienten bei.

Unsere Expertise im Bereich physiologisch akkurater Computermodelle, sozusagen digitale Zwillinge von Patientenlungen (s. Bild auf Seite 37), fußt auf 15 Jahren Forschungsarbeit an der Technischen Universität München (TUM). Von der Trachea bis hinab in die kleinsten Atemwege und das umliegende Lungengewebe lassen sich mit diesen Modellen Luftströme, Gewebedehnungen und der Gasaustausch akkurat vorhersagen. Gegenwärtig führen wir retrospektive Studien mit anerkannten Experten der künstlichen Beatmung durch, um so vergleichende Studien mit Patienten und die Zulassung als kommerzielles Medizinprodukt vorzubereiten.

MÖGLICHKEITEN IN KLINISCHEN UND SCHULUNGSSZENARIEN

Über die Anwendung an Intensivstationen hinaus eröffnet unsere Technologie vielfältige Möglichkeiten. Beispielsweise könnte sie zur Operationsplanung oder unterstützend bei der Entwicklung neuer Medizingeräte dienen. Besonders interessant sind für Ebenbuild auch Lehre und Schulung im Bereich der stationären und der Intensivpflege. Bislang vorherrschende, aufwendig gestaltete physische Simulatoren trainieren v.a. Handgriffe beim Intubieren oder das Anlegen einer Atemmaske sowie die konkrete Einstellung verschiedener Beatmungsmodi. Allerdings können sie nur in sehr beschränktem Maße verschiedenartige Krankheitsbilder nachstellen und auf diese Weise krankheitsspezifische Beatmungen wirklich

Das Computermodell, der digitale Zwilling einer konkreten Patientenlunge, macht es möglich, Luftströme, Gewebedehnungen und den Gasaustausch akkurat vorherzusagen.

trainieren. Zusätzlich muss stets ein Beatmungsgerät vorhanden sein. Unsere Technologie könnte hier einen erheblichen Mehrwert bieten und derzeitige Trainingsoptionen komplementär aufwerten, denn bei minimalem Hardwareeinsatz ist prinzipiell eine Vielzahl von Zuständen der Lunge simulierbar. Durch Variation der Ausprägung einer bestimmten Lungenerkrankung könnte z.B. Pflegepersonal deutlich effektiver als bislang von regelrechten Trainingsparcours profitieren. Erste Marktsondierungen haben ergeben, dass in diesem Bereich ein deutlich gesteigertes Interesse an ergänzenden und Mehrwert stiftenden Produkten vorhanden ist.

TEAM UND PLÄNE

Ebenbuild wurde nach Jahren der Vorbereitung Anfang 2019 als TUM-Spinoff in München von Dr. Kei Müller, Prof. Wolfgang Wall, Dr. Jonas Biehler und Dr. Karl-Robert Wichmann gegründet. Das Team hat umfangreiche internationale Erfahrung an der Schnittstelle zwischen Medizin, Ingenieurwesen und Informatik und besteht aus Ingenieuren, Medizinern und Ökonomen. Unlängst wurde das Vorhaben mit Hauptpreisen beim Gründerwettbewerb – digitale Innovationen des Bundeswirtschaftsministeriums und beim prestigeträchtigen Businessplanwettbewerb Science4Life Venture Cup ausgezeichnet.

Ebenbuild arbeitet neben der klinischen Validierung am Anschluss der Software bei unseren Klinikpartnern sowie den noch notwendigen klinischen Studien. Ziel sind Marktreife und -eintritt unserer Softwaredienstleistung in den nächsten Jahren. Parallel prüfen wir alternative Anwendungsszenarien.

Mehr unter www.ebenbuild.com

Dr. Kei W. Müller, Ebenbuild GmbH, München

PRAXISANLEITER*IN FÜR DIE AUSSERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE MIT TEAMLEITERQUALIFIKATION

SCHWERPUNKTE SIND DAS FÜHREN UND LEITEN VON TEAMS SOWIE GRUNDLAGEN DER FAMILIENZENTRIERTEN PFLEGE

Am 21. Oktober 2019 startet erneut der Kurs „Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege mit Teamleiterqualifikation“ unter der Leitung von Christine Keller, M.A., Lehrerin für Pflegeberufe, Qualitätsberaterin für Einrichtungen im Gesundheitswesen, Heilpraktikerin (Psychotherapie), Systemische Beraterin (DGSF), Buchautorin und Herausgeberin von Fachliteratur. Die Qualifizierung umfasst 300 Stunden (= UE/ à 45 Min.). Die integrierte Weiterbildung zum Praxisanleiter erfüllt in Bezug auf Inhalt und Umfang das Kranken- und Altenpflegegesetz, die Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) und des deutschen Bildungsrates für Pflegeberufe (DBR) für die Qualifizierung von Praxisanleitern. Die Weiterbildung ist auch nach der Verordnung zur Ausführung des Pflege- und Wohnqualitätsgesetzes (AVPfleWoqG) Teil 6 und 7 staatlich anerkannt.

Wodurch zeichnet sich die Weiterbildung „Praxisanleiter*in mit einer Spezialisierung: Führen und Leiten von Teams und Grundlagen der familienzentrierten Pflege“ aus?

Die Patientenversorgung in der ambulanten Pflege bzw. in der außerklinischen Intensivpflege nimmt mittlerweile eine wichtige Position im Pflegesektor ein. Pflegekräfte, die über Berufserfahrung im klinischen und stationären Bereich verfügen, stehen in der ambulanten (Intensiv-)Pflege vor ganz neuen Herausforderungen. Neben einer professionellen Pflege und Umsetzung therapeutischer Maßnahmen sind ausgeprägte soziale Kompetenzen von besonderer Bedeutung, da die Versorgung der Patienten häufig in einem familiären Umfeld stattfindet und über sehr lange Zeit besteht.

Der Praxisanleiter mit einer Spezialisierung: Führen und Leiten von Teams und Grundlagen der familienzentrierten Pflege übernimmt eine wichtige Schlüsselposition in ambulanten (Intensiv-)Pflegediensten. Er ist das Bindeglied zwischen Geschäftsleitung, Pflegekräften und Pflegekunden und deren Angehörigen. Diese besondere Rolle erfordert eine hohe Fach- und Sozialkompetenz, aber auch Führungswissen, die Fähigkeit Mitarbeiter nach pädagogischen Kriterien einzuarbeiten und zu motivieren, Veränderungsprozesse zu initiieren und Konflikte konstruktiv anzugehen.

Vermittlung von pädagogischen Kompetenzen

Die Qualifizierung vermittelt den aktuellen Stand berufspädagogischen Wissens. Die Teilnehmer werden befähigt, individuelle Anleitungssituationen zu gestalten unter Berücksichtigung der Prinzipien des selbstgesteuerten Lernens, den Lernenden bei der Erreichung seiner Lernziele zu unterstützen und diese zu beurteilen. Im Rahmen der Erwachsenenbildung werden die Kompetenzen der Teilnehmer im selbstgesteuerten Lernen erweitert. Durch Studienaufträge und Gruppenarbeiten können die Teilnehmer ihre Methodenkompetenz und soziale Kompetenz erweitern.

Vermittlung von systemischen und beraterischen Kompetenzen und familienzentrierte Pflege

Im Rahmen der Qualifizierung werden den Teilnehmern die Grundlagen einer systemisch orientierten, patienten- und familienorientierten Pflege vermittelt. Sie lernen systemisches Denken und Handeln in konkreten Praxis- und Beratungssituationen anzuwenden. Über den pflegewissenschaftlichen Ansatz des Family Nursing (Familienzentrierte Pflege) wird den Teilnehmern der professionelle Umgang mit familiendynamischen Themen – wie z.B. Bewältigungshandeln chronisch Kranker, Nähe und Distanz, Umgang mit Konflikten im Familienkontext des Pflegekunden – näher gebracht. Sie werden in die Lage versetzt, neue Mitarbeiter und Pflegeteams in die familienorientierte Pflege einzuführen.

Vermittlung von Führungskompetenzen

Im Rahmen der Qualifizierung entwickeln die Teilnehmer Leitungs- und Führungskompetenzen. Sie reflektieren persönliche Stärken und Schwächen, auch in Verbindung mit den beruflichen Rollen und Erwartungen. Sie lernen Konflikte im Versorgungskontext wertschätzend zu lösen und zu moderieren. Die enge Verzahnung der familienzentrierten Pflege mit der systemischen Managementlehre findet in den spezifischen Inhalten statt.

Die fünf Präsenzmodule finden bei der Deutschen Fachpflege Gruppe, Bavariaring 16, 80336 München statt.

Mehr unter www.dfg-akademie.de/praxisanleiter.html

Aktivcamp Pflege erstmals in Düsseldorf

Das Aktivcamp ist keine Konferenz. Es ist ein Open Space-Format, das bedeutet: Es gibt keinen Unterschied zwischen Podium und Publikum. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestimmen selbst die Tagesordnung und diskutieren in kleinen Gruppen auf Augenhöhe.

In diese Sessions bringen sie ihre eigenen Perspektiven, ihre Erfahrungen, ihr Wissen und ihre Ideen ein. So entsteht ein großer Marktplatz an tagesaktuellen, praxisorientierten Themen mit konkretem Nutzen für den Pflegealltag. Es wird lösungsorientiert diskutiert und wenn am Ende die Ergebnisse der Sessions vorgestellt werden, geht es auch immer um die Frage: Was ist der erste Schritt? Und wer macht ihn? Denn nur so können Veränderungen angestoßen werden.

Veranstalter des Aktivcamps Pflege ist das Team Scharfenberg. Dazu gehören Elisabeth & Uli Scharfenberg sowie Inga Teglas. Diese haben viel Erfahrung mit dem Format des Barcamps. Sie moderieren, leiten an und stehen den Teilnehmenden zur Seite. Am Ende des Tages werden konkrete Ideen, Maßnahmen und Lösungen festgehalten. Das Team Scharfenberg bietet Unternehmen auch Inhouse-Aktivcamps an. Seit 2017 lädt das Team Scharfenberg regelmäßig zum öffentlichen Aktivcamp Pflege nach Berlin ein. Viele erfahrene und junge Menschen aus allen Bereichen der Pflege haben hier bereits mitdiskutiert, Projekte entwickelt und Netzwerke geknüpft. Aus Rückmeldungen geht hervor: Das Aktivcamp Pflege gibt Schwung für Eigeniniative und Veränderungen. Auf Wunsch vieler Interessenten findet das 4. Aktivcamp Pflege erstmals in Düsseldorf statt, und zwar am Donnerstag, dem 28.11.2019.

Die Deutsche Fachpflege Gruppe gehört zu den Unterstützern des Aktivcamps Pflege. Wer kostenlos daran teilnehmen möchte, schreibe bitte an gd@deutschefachpflege.de und besuche die Seite der Deutschen Fachpflege Gruppe auf facebook.

Mehr unter www.team-scharfenberg.de/aktivcamp

Veranstaltungsort ist das Konferenz-Zentrum der Rheinischen Post, Zülpicher Straße 10, 40196 Düsseldorf. Für alle Azubis und Studierenden gibt es ein vergünstigtes Tagesticket zum Preis von 29.- Euro inkl. Mwst.

ATEMTHERAPIE IM AUSSERKLINISCHEN BEREICH

Die Atemtherapie als einer der grundlegenden Pfeiler im therapeutischen Repertoire des lungenerkrankten Patienten (spontanatmend, teilweise oder vollständig beatmet), weist in der tatsächlichen, praktischen Umsetzung weiterhin Lücken auf.

von Robert Klein

(1) C. Vogelmeier, R. Buhl, O. Burghuber, C.-P. Criée, S. Ewig, J. Godnic-Cvar , S. Hartl, F. Herth, P. Kardos, K. Kenn, D. Nowak, K. F. Rabe, M. Studnicka, H. Watz, T. Welte, W. Windisch, H. Worth Diagnostik, Prävention und Therapie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD), AWMF.org, 2018

(2) JE Patterson, O Hewitt, L Kent, I Bradbury, JS Elborn und JM Bradly, Acapella versus „usual airway clearance" during acute exacerbation in bronchiectasis: a randomized crossover trial, Chronic Respiratoy Disease, 2017, 4: 76-74

Obwohl die Atemtherapie mit ihren erweiterten Maßnahmen u.a. in der entsprechenden, aktuellsten Leitlinie „Diagnostik, Prävention und Therapie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung (COPD)“ (1) genannt wird, haben sich lediglich Teilaspekte im außerklinischen Bereich durchsetzen können. In Gesprächen mit Patienten, Angehörigen, Pflegenden, Providern (Leistungserbringern), behandelnden Ärzten und anderen Berufsgruppen (Physiotherapeuten und Atmungstherapeuten) wird die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von atemtherapeutischen Maßnahmen wiederholend positiv bestätigt und der Bedarf aufgezeigt.

Je nach Gesprächspartner und Region (Ballungsraum vs. ländlichem Raum) konnten aber die notwendigen, identifizierten Maßnahmen nur teilweise oder in nicht seltenen Fällen auch gar nicht realisiert werden. Hier fehlte es zumeist am Wissen bezüglich der allgemeinen Therapie-Möglichkeiten (was ist machbar und sinnvoll?), und über die Möglichkeit zur Kostenerstattung/Kostenübernahme durch den Versicherer (Finanzierbarkeit?). Daraus resultieren Fehleinschätzungen, welche Hilfsmittel z.B. im Falle eines tracheostomierten, beatmeten Patienten von der Versorgungspauschale für Tracheotomierte zusätzlich noch für den Bereich der Atemtherapie (soweit sinnvoll) von der Krankenkasse übernommen werden. U.a. fallen in diesen Bereich die sog. oszillierenden positive expiratory pressure (OPEP) Systeme, wie das acapella Choice. Diese sind über eine Hilfsmittelverordnung entsprechend erstattungsfähig und sind nicht in der Versorgungspauschale für Tracheotomierte abgebildet. Auf der Verordnung muss neben der Hilfsmittelnummer (14.24.08.00.06), der Artikelbezeichnung (acapella Choice PEP-Vibrations-Therapiesystem), der Pharmazentralnummer (PZN 12387665) auch die medizinische Begründung dargestellt werden (z.B., ICD Code J44.0, zur Behandlung von chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen – Sekretolyse). Nur durch eine möglichst detaillierte Verordnung wird sichergestellt, dass der Patient das für ihn bestimmte System auch tatsächlich erhält.
Die Wirkungsweise des lageunabhängig zu nutzenden acapella Choice bewirkt, dass sich die Viskosität des vorhandenen Bronchialschleims verändert. Das Sekret wird vom Patienten besser abgehustet bzw. kann durch die Pflegekraft besser abgesaugt werden. In der Exspiration wird der Ausatemstrom des Patienten über eine Mechanik in Schwingung versetzt, die sich auf das Bronchialsystem überträgt. Der hier stattfindende physikalische Effekt der Thixotropie führt letztlich zu der oben benannten positiven Auswirkung im Bronchialsystem, da u.a. die Sekret-Clearance verbessert wird. Durch die PEP-Therapie des Systems kommt es zu einer Verminderung des bronchialen Kollapses und Eröffnung der peripheren Atemwege, insbesondere in der endexspiratorischen Phase. (2)

Des Weiteren kann die acapella Choice bei trachealkanülierten, spontanatmenden Patienten eingesetzt werden. Die optionale Kombination des acapella Choice mit einem geeigneten Verneblersystem, hat positiven Einfluss auf das Zeitmanagement des Patienten und des Therapeuten, da beide Maßnahmen gleichzeitig umgesetzt werden können.

Auch wurde bereits eine positive, erhaltende Wirkung „der Zungen-, Lippen -und Wangenmuskulatur“ (3) des Patienten beschrieben, welche sich im Einsatz bei neuromuskulär erkrankten Dysphagiepatienten zeigte. Eine detaillierte, tabellarische Übersicht, welche Einsatzbereiche es für die OPEP-Systeme gibt, finden Sie in den „Empfehlungen zur physiotherapeutischen Atemtherapie“. (4)

Zur eigenen Person:

Robert Klein, Fachkrankenpfleger Anästhesie- und Intensivpflege
Aktuell: Clinical Field Trainer, Smiths Medical Deutschland GmbH
robert.klein@smiths-medical.com

(3) M.Hapke, Atemtrainer aus Sicht der Logopädie, beatmet leben, 1/2018, S. 36-39 (4) S. Weise, P. Kardos, D. Pfeiffer-Karasch, H. Worth, Empfehlungen zur psysiotherapeutischen Atemtherapie, Dustri-Verlag Dr. Karl Feistle und Atemwegsliga, 2. Auflage, 2008, 4 ff

THERAPIE IN DER AUSSERKLINISCHEN INTENSIVVERSORGUNG

© Christian Hartlmaier, ch-fotos.de

Beim MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress hat die Therapie einen besonders hohen Stellenwert. Die Therapeutinnen Nicolin Bähre, Janine Ehlers und Inga Brambring, Mitglied des Wissenschaftlichen Beirats des interdisziplinären Fachkongresses, organisieren Vorträge und Workshops, laden Referierende ein und wirken selbst als Vortragende mit. Zum Schwerpunktthema Therapie führten wir im Jahr 2016 für die Ausgabe 34 der GD GEPFLEGT DURCHATMEN ein Interview mit Nicolin Bähre.

GD: Frau Bähre, wir haben 2016 gefragt, ob außerklinisch beatmete Menschen Ihrer Ansicht nach hinreichend therapeutisch versorgt sind, was Sie damals verneint haben. Hat sich denn heute, im Jahr 2019, zwischenzeitlich etwas verbessert?

Nicolin Bähre: Nein, leider hat sich dieser Umstand in den vergangenen drei Jahren nicht verbessert. Im Kinderbereich ist er eher noch dramatischer geworden. Hier kommen verschiedene Aspekte zum Tragen:

1. Die Betroffenen würden in den meisten Fällen von einer zwei- bis drei Mal wöchentlich stattfindenden Therapiefrequenz sehr profitieren. Die meisten ambulant tätigen Therapeut*innen können diese Frequenz aber nicht leisten, da sie sehr viele Betroffene zu versorgen haben.

Hier sind unterschiedliche Tendenzen zu beobachten: viele Praxisinhaber*innen versorgen nur noch Patient*innen, die praxisnah wohnen, da die Wegezeiten zu lang sind und damit Therapiezeit verloren geht. Im Allgemeinen lohnt sich dann nur die Übernahme mehrerer Patient*innen an einem Ort, z.B. die Versorgung einer ganzen WG. Das wiederum bedeutet, dass die entsprechende Therapeut*in mehrere dieser doch sehr schwer betroffenen Patient*innen zu versorgen hätte. Viele Therapeut*innen möchten aber nicht ausschließlich in diesem Gebiet, sondern auch mit „leichter" betroffenen Patient*innen arbeiten. Da auch die therapeutischen Praxen vom Fachkräftemangel betroffen sind, müssen die Inhaber*innen verstärkt auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter*innen eingehen, ansonsten verlieren sie sie recht schnell wieder.

2. Leider haben wir noch zu wenige Therapeut*innen und im Übrigen auch Ärzt*innen, die in diesem speziellen Bereich ambulant tätig sind. Viele fühlen sich nicht qualifiziert genug, gerade in der ambulanten Versorgung, in der ihnen der sichere intensivmedizinische Hintergrund fehlt. Das ist zunächst eine verantwortungsbewusste Entscheidung, denn es gibt auf der anderen Seite auch Therapeut*innen, die trotz fehlendem Fachwissen und mangelnder Erfahrung bzgl. Mobilisationsmethoden, Trachealkanülenmanagement und Beatmung, Therapien übernehmen. Das kann, je nach therapeutischer Intervention, für die betroffenen Menschen gesundheitlich schwerwiegende Folgen haben. Besonders schwierig ist die therapeutische Versorgung von Säuglingen und Kindern in der außerklinischen Intensivversorgung. Hier ist die Hemmschwelle der Kolleg*innen um ein Vielfaches höher als bei den Erwachsenen. Aus gutem Grund, da Kinder und vor allem Neugeborene natürlich noch viel sensibler und empfindlicher sind als ein erwachsener Betroffener. Zudem liegt hier ein sehr wesentlicher Therapiebereich in der Elternarbeit.

Wir haben es gerade bei Neugeborenen häufig nicht nur mit schwer kranken Säuglingen, sondern auch mit traumatisierten (vor allem) Müttern zu tun. Es ist nicht unsere Aufgabe, hier Therapien anzubieten, aber wir müssen in der Lage sein, damit angemessen umzugehen und diese Situationen auszuhalten. Das erfordert meines Erachtens ein hohes Maß an Reflexionsfähigkeit und innerer Stabilität auf Seiten der Therapeut*in.

3. Wenn wir von therapeutischer Versorgung sprechen, denken wir meist an die drei bekanntesten Therapieformen, wie Physio-, Ergo- und Sprach- bzw. Schlucktherapie. Das sind die Therapieformen, die sich auf der zunächst rein physiologischen Ebene abspielen und dadurch ihre kassenärztliche Legitimation erlangen.

Was ich allerdings immer vermisse, ist eine professionelle psycho-soziale Unterstützung sowohl der Betroffenen selbst als auch deren Angehöriger. Wir wissen seit Langem, dass mit einer psycho-sozialen Stabilität auch häufig die Compliance und damit die Effektivität anderer Therapieverfahren steht und fällt. Gerade in der außerklinischen Versorgung wird dieser Zusammenhang sehr deutlich, da wir uns hier ja oft im familiären Umfeld bewegen und noch viel mehr die Nöte, Sorgen und Ängste der Betroffenen und ihrer Angehörigen mitbekommen.

An diesem Punkt werden die Betroffenen schon in der Akutklinik mehr oder weniger allein gelassen, und das ändert sich in der weiteren Versorgung leider auch nicht. An dieser Stelle gibt es definitiv Handlungsbedarf.

Auch das Angebot von Musik- und Kunsttherapie wäre in diesem Zusammenhang zu nennen, das für die Betroffenen in vielen Fällen eine alternative Ausdrucks- und Verarbeitungsmöglichkeit ihrer Befindlichkeiten und Lebenssituation darstellen kann.

GD: Könnte die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen noch verbessert werden?

Nicolin Bähre: In der außerklinischen Versorgung ist ein interdisziplinäres Handeln noch eine Ausnahme und kann nur vereinzelt realisiert werden. Das liegt zunächst an der Tatsache, dass die Therapien und ärztlichen Visiten natürlich meist von verschiedenen Praxen und/oder Selbständigen durchgeführt werden. D.h. die/der „Physio“ kommt zu einem anderen Zeitpunkt als z.B. die/der „Ergo“ oder „Logo“ oder die/der Ärztin/Arzt. Das wiederum bedeutet, dass man sich beim Betroffenen nie automatisch begegnet und damit kein persönlich-professioneller Austausch stattfindet.

Die Schnittmengen sind, neben den Betroffenen und Angehörigen, die Pflegekräfte. Hier ist die Zusammenarbeit unterschiedlich, je nachdem wie stabil und übersichtlich ein Pflegeteam ist, wie zuverlässig die Kommunikationsstrukturen sind und ob es eine gemeinsame Zielformulierung gibt. Gerade daran mangelt es sehr häufig.

Die Effektivität therapeutischer Methoden lebt von der konsequenten, d.h. alltäglichen Anwendung. Es nützt dem betroffenen Menschen wenig, wenn er/sie zwei Mal in der Woche therapeutisch fördernd gelagert oder, zur Wiederherstellung der pharyngealen und laryngealen Sensibilität, für eine halbe Stunde entblockt wird, die meiste verbleibende Zeit aber diese Anwendungen nicht stattfinden.

So läuft man Gefahr, dass jede Profession nach den eigenen Vorstellungen und Zielen, nach bestem Wissen und Gewissen, vor sich hin therapiert und pflegt. Das Erzielen von Synergieeffekten und damit das Ermöglichen komplexer alltagsrelevanter Erleichterungen und/oder Verbesserungen für den Betroffenen sind hier deutlich erschwert.

Aufgrund dessen sind wir auf eine sehr gute Zusammenarbeit mit den Pflegekräften und auch den Angehörigen angewiesen. Das wiederum setzt voraus, dass die Pflegekräfte mit unseren Methoden vertraut sind bzw. gemacht werden und sie diese anwenden können und dürfen. Bei den Kindern haben wir häufig die Situation, dass gar kein Pflegedienst da ist oder nur stundenweise. D.h. die Eltern müssen die Situation allein meistern. Bezüglich der Therapieinterventionen sind sie diejenigen, die die Anwendungen durchführen müssen. Sie haben natürlich in den meisten Fällen ein sehr großes Interesse an der Durchführung. Man muss aber auch feststellen, dass ihnen irgendwann die Kraft ausgeht, neben der alltäglichen Versorgung ihres betroffenen Kindes und des „normalen Alltagsgeschäftes“, auch noch Therapeutieeinheiten durchzuführen.

Genauso müssen wir uns mit den Informationen und Dokumentationen der Pflegedienste beschäftigen, um die Befindlichkeiten und Veränderungen der Betroffenen wahrzunehmen und in unser therapeutisches Handeln zu integrieren.

Bezüglich der Ärzte ist noch zu sagen, dass wir nicht über ausreichend niedergelassene Fachärzt*innen verfügen, die bereit sind oder die Möglichkeit für sich sehen, die Betroffenen im Rahmen eines Hausbesuches zu versorgen. Eine für uns diagnostisch notwendige Verlaufsuntersuchung, beispielsweise eine flexible transnasale Schluckendoskopie, muss dann im Krankenhaus durchgeführt werden, was eine enorme körperliche Belastung für die Betroffenen und im Übrigen auch finanzielle Belastung für die Kostenträger darstellt.

Ich möchte an dieser Stelle aber unbedingt betonen, dass es auch Fälle gibt, bei denen die Zusammenarbeit wunderbar funktioniert und jede Profession sich für die Entwicklungen in den anderen Bereichen interessiert und entsprechend das eigene Handeln darauf abzustimmen versucht.

Ganz selten kommt es tatsächlich auch zu interdisziplinären „runden Tischen". Diese Zusammenarbeit ist allerdings kein Programm, sondern kommt aufgrund des persönlichen Engagements einzelner Beteiligter zustande, denn es wird nicht vergütet.

GD: Eine ganz persönliche Frage: Wie sind Sie auf die ganz besonderen Bedarfe außerklinisch beatmeter Menschen aufmerksam geworden?

Nicolin Bähre: Ich habe mehrere Jahre in Akut- und neurologischen Kliniken gearbeitet und habe dort viele Patient*innen behandelt, die dann in die außerklinische Versorgung übernommen wurden. Meine erste „außerklinische Begegnung" als selbständig tätige Therapeutin fand dann in einem Münchner Altersheim statt, das einen großen Wachkomabereich führt. Ich konnte dort nur arbeiten, weil ich über genügend Erfahrung aus der Klinik verfügt habe. Zu dieser Zeit gab es kaum Sprachtherapeut*innen, die Betroffene mit Trachealkanülen, geschweige denn beatmete Menschen ambulant versorgen konnten. Dort habe ich zwei Patienten wieder getroffen, die ich noch aus meiner Zeit in einer neurologischen Klinik kannte. Seit dieser Zeit hat sich viel entwickelt, was die Landschaft der außerklinischen Intensivversorgung betrifft. Für mich war der Unterschied zwischen dem klinischen und dem ambulanten Handeln sehr eindrücklich. In der Klinik sind wir im Vergleich doch sehr wenig mit der alltäglichen und damit auch perspektivischen Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen konfrontiert.

Die Besonderheit ergibt sich für mich als Therapeutin nicht unbedingt aus der Tatsache der Beatmung, sondern aus der daraus resultierenden Abhängigkeit der Betroffenen von der Medizintechnik und dem entsprechenden, hoffentlich gut ausgebildeten Fachpersonal. Neben dem notwendigen Fachwissen, das ich für die Behandlung dieser Menschen benötige, empfinde ich die Aufgabe, nicht in meinem „therapeutischen Tunnelblick" zu verschwinden, sondern die Bedürfnisse und Wünsche und damit die Autonomie der Betroffenen wahrzunehmen, zu respektieren und daran möglichst mein Handeln auszurichten, als größte und vielleicht sogar wichtigste Herausforderung. Hilfreich war für mich sicher auch meine Tätigkeit als Assistentin von behinderten Arbeitgeberinnen während meines Studiums.

GD: Wie hat sich die Therapie für diese Patientengruppe entwickelt? Wird es Ihrer Meinung nach noch weitere wissenschaftliche Erkenntnisse geben, wie Therapeuten beatmete Menschen unterstützen können? Wird daran in Therapeutenkreisen gearbeitet?

Nicolin Bähre: Bis vor einigen Jahren haben wir im sprach- und schlucktherapeutischen Bereich noch sehr wenig fördernde Möglichkeiten für beatmete Menschen gesehen. Wenn wir die Betroffenen überhaupt behandelt haben, dann in erster Linie mit therapeutischen Methoden, von denen wir uns zumindest einen Statuserhalt erhofft haben. Die Beatmung stellte, auch in ihren Parametern, eine nicht zu verändernde Notwendigkeit dar.

Mittlerweile hat sich doch einiges getan: angefangen von dem Einsatz eines speziellen Sprechventils, das es einigen Betroffenen ermöglicht, trotz invasiver Beatmung verbal zu kommunizieren, bis hin zu den Möglichkeiten der zeitweisen Entblockung in Verbindung mit entsprechenden Stimulationsmethoden, bei tolerierter Leckagebeatmung oder der phasenweisen Aussetzung der Beatmung. All diese Methoden setzen den flexiblen Einsatz der Beatmungsparameter voraus, und das wiederum eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung aller Beteiligten, angefangen bei den Betroffenen selbst, über die Pflege, Ärzte und Therapeut*innen.

Wir sind da sicher noch nicht am Ende unserer Erkenntnisse und Vieles entsteht durch die Erfahrung: was hat der/dem einzelnen Betroffenen geholfen, was hat nicht funktioniert, worauf sollten wir besonders achten? Wichtig ist es, dass wir uns die Erfahrungen gegenseitig zur Verfügung stellen, sie diskutieren und daraus u.U. wirksame Methoden entwickeln.
Die Therapie von betroffenen Menschen, die aufgrund einer obstruktiven Lungenerkrankung beatmungspflichtig werden, ist noch relativ neu für uns.
Hier gibt es große Anstrengungen, diesen Menschen therapeutisch wirksam zu helfen und aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen therapeutisch umsetzbare Schlüsse zu ziehen. Kongresse wie der MAIK leisten einen großen Beitrag, um die Erfahrungen und Erkenntnisse aus den verschiedenen Disziplinen weiterzugeben, zu diskutieren und zusammenzutragen.

GD: Wie viele Therapeuten beschäftigen sich überhaupt mit der adäquaten außerklinischen Versorgung bzw. müssten noch mehr Kolleginnen und Kollegen für dieses Thema begeistert werden?

Nicolin Bähre: Es gibt eine Vielzahl von Therapeut*innen, die immer mal wieder den einen oder anderen beatmeten Menschen betreuen. Aber wie ich zu Beginn schon erwähnt habe, sind wir insgesamt sehr wenige Thera-

peut*innen, die sich intensiver mit dem Thema Therapie bei Beatmung beschäftigen. Das finde ich sehr schade, da
1. es wirklich ein medizinisch-therapeutisch sehr spannendes Fachgebiet ist,
2. wir eine fachlich gründliche Auseinandersetzung mit Beatmung unerlässlich finden, um verantwortungsbewusst und wirksam therapeutisch handeln zu können
3. wir in der Zukunft mehr Therapeut*innen benötigen, um die wachsende Zahl beatmungspflichtiger Menschen therapeutisch versorgen zu können. Wie oben mehrfach erwähnt, benötigen wir vor allem im Säuglings- und Kinderbereich einen deutlichen Zuwachs an Therapeut*innen, denn die Zahl der betroffenen Kinder wird, aufgrund unserer hochspezialisierten medizinischen Möglichkeiten (Stichwort: u.a. Überlebenschancen von frühen Frühchen), weiter steigen. Diese Kinder bzw. Familien müssen auch therapeutisch versorgt werden.

Um diesem Ziel näher zu kommen, machen wir jedes Jahr verstärkt Werbung in den eigenen Reihen und bekommen dankenswerterweise nach wie vor einen eigenen Vortragsslot sowie zwei Workshops auf dem MAIK zur Verfügung gestellt. In diesem Jahr wird der Vortragsslot die Kinder in den Mittelpunkt rücken. Der Workshop wird sich mit der schluckdiagnostisch wichtigen Methode der transnasalen Videoendoskopie beschäftigen.

GD: Wie viel Verständnis für die Sinnhaftigkeit von Therapie gibt es seitens der Ärzte, Pflegekräfte, Medizintechnik und insbesondere der Kostenträger? Und wie groß ist der Anklang der Therapie bei den pflegenden Angehörigen?

Nicolin Bähre: Das ist eine schwierige Frage und kann nicht eindeutig beantwortet werden. Ich würde sagen, dass die Angehörigen, die Pflegekräfte und die Medizintechnik überwiegend von der Sinnhaftigkeit der Therapien überzeugt sind.

Im Allgemeinen freuen sich die Pflegekräfte über eine erfolgreiche Zusammenarbeit, und eine mögliche Dekanülierung wirkt oft wie ein Motivationsschub für alle. Natürlich birgt es für die Pflegedienste mitunter auch das Risiko, einen Patienten als Kunden zu verlieren, nämlich dann, wenn sie/er erfolgreich von der Beatmung entwöhnt werden kann und eine Dekanülierung möglich wird. Da gibt es hin und wieder Anzeichen von Zweifeln an der Therapie und Zögern oder Blockieren bei der Umsetzung therapeutischer Maßnahmen. Ich habe das allerdings nur in Einzelfällen erlebt.
Die Ärzte erlebe ich häufig als kooperativ und auch dankbar für die fachliche Unterstützung unsererseits, wenn sie selbst vielleicht noch nicht so viel Erfahrung mit der Betreuung beatmeter Menschen haben.
Wir sind als Therapeut*innen aber auch oft gefordert, die therapeutischen Möglichkeiten und Ziele, die wir verfolgen, den behandelnden und häufig nicht so erfahrenen Ärzte zu erläutern und plausibel zu machen.
Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass wir die Effekte unseres therapeutischen Handelns immer wieder überprüfen und unsere Ziele entsprechend formulieren und in Form von Therapieberichten kommunizieren.
Schwieriger gestaltet es sich da schon mit den Krankenkassen. Bei vielen Kassen ist es irgendwann mühsam, Sprach- und Schlucktherapie und, meines Wissens auch Ergotherapie, weiter genehmigt zu bekommen. Die Physiotherapie bildet da eine Ausnahme und wird u.U. in der Frequenz gekürzt. Manchmal hilft tatsächlich ein persönliches Gespräch mit den zuständigen Sachbearbeitern, in dem man die Notwendigkeiten nochmal deutlich macht, und auch, was eine Streichung der Therapie für den betroffenen Menschen bedeuten würde. Es wäre wünschenswert, dass sich die Vertreter der Krankenkassen aktiv an den Diskussionen, die sich mit den Lebenssituationen der Betroffenen und den medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Erkenntnissen beschäftigen, beteiligen.
Eine große Erleichterung und ein enormer Schritt in Richtung Effektivität in der außerklinischen Intensivversorgung wäre eine strukturell angelegte Kommunikation aller beteiligten Fachkräfte, d.h. konkret ein regelmäßig stattfindendes interdisziplinär geführtes „Teamgespräch", das als Abrechnungsziffer bei allen Hilfsmittelerbringern anwendbar ist, sprich von den Krankenkassen finanziert wird.

GD: Vielen Dank für das Gespräch!

Nicolin Bähre

Nicolin Bähre ist Sprachheilpädagogin M.A., seit 2004 selbständige Sprachtherapeutin, Fachdozentin, Trainerin und Seminarleiterin, die u.a. auch beatmete und tracheotomierte Patienten therapiert.

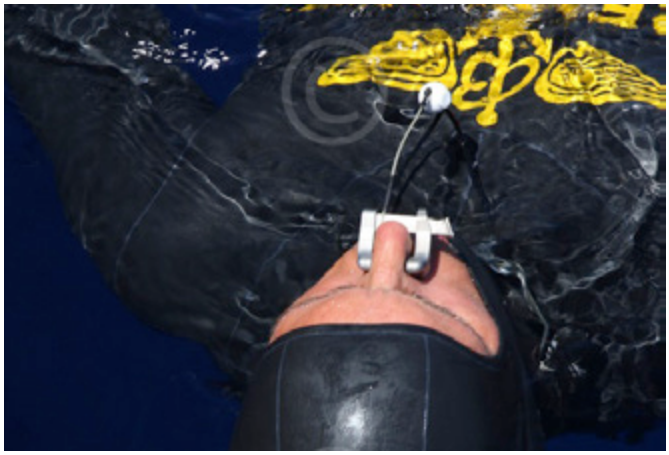
Mehr unter www.nicolin-baehre.de

FROSCHATMUNG UND FREITAUCHEN - EIN KONGENIALES DUO

Mit Disziplin, Willen und Motivation ist viel zu erreichen - das gilt sowohl für den Freitaucher Herbert Nitsch, als auch für Menschen mit Beatmung. Beide nutzen die Technik der Froschatmung, auch wenn der Zweck jeweils ein völlig anderer ist: Beatmete Menschen wenden die Atemtechnik an, um ohne Beatmungsmaschine atmen zu können; ihm hilft sie, um Rekorde zu brechen. Unser Autor Marcel Renz hat sich auf die spannende Suche nach weiteren Parallelen zwischen Menschen mit Beatmung und dem Extremsportler Herbert Nitsch gemacht.

Das Publikum beim Eröffnungsvortrag des DIGAB-Beatmungskongresses 2019 in Kassel lauscht gebannt. Herbert Nitsch berichtet von seinen Vorbereitungen auf einen Tauchgang. Völlige Entspannung sei die Grundvoraussetzung, um sich voll aufs Tauchen fokussieren zu können, führt der Sportler aus. Wenn diese erreicht sei, pumpe er mithilfe der Froschatmung seine Lunge extrem auf und sei dadurch in der Lage, mit einem einzigen Atemzug ohne Atemgerät in die Tiefe zu tauchen.

Die Atemtechnik ermöglicht es Nitsch, mehr als 9 Minuten die Luft anzuhalten. Nicht zuletzt deswegen hat er bislang 33 Weltrekorde in den verschiedenen Disziplinen im Freitauchen erzielt. Die Bedeutung der Froschatmung ist und war für den „tiefsten Mann der Welt" – wie Nitsch auch genannt wird – enorm. Es gibt eine interessante Verbindung zwischen ihm und Menschen mit Beatmung. Wenn ein Mensch, der auf das Beatmungsgerät angewiesen ist, diese Technik beherrscht, erlaubt ihm die Froschatmung, zeitweise ohne Beatmungsgerät auszukommen. Er erhält ein Stück Selbständigkeit zurück und die Selbstbestimmung wird gestärkt, wenn er selbst entscheiden kann, wann und wie lange das Beatmungsgerät eingesetzt wird. Alltagsanwendungen wie der Transfer vom Rollstuhl auf die Toilette oder Waschvorgänge laufen entspannter ab und bei Aktivitäten außer Haus ist ein Ausfall des Gerätes weniger schwerwiegend.



Lunge aufpumpen und volle Konzentration vor dem Tauchgang ©Herbert Nitsch & Phil Simha

Rainer Keßler vom Zentrum für selbstbestimmtes Leben Behinderter in Erlangen (ZSL e.V.) findet die Verbindung zum Tiefseetaucher äußerst spannend. Kaum verwunderlich, gibt er doch schon jahrelang Schulungen zu dieser speziellen Atemtechnik. Seit über 5 Jahren bietet er selbstständig Workshops zur Froschatmung an und ist von deren Erfolg überzeugt: „Ich kenne bzw. kannte Menschen, die sich tagsüber ausschließlich mit dieser Technik selbst beatmeten. Das ist natürlich ein langer Weg dahin, aber es geht. Das hat mich total fasziniert und ist bis heute meine Motivation: Diese gute und einfache Technik darf nicht in Vergessenheit geraten!" Zur Froschatmung kam er 2011 im Rahmen eines Schulungsprojekts des ZSL, gefördert durch die Aktion Mensch. „Ich habe damals das Projekt geleitet und war für die Planung und Organisation der Schulungen verantwortlich", erzählt Keßler. Interesse an der Atemtechnik bestehe inzwischen hauptsächlich seitens der Fachkräfte, aber auch hin und wieder von Menschen mit Beatmung.

Rainer Keßler, © privat

SO FUNKTIONIERT DIE FROSCHATMUNG:
Wie bei einem Frosch nimmt der Mensch Luft in den Mund, schließt die Lippen und drückt die Luft durch das Anheben von Gaumen und Zunge sowie das Pumpen des Kehlkopfs in die Lunge. Diesen Ablauf wiederholt er mehrere Male. Wenn er genügend Luft angesammelt hat, atmet er wieder aus und beginnt von Neuem. Bei einer Erkältung profitieren beatmete Menschen mit Muskelerkrankung besonders von der Technik. Die Froschatmung erlaubt es, tief einzuatmen, wodurch sich der Schleim

NEU
CARA
Full Face

LÖWENSTEIN
medical

CARA Full Face

Ausgeschlafen in den Tag.

Die neue CARA Full Face bietet allen Full-Face-Masken-Trägern den Komfort unserer erfolgreichen CARA nasal und komplettiert die CARA-Familie.

Erleben Sie perfekte Passform, hohen Tragekomfort, eine angenehme und leise Ausatmung und gute Hautverträglichkeit. Lassen Sie sich überzeugen von der Leichtigkeit, dem sich sanft anschmiegenden, passgenauen Maskenkissen, der guten Einstellmöglichkeit und vielen weiteren pfiffigen Details.

HOSPITAL HOMECARE DIAGNOSTICS

besser mobilisieren und abhusten lässt. Wichtig für die Anwendung ist eine funktionierende Mund-Rachen-Muskulatur und Übung.

Mehr Infos mit Hinweis zum Lehrvideo:
http://www.froschatmung.de

Ein Unfall und die schwerwiegenden Folgen

Obwohl Herbert Nitsch topfit erscheint, kann er sich sehr gut in die Lage von beatmeten Menschen hineinversetzen. Er weiß genau, wie es sich anfühlt, wenn der Körper einen im Stich lässt und nicht mehr wunschgemäß funktioniert. Der Grund dafür ist unschön: Bei seinem Weltrekordversuch im Juni 2012, einem No Limit Tauchgang auf 253,2 Meter Tiefe, schlief er auf dem Weg nach oben aufgrund von Stickstoffnarkose kurzzeitig ein. Dadurch versäumte er den geplanten „Dekompressionsstopp" von einer Minute vor dem Auftauchen, was verheerende Folgen hatte: „Die Diagnose war eine schwere Dekompressionskrankheit, die mehrere Gehirnschläge im Temporallappen und Kleinhirn verursachte. Ich war zum größten Teil gelähmt. Glücklicherweise wurde auch mein Gedächtnis stark beeinträchtigt, so dass ich viele Wochen lang nicht realisierte, in welch schlechter Verfassung ich war."

Hinab in die Tiefe ohne Führungsschlitten ©Francine Kreiss

DRUCKAUSGLEICH & DEKOMPRESSIONSSTOPP: Beim Freitauchen (auch Apnoe-Tauchen genannt) wird der größte Teil der Luft in unserer Lunge für den Druckausgleich benötigt. Druckausgleich ist ein Prozess, bei dem Luft aktiv aus den Lungen in die Hohlräume im Kopf (Nebenhöhlen und Mittelohr) gedrückt wird. Dies ist notwendig, um den Druckanstieg mit zunehmender Tiefe unter Wasser auszugleichen. Die Disziplin „No Limit", bei dem ein Schlitten zum Abtauchen und ein Auftriebskörper zum Auftauchen verwendet werden, ist die tiefste und extremste der 8 Disziplinen im Freitauchen. Hier ist ein Dekompressionsstopp besonders wichtig, den auch Nitsch bei seinen Rekordversuchen durchführte. Er wartet dabei vor dem Auftauchen eine Minute lang in etwas geringerer Tiefe, um die Dekompression zu verlangsamen. So kann der Stickstoff im Blut, der aufgrund des Drucks in der Tiefe übersättigt ist, aus dem Blutstrom entweichen (sog. Ausgasen). Andernfalls kommt es zur „Dekompressionskrankheit", weil der angereicherte Stickstoff im Blut Blasen bildet und den Blutfluss zu lebenswichtigen Organen blockiert.

Irgendwann erfuhr Nitsch, dass er möglicherweise für den Rest seines Lebens in diesem Zustand bleiben würde. Er reagierte auf seine Art: „Ich habe mich einfach geweigert, so zu leben. Zuerst wollte ich Selbstmord begehen, aber nach ein paar Tagen in düsterer Stimmung riss ich mich zusammen und beschloss, das zu tun, was ich beim Freitauchen getan hatte." Nämlich die Funktionalität seines Körpers und Gehirns Schritt für Schritt zu erweitern. Es war im Prinzip nichts anderes als die Umkehrung des Prozesses, um in den ultimativen Freitauch-Modus zu gelangen. Nitsch erklärt: „In diesem Modus arbeitet mein Gehirn nur sehr eingeschränkt und mein Körper verbraucht am wenigsten Energie. Trotzdem funktioniere ich optimal." Da sein Zustand im Krankenhaus dem Freitauch-Modus sehr nahe kam, wurde ihm klar, dass er sich bereits hunderte Male in derselben Situation befunden hatte.

Die Grenzen der Schulmedizin

Seine Strategie war mit der verordneten Dosierung der Medikamente und den Therapien, die auf unsportliche Senioren mit Hirnschlag ausgelegt waren, allerdings nicht vereinbar. Er hörte auf, die „Drogen" zu nehmen und begann, sich gesund zu ernähren. Schließlich entließ er sich aus der Krankenhausversorgung und startete sein eigenes Fitnessprogramm. Die Abkehr von der konventionellen Medizin war für Herbert Nitsch der richtige Entschluss, weil er sie nicht mehr in Einklang mit seinen Bedürfnissen bringen konnte. Den Grund hierfür beschreibt er: „Die Schulmedizin basiert auf einem von anderen diktierten Protokoll und berücksichtigt kaum die Selbstregulierungs- und Selbstheilungskräfte des Körpers. Die Ärzte haben mich und meinen Körper unmündig behandelt. Es ging ihnen mehr darum, dass ich den Umgang mit der Situation lernen sollte, ein pflegebedürftiger Patient zu bleiben, als mich wieder gesund und fit zu machen."

Menschen mit Beatmung und starker körperlicher Einschränkung sind dagegen zwingend auf Schulmedizin und Hightech-Hilfsmittel angewiesen, wollen aber ebenso selbstbestimmt leben. Zum Glück hat sich die Situation für beatmete Menschen mittlerweile sehr verbessert, da sie von vielen Pneumologen stark in ihre Vorgehensweise einbezogen werden. Bestes Beispiel sind Ärzte auf Beatmungskongressen, die sich mit unsereins austauschen. Sie nutzen bewusst die Erfahrungen ihrer „Patienten", die ihren Körper selbst am besten kennen

Herbert Nitsch genießt zwischendurch auch gerne das Leben ©Armin Kuduzovic

und genau wissen, wie er oder sie in welcher Situation reagiert. Herbert Nitsch kennt als Spitzensportler und Freitaucher seinen Körper ebenfalls sehr gut, versteht er es doch wie kein zweiter, seine Physiologie so zu beeinflussen, um in den Freitauch-Modus zu gelangen.

Ein starker Wille als Schlüssel

Was beatmeten Menschen mit schwerer Einschränkung genauso wie Nitsch sehr hilft, ist Hartnäckigkeit. Auch beatmete Menschen mit Muskelerkrankung oder ALS sind kontinuierlich mit den Folgen ihrer Erkrankung konfrontiert. Sie müssen immer wieder lernen und darum kämpfen, den Alltag und die Freizeit mit ihren Einschränkungen so zu gestalten, dass sie ein lebenswertes Leben führen können. Nitsch schaffte schließlich seinen „turnaround": „Nach sechs Monaten ging ich wieder spazieren und radelte. Zwei Jahre später ging ich wieder zum Tieftauchen und gelangte bald wieder in die Tiefe einiger meiner neuesten Weltrekorde. An Land habe ich bis heute Probleme mit Gleichgewicht und Koordination. Diese sind für andere möglicherweise nicht direkt sichtbar, aber ich weiß nur zu gut, dass sie vorhanden sind."

Beim Freitauchen kann Nitsch Meereslebewesen aus nächster Nähe beobachten und Wracks und Höhlen mit einem einzigen Atemzug erkunden, ohne sperrige und laute Tauchausrüstung zu nutzen ©herbertnitsch.com

Am wichtigsten ist ihm, dass er heute wieder problemlos seiner Passion - dem Freitauchen - nachgehen und die Grenzen seines menschlichen Potenzials ausloten kann. Er liebt diese Erfahrung und die Neugier treibt ihn - wie auch andere Extremsportler - dazu an. Er weiß, dass manche fasziniert sind, wie sehr sie ihre Grenzen erweitern können und dafür bereit sind, den ultimativen Preis zu zahlen. Um sein eigenes Risiko möglichst gering zu halten, überlässt er nichts dem Zufall, sondern betreibt eine professionelle Risiko-Vermeidung. Diese beinhaltet Sicherheitsstandards und Detailplanung wie z.B. Ausweglösungen für den Notfall. Was das Sterben betreffe, so Nitsch, könne dies jederzeit und überall geschehen; er denke jedenfalls kaum darüber nach. Er bezweifelt, dass Freitauchen seine Lebensspanne verkürzt und sollte es dennoch so sein, zahle er diesen Preis gern. „Freitauchen hält mich geistig und körperlich fit und macht mich glücklich. Im Meer bin ich schwerelos und kann mich frei in drei Dimensionen bewegen, was an Land kaum möglich ist. Es ist eine andere Welt ‚da unten'; eine, ohne die ich nicht leben könnte."

Tüftler und Grenzgänger

Am liebsten tüftelt er an seinen Techniken und ist ambitioniert genug, jedes technische Detail und das Design seiner Geräte ständig zu verbessern. Gemeinsam mit einem internationalen Technikteam entwirft und produziert er innovative Ausrüstungsteile mit hydrodynamischen Formen aus leichten Materialien. Nitsch führte neue Ideen und Innovationen in den Sport ein, die sich mittlerweile in der aktuellen Freitauch-Szene etabliert haben. Ein besonderes Beispiel für seine Kreativität ist ein von ihm entwickelter Trick, den Nitsch für den Druckausgleich bei der No-Limit-Disziplin anwendet: Das sogenannte „EQUEX" (Equalization (deutsch: Ausgleich) Extension Tool). Es besteht aus zwei übergroßen Plastik-Coca-Cola Flaschen, deren Böden abgeschnitten und an ihren

Disziplin No Limit: Am Führungsseil geht es in die Tiefe. Die Gewichte helfen beim Abtauchen, der Helm aus Karbon und Hartschaum sorgt für den Auftrieb beim Aufstieg. Die Cola-Flasche ist ebenfalls gut sichtbar. Im Notfall kann der Taucher mit einer Winde nach oben gezogen werden ©herbertnitsch.com

Schnittkanten zu einem großen Behältnis zusammengeklebt sind. Der obere Flaschenhals mündet in ein Röhrchen, der untere Flaschenhals ist offen. An der Oberfläche ist das Tool mit Meerwasser gefüllt. Nach 15 Meter Abtauchen bläst er über eine Art Strohhalm seine gesamte Luft in die Flasche. Beim weiteren Abstieg saugt er die Luft wieder in den Mund und drückt sie in die Nebenhöhlen und durch die Eustachische Röhre (Ohrtrompete) zum Mittelohr. Bei immensem Druck in großer Tiefe ist er nur noch auf diese Weise in der Lage, für Druckausgleich zu sorgen, weil er die Luft nicht mehr aus der Lunge drücken/saugen kann.

Für einen Menschen mit Dauerbeatmung und schwerer Muskelerkrankung - wie ich es bin - löst es zumeist Begeisterung und Eigenmotivation aus, wenn ich sehe, was manche Sportler leisten, indem sie sich sehr fokussieren und an ihr Limit gehen. Ich selbst lote auch regelmäßig Grenzen aus, nur so kann ich Dinge erleben, die ich nie für möglich gehalten hätte. Herbert Nitsch geht immer wieder neue Wege. Das bestärkt mich, dasselbe zu tun und keine Angst davor zu haben. Nitsch hat dazu folgenden Ratschlag: „Werde zum Experten deiner eigenen Situation, indem du anderen zuhörst und auch mal deine eigenen Behauptungen und Ideen in Frage stellst. Erforsche, was bereits darüber bekannt ist, schau dir an, was andere tun und entwickle Innovationen, um Anpassungen in deinem Leben vorzunehmen, die dir zugute kommen."

Diese Vorgehensweise ist aufwändig, aber auch sehr gewinnbringend und motivierend. Anstatt über mögliche Risiken nachzudenken, versuche ich persönlich auch lieber, meine derzeitige Situation zu verbessern, indem ich geeignete und innovative Hilfsmittel suche und einsetze oder wichtige Details des E-Rollstuhls optimiere. Eine schöne Parallele zum Extremsportler Herbert Nitsch. Und ist es nicht eine tolle Herausforderung, als schwer eingeschränkter Mensch, Träume zu verwirklichen, sei es die Durchführung einer Traumreise oder vielleicht einen Paraglading-Flug?

Text: Marcel Renz, Bilder: Herbert Nitsch und privat, weitere Infos unter: www.herbertnitsch.com

KÜNSTLICHE BEATMUNG. WAS NUN?

Die Fürst Donnersmarck-Stiftung veröffentlicht einen Leitfaden zur ersten Orientierung bei Schluckstörungen oder invasiver Beatmung aufgrund erworbener Schädigungen des Nervensystems. Wenn ein Mensch aufgrund eines Unfalls, einer neurologischen Erkrankung oder eines Schlaganfalls auf die Versorgung mit einer Trachealkanüle oder auf eine invasive Beatmung angewiesen ist, stehen die Betroffenen, ihre Verwandten sowie Freundinnen und Freunde vor zahlreichen Fragen. Warum ist eine invasive Beatmung notwendig? Was ist eine Trachealkanüle? Welche Behandlungsmöglichkeiten und Ansprechpersonen gibt es, die bei Fragen kompetent unterstützen können?

Eine Broschüre soll erste Orientierung geben

Mit der Broschüre „Künstliche Beatmung. Was nun? Leitfaden zur ersten Orientierung“ leistet die Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin einen Beitrag zur Lösung für diese Herausforderung. Im Leitfaden werden wichtige Informationen zum Thema Versorgung mit einer Trachealkanüle sowie invasive Beatmung aufgrund neurologischer Schädigungen des Nervensystems kurz und prägnant zusammengefasst. Die Broschüre ermöglicht damit einen allgemeinverständlichen Einstieg in eine komplexe Thematik.

Der Fachbereich „Unterstützung bei der Entwöhnung von Beatmung“

Seit 2014 setzt sich der Fachbereich „Unterstützung bei der Entwöhnung von Beatmung“ im P.A.N. Ambulant (UEvB) für die Versorgung tracheotomierter oder invasiv beatmeter Menschen mit Behinderung ein. Das Angebot in Berlin-Frohnau ist gezielt für die Therapie von Schluckstörungen, Einschränkungen der Atmungsfähigkeit und die Unterstützung bei Entwöhnung von der Trachealkanüle und/oder der Beatmung konzipiert. „Ziel unserer Maßnahmen ist es, die Selbstständigkeit und Selbstbestimmung der Klientinnen und Klienten zu fördern“, erklärt Claus Bodenstein, Leiter des Fachbereiches UEvB. Dies gelingt durch eine intensive, aktivierende Pflege, die gute Zusammenarbeit mit dem P.A.N. Zentrum für Post-Akute Neurorehabilitation und eine wertschätzende und teilhabeorientierte Grundhaltung aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Die Broschüre kann kostenlos unter www.wieder-atmen-lernen.de/service/kuenstliche-beatmung-was-nun heruntergeladen werden oder wird als gedrucktes Exemplar kostenlos auf Anfrage unter post.fdst@fdst.de versandt.

Mittendrin, so wie ich bin. Die Fürst Donnersmarck-Stiftung

Die Fürst Donnersmarck-Stiftung setzt sich in ihren Arbeitsbereichen Rehabilitation, Freizeit, Bildung, Beratung und Touristik seit über 100 Jahren für die Überwindung gesellschaftlicher Barrieren, Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung sowie ein inklusives Miteinander ein. Ihr Ziel ist eine offene Gesellschaft, an der Menschen unabhängig von ihrer Behinderung teilhaben können – ganz nach ihrem Motto „Mittendrin, so wie ich bin.“

Kontakt:
Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin
Dalandweg 19
12167 Berlin
www.fdst.de
www.facebook.com/fdst.de
www.twitter.com/fdst_de

NOROVIREN

EINE HERAUSFORDERUNG FÜR DIE PFLEGE (TEIL 1)

Das Norovirus ist ein weltweit vorkommender Auslöser von Brechdurchfall. Seine extreme Ansteckungsfähigkeit liegt begründet in der geringen Menge von Viren, die nötig sind, um die Erkrankung auszulösen. Der Mensch ist der einzige Wirtsorganismus für dieses Virus. Die Erkrankung verläuft in der Regel kurz und heftig. Kleine Kinder und ältere Menschen sind aber durch den mit dem Brechdurchfall einhergehenden Flüssigkeits- und Elektrolytverlust akut gefährdet. Die Therapie ist rein symptomatisch, eine Impfung ist nicht möglich. Eine Übertragung erfolgt fast immer von Mensch zu Mensch, möglich ist aber auch Übertragung durch Lebensmittel. Die Ausbreitung erfolgt rasant, ein frühzeitiges Ergreifen von hygienischen Maßnahmen sind zwingend notwendig. Im stationären Bereich sind diese Maßnahmen deutlich strenger als im häuslichen Bereich.

DER ERREGER

Das Norovirus (früher als Norwalk-like-Virus bezeichnet) wurden 1972 durch elektronenmikroskopische Untersuchungen entdeckt (1). Der Erreger gehört zu den Caliciviren (von lateinisch Calix = Kelch). Dies sind Viren mit hoher Umweltresistenz und einer ausgesprochenen Unempfindlichkeit gegenüber Desinfektionsmitteln. Die Größe der Viren liegt bei ca. 26 bis 35 nm (2).

ZUR INFORMATION:

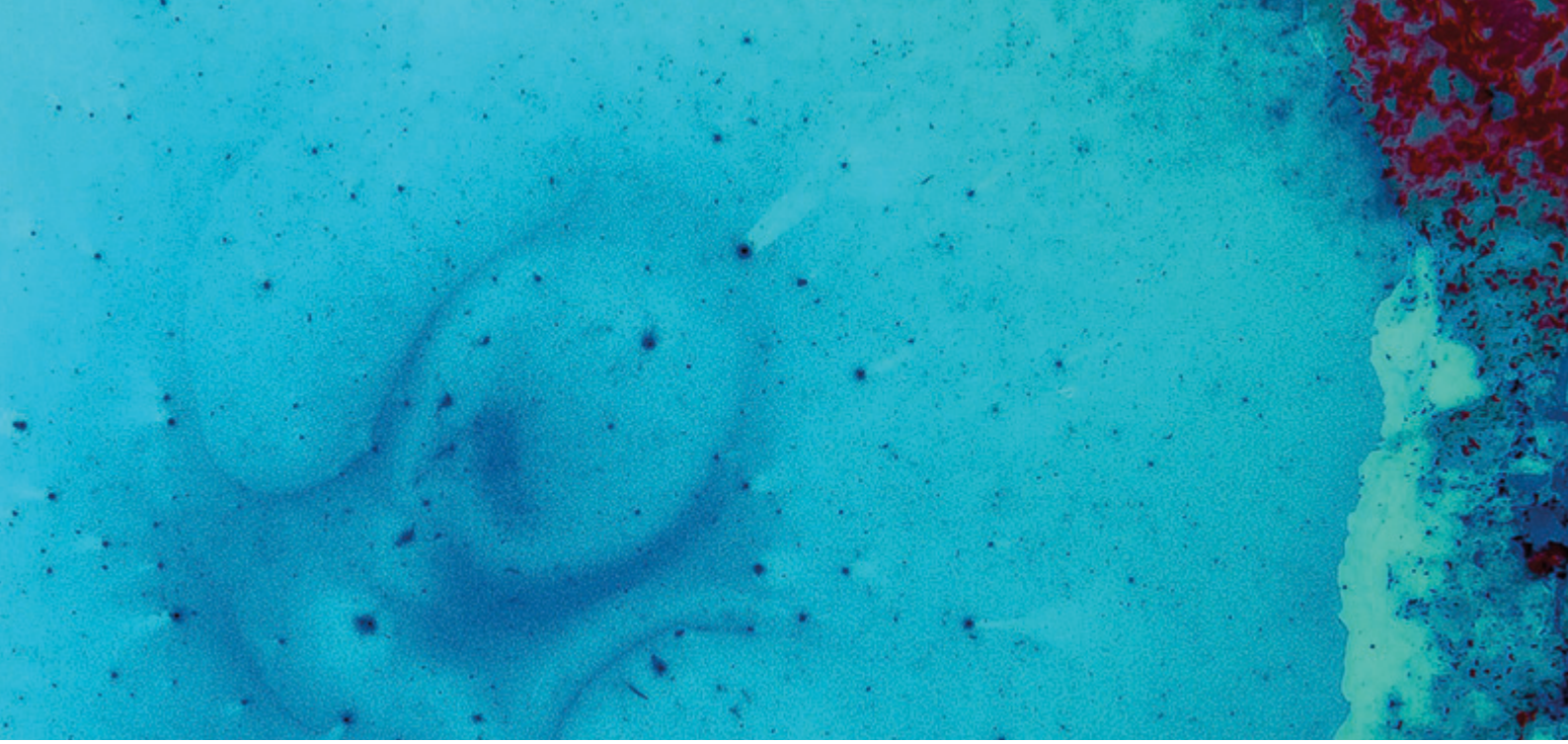
1nm ist der millionste Teil eines Millimeters. In 1g Stuhl eines Erkrankten befinden sich ca. 10 Millionen Viren. Damit könnte man theoretisch 100000 bis 1 Million Menschen infizieren.

VORKOMMEN

Noroviren sind weltweit verbreitet. Sie sind für einen Großteil der nicht bakteriell bedingten Gastroenteritiden (Brechdurchfälle) bei Kindern (ca. 30%) und bei Erwachsenen (bis zu 50%) verantwortlich. Kinder unter 5 Jahren und ältere Personen über 70 Jahre sind besonders häufig betroffen. (1) Gastroenteritis-Ausbrüche überwiegend in Gemeinschaftseinrichtungen, Krankenhäusern, Altenheimen, aber auch auf Kreuzfahrtschiffen, Familienfeiern etc. Infektionen mit Noroviren können das ganze Jahr über auftreten. Eine saisonale Häufung in den Monaten Oktober bis März ist aber zu beobachten. Der Mensch ist das einzige bekannte Reservoir des Erregers. Der Nachweis von Caliciviren bei Tieren (Schweinen, Katzen und Kaninchen) steht derzeit in keinem erkennbaren Zusammenhang mit Erkrankungen des Menschen. (2)

INFEKTIONSWEG

Die Viren werden in sehr großen Mengen über den Stuhl und das Erbrochene des Menschen ausgeschieden. Die Infektiosität (d.h. die Wahrscheinlichkeit, nach einem Erregerkontakt zu erkranken) ist sehr hoch. Die minimale Infektionsdosis (Anzahl der Viren, die nötig ist, um eine Infektion auszulösen) liegt bei ca. 10 - 100 Viren. Die Übertragung erfolgt fäkal-oral (z.B. Handkontakt mit kontaminierten Flächen) oder durch die orale Aufnahme virushaltiger Tröpfchen, die im Rahmen des schwallartigen Erbrechens entstehen. Das erklärt die sehr rasche Infektionsausbreitung innerhalb von Altenheimen, Krankenhäusern und Gemeinschaftseinrichtungen. Die direkte Übertragung von Mensch zu Mensch ist hier in erster Linie die Ursache für die hohe Zahl an Norovirus-Infektionen. Infektionen können aber auch von kontaminierten Speisen (Salaten, Krabben, Muscheln u.a.)



oder Getränken (verunreinigtes Wasser) ausgehen. (1) Die Inkubationszeit, also die Zeit zwischen Erregeraufnahme und Ausbruch der Erkrankung, beträgt ca. 6–50 Stunden. (2)

DAUER DER ANSTECKUNGSFÄHIGKEIT

Personen sind während der akuten Erkrankung hoch ansteckungsfähig. Daher kommt im Hinblick auf die Vermeidung der Weiterverbreitung der symptomatischen Phase einschließlich der ersten 48 Stunden nach Sistieren der Symptome (d.h. bis zur sicheren Beendigung von Durchfall oder Erbrechen) die größte Bedeutung zu. Das Übertragungsrisiko ist also bis 48 Stunden nach Absetzen des letzten Durchfalls am Größten. (1)
Untersuchungen haben gezeigt, dass das Virus in der Regel noch 7 -14 Tage, in Ausnahmefällen aber auch noch über Wochen nach einer akuten Erkrankung über den Stuhl ausgeschieden werden kann. Wiederkehrende Infektionen sind möglich (Reinfektionen), da eine entstandene Immunität nur von kurzer Dauer ist. (3) Daher ist auch nach der akuten Phase eine sorgfältige Sanitär- und Händehygiene weiterhin erforderlich. (1)

SYMPTOME

Noroviren verursachen akut beginnende Gastroenteritiden, die durch schwallartiges heftiges Erbrechen und starke Durchfälle (Diarrhöe) gekennzeichnet sind und zu einem erheblichen Flüssigkeitsdefizit führen können. In einzelnen Fällen kann die Symptomatik auch auf Erbrechen ohne Diarrhöe oder auf Diarrhöe ohne Erbrechen beschränkt sein. In der Regel besteht ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl mit abdominalen Schmerzen, Übelkeit, Kopfschmerzen, Muskelschmerz und Mattigkeit. (1) Die Körpertemperatur kann leicht erhöht sein, meist kommt es jedoch nicht zu hohem Fieber. Wenn keine begleitenden Grunderkrankungen vorliegen, bestehen die klinischen Symptome etwa 12 - 48 Stunden. Auch leichtere oder asymptomatische Verläufe sind möglich. (1)

THERAPIE

Die Therapie erfolgt symptomatisch durch Ausgleich des z.T. erheblichen Flüssigkeits- und Elektrolytverlustes. Eine kausale antivirale Therapie steht nicht zur Verfügung. Insbesondere bei betroffenen Kleinkindern und älteren Personen kann ein kurzzeitiger Krankenhausaufenthalt notwendig sein. In der Regel reicht aber eine ambulante Behandlung mit Ersatz des Flüssigkeits- und Elektrolytverlustes aus. Eine Impfung steht bisher nicht zur Verfügung. (1)

Quellen:
(1) „RKI-Ratgeber für Ärzte“ Stand: 26.07.2008
(2) https://www.nlga.niedersachsen.de/infektionsschutz/krankheitserreger_krankheiten/noroviren/informationen-zu-norovirus-infektionen
(3) Merkblatt Noroviren, Empfehlung für stationäre Einrichtungen, www.lzg.nrw.de, Stand: 02.12.2014

Fortsetzung in der nächsten Ausgabe, beginnend mit der Frage nach der Prävention einer Virusinfektion.

Guido Rickert, Hygienebeauftragter der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH.

Abdruck mit freundlicher Genehmigung der AIP Akademie. Mehr unter www.aip-akademie.de

DIE ZUKUNFT DER WUNDVERSORGUNG ERLEBEN – 12. IWC GEHT MIT FÜNF BEGLEITVERANSTALTUNGEN AN DEN START

„Die neue Dimension der Wundversorgung" können die Gäste des Interdisziplinären WundCongress (IWC) am Donnerstag, 28. November, erleben: Unter jenem Titel steigt die bereits zwölfte Auflage des medizinisch-pflegerisch-juristischen Fachkongesses in den Kölner Sartory-Sälen. Der Kongress ist über die Jahre kontinuierlich gewachsen und hat sich mittlerweile fest etabliert; auch diesmal werden mehr als 1.000 Besucher erwartet.

Im mehr als achtstündigen Hauptprogramm, im großen Saal des Sartory, wird unter anderem PD Dr. Andreas Schwarzkopf, Facharzt für Mikrobiologie sowie Sachverständiger für Klinikhygiene, unter dem Titel „Schlachtfeld Wunde" die Prozesse innerhalb eines Wundsystems lebendig aufbereiten. Dr. Alexander Risse, leitender Arzt des Diabetes-Zentrums am Klinikum Dortmund, fragt sich in seinem Vortrag: „Sind alle Wundtherapeuten blind?" und ergründet, warum bestimmte Therapeuten bestimmte Wundformen nicht erkennen. Daran angelehnt ruft Gabriele Stern, M. Sc. im Wound-Care-Management, in ihrem Referat „Hätte, hätte, Fahrradkette" dazu auf, die Wunderkrankung ganzheitlich im Zusammenhang des Patienten zu sehen. Ferner geht beim letzten Hauptvortrag „Der Mensch im Mittelpunkt" Thomas Bonkowski vom Universitätsklinikum Regensburg auf die Rolle der Empathie in der Arbeit mit Wundpatienten ein.

Fester Teil des IWC sind auch diesmal wieder die Begleitveranstaltungen: Nach aktuellem Stand insgesamt fünf Symposien und praktische Inselworkshops. Eine begleitende Industrieausstellung mit über 50 Ausstellern lädt zu Entdeckungen neuartiger Wundversorgungsprodukten und -therapien ein.

Der IWC genießt als Fortbildungsveranstaltung für die Gesundheitsbranche rundum Anerkennung. So erhalten Teilnehmer der Veranstaltung 8 Fortbildungspunkte der ICW, 3 Punkte der DGfW, 6 Punkte der RbP und 8 Punkte der Akademie ZWM (Kammerlander).

Weitere Informationen auf www.wundcongress.de

Kurze Wege in der Versorgung: Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München eröffnet drei regionale Zentren

v.li.: Andreas Krahl, Landtagsabgeordneter Bündnis 90/Die Grünen, Florian Bronner (Stiftungsgründer), Anna Becker (Leitung Zentrum SWOB), Christine Bronner (Stiftungsgründerin), Walter Bleimaier (Bürgermeister Inning) ©Stiftung AKM

Die Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München (AKM) betreut seit 15 Jahren bayernweit Familien mit lebensverkürzenden und/oder lebensbedrohlich schwersterkrankten Ungeborenen, Neugeborenen, Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Auch schwerstkranke Eltern mit Minderjährigen im Haushalt werden seit zwei Jahren versorgt. Angefangen hat alles im Jahr 2004, als Christine Bronner die Stiftung gemeinsam mit ihrem Mann Florian aus eigener Betroffenheit gegründet und aufgebaut haben. Seitdem ist der Bedarf an Unterstützung immer größer geworden, so dass auch die Stiftung ihre Angebote über die Jahre entsprechend erweitert hat. Dazu gehören auch ambulante Zentren in den Regionen Niederbayern, Südostoberbayern und Südwestoberbayern, die Anfang Juli offiziell und feierlich eröffnet worden sind.

Für die Schaffung neuer Zentren gab es mehrere Gründe: Bislang wurde die bayernweite Betreuung, Begleitung und Beratung von Familien mit einem schwerstkranken Kind von München aus gesteuert und koordiniert. Seit Jahren wächst der Bedarf allerdings stetig, nicht nur in München, sondern vor allem auch in den Regionen. Im Jahr 2018 waren es 102 Familien außerhalb von München, die über die Stiftung AKM betreut wurden, Tendenz: weiter steigend. Die logische Konsequenz daraus war, die bestehenden Angebote (z.B. Ambulante Kinderhospizarbeit, Sozialmedizinische Nachsorge, Angehörigenberatung, psychosoziale Kurzintervention) zu dezentralisieren und damit auch den Münchner Standort zu entlasten.

Die drei Zentren bieten nun Anlaufstellen für Betroffene in verschiedenen Regionen. Dazu gehören das Zentrum Südwestoberbayern mit der Nachsorgeeinrichtung Bunter Kreis Fünfseenland, das Zentrum Niederbayern mit Bunter Kreis Landshut und das Zentrum Südosteroberbayern mit Bunter Kreis Rosenheim. Alle drei Zentren richten ihre Angebote an Familien mit einem oder mehreren Ungeborenen, Neugeborenen, Kindern, Jugendlichen oder jungen Erwachsenen mit einer lebensbedrohlich und lebensverkürzenden Erkrankung ab Diagnose sowie an lebenslimitierend erkrankte Erwachsene mit minderjährigen Kindern.

Das Zentrum Südwestoberbayern in Inning am Ammersee ist für die Regionen Fünfseenland und Oberland zuständig. Dazu gehören die Gebiete Fürstenfeldbruck, Landsberg am Lech, Bad Tölz-Wolfratshausen, Garmisch-Partenkirchen,MiesbachundWeilheim-Schongau. Das vierköpfige hauptamtliche Team unter der Leitung von Anna Becker wird derzeit u.a. von 28 ehrenamtlichen Familienbegleitern unterstützt.

Das Zentrum Niederbayern mit Sitz in Landshut versorgt die Regionen Landshut und Donau-Wald. Dies umfasst die Gebiete von Landshut über Straubing und Deggendorf bis nach Passau, Regen und Straubing. In Landshut arbeitet ein fünfköpfiges Team unter der Leitung von Klaus Darlau mit Unterstützung von ehrenamtlichen Helfern.

Das Zentrum Südostoberbayern mit Sitz in Rosenheim versorgt die Gebiete von Rosenheim über Altötting, Berchtesgadener Land bis Mühldorf am Inn und Traunstein. Das Team unter der Zentrums-Leitung Elisabeth Nützel besteht aus aktuell neun Mitarbeitern, ab Oktober werden es 12 sein (in Teilzeit und auf Honorarbasis). Auch das Zentrum in Rosenheim wird durch viele ehrenamtliche Helfer unterstützt.
Christine Bronner, Stiftungsgründerin und geschäftsführender Vorstand: „Neben kürzeren Wegen für Familien und Helfer kann durch die Zentren die Versorgung vor Ort den individuellen Bedürfnissen angepasst werden und auch bei Notfällen schneller reagiert werden. Damit konnten wir einen wichtigen Schritt gehen und wir werden stetig daran arbeiten, die Versorgung noch weiter auszubauen."

Mit den regionalen Zentren verbunden ist auch eine bessere, lokale Vernetzung mit Kliniken, Ärzten, Therapeuten, spezialisierten Fachdiensten und -Kräften sowie Behörden der jeweiligen (kreisfreien) Städte und Landkreise. Gleichzeitig werden bereits gute und bestehende Kooperationen mit vielen Erwachsenenhospizvereinen, Kinderhospizvereinen, Kliniken, Nachbarschaftshilfen, SAPV Teams, Jugendämtern Pflegediensten, Kinderärzten, Sozialstationen, Sozialpsychiatrischen Diensten, Stiftungen und Beratungszentren weiter vertieft, gepflegt und ausgebaut.
Christine Bronner: „Unser Ziel ist es, Versorgungslücken in den Regionen zu schließen, um den betroffenen Familien eine bestmögliche Betreuung zu bieten. Ein ganz wichtiger Bestandteil ist dabei der unermüdliche Einsatz vieler Ehrenamtlicher, die uns als Familienbegleiter, in der Öffentlichkeitsarbeit oder im Krisendienst RUF24 unterstützen und damit eine tragende Säule bilden. Es ist uns ein großes Anliegen, für unsere Ehrenamtlichen vor Ort Ansprechpartner zu sein, sie bestmöglich zu schulen und professionell zu begleiten."

Wer Interesse hat, sich in München und in den Regionen ehrenamtlich für die Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München zu engagieren, kann sich direkt an die Stiftung wenden. So werden ab Oktober wieder Schulungen für Familienbegleiter und ab November Schulungen für RUF24 angeboten.

Weitere Informationen gibt es auf der Website der Stiftung: https://www.kinderhospiz-muenchen.de/unterstuetzen/ehrenamt/

v.li. Elfie Binder, Stefanie Damböck, Claudia Sterr-Brandl, Michaela Bauer, Klaus Darlau (Leitung Zentrum) © Stiftung AKM

DIE INSELSCHULE – NEUES UNTERRICHTSKONZEPT FÜR DIE KINDERINSEL IN KOOPERATION MIT DER SCHULE FÜR KRANKE

DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH, © Stefan Wendt

Zu Beginn des Kalenderjahres 2019 wurde an der Schule am Wellersberg, der Schule für Kranke der DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH, in Kooperation mit der Kinderinsel, ein neues, überarbeitetes Unterrichtskonzept eingeführt, die sogenannte „Inselschule". Waren bis dato noch bis zu vier verschiedene Lehrkräfte für die schulische Betreuung der Bewohner*innen der Kinderinsel verantwortlich und fand die Beschulung überwiegend auf den Patientenzimmern sowie stets im Einzelunterricht statt, betreut seit Februar 2019 nunmehr ausschließlich eine Lehrkraft alle schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen, die auf der Intensivstation mit Wohncharakter untergebracht sind.

Diese Bündelung aller für die Kinderinsel zur Verfügung stehenden Unterrichtsstunden auf eine Lehrkraft, eröffnet damit völlig neue Möglichkeiten: Zum einen ermöglicht solch ein Pool an Stunden eine große Flexibilität, die den individuellen und sich verändernden Ansprüchen der unterschiedlichen Patient*innen viel besser gerecht werden kann. Ist ein Patient etwa aus gesundheitlichen oder organisatorischen Gründen gerade nicht in der Lage, beschult zu werden, kann die Lehrkraft einen der sieben weiteren Schüler*innen unterrichten. Zum anderen konnte durch die Umstrukturierung dem sowohl von der Einrichtung als auch von der Schule gehegten Wunsch nachgekommen werden, die Schüler*innen in kleinen Gruppen gemeinsam zu unterrichten und somit der außerklinischen Realität von Schule näher zu kommen. Zudem fördert der gemeinsame Unterricht die generelle Motivation und Lernbereitschaft aller Schüler*innen und schult zugleich deren soziale Kompetenzen.

Struktur des gemeinsamen Unterrichts

Nach einer gewissen Übergangsphase zu Beginn hat sich folgendes Konzept als sinnvoll und praktikabel erwiesen: An zwei Tagen in der Woche (derzeit montags und donnerstags) werden die Jungen gemeinsam unterrichtet, an zwei weiteren Tagen (dienstags und freitags) die Mädchen, jeweils einmal in der Kinderinsel 1 und einmal in der Kinderinsel 2 (Anmerkung: die Bewohner*innen sind auf zwei Stationen in der Siegener Kinderklinik verteilt). Diese Trennung des Unterrichts basiert nicht auf den Geschlechtern, sondern vielmehr auf den unterschiedlichen Fähigkeiten und Bedürfnissen sowie dem unterschiedlichen Entwicklungspotenzial: Die derzeitigen Schülerinnen sprechen eher auf basale und auditive (vor allem musische) Stimulationen an und bilden daher die „basale Gruppe", während die Jungen zur Zeit gut in der Lage sind, visuelle Reize aufzunehmen, zu verarbeiten und auf rationaler Ebene stärker gefördert werden können.

Diejenigen Patient*innen, die aus gesundheitlichen Gründen ihr Zimmer nicht verlassen können oder dürfen, werden im Einzelunterricht am Bett unterrichtet. Manchmal nehmen weitere, noch nicht oder nicht

mehr schulpflichtige Bewohner*innen der Kinderinsel oder Schüler*innen der jeweils anderen Gruppe passiv am Unterricht teil. Die Lehrkraft führt den Gruppenunterricht stets zusammen mit mindestens einer pädagogischen Fachkraft der Kinderinsel durch, sodass sowohl individuelle Förderung als auch klinische Betreuung durchgehend gewährleistet sind.

Jede Einzel- und Gruppenstunde beginnt mit zwei festen Liedern (einem Begrüßungs- und einem Bewegungslied) und endet mit einem Abschiedslied. Solch ein fester Unterrichtsrahmen berücksichtigt die für die Patient*innen enorm wichtigen Routinen und gibt ihnen somit Struktur und Sicherheit. Für jede Woche wird ein bestimmtes Wochenthema festgelegt, das sich wie ein roter Faden durch den Unterricht – aber auch durch andere Therapien im Klinikalltag – zieht, beispielsweise die verschiedenen Fest- und Feiertage (Ostern, Weihnachten, Karneval...), die Jahreszeiten (Wetter, Tiere, Pflanzen, Feste und Bräuche,...) oder die aktuelle Projektarbeit. Einen festen Bestandteil des derzeitigen Unterrichts in der Jungengruppe bilden die klassischen Fächer Deutsch und Mathematik. Hier werden Laute, Buchstaben und Wörter bzw. Ziffern und Zahlen haptisch, visuell und auditiv erfahrbar und erlernbar gemacht. Auch das Kennenlernen von Größen und Formen, etwa durch spielerisches oder gestalterisches Sortieren und Ordnen, gehört hierzu.

Die Unterrichtsmethoden umfassen neben den bereits genannten (Zuordnen, Sortieren, Nachahmen, usw.) sowohl handlungsorientierte Vorgehensweisen wie Bewegungsspiele und -lieder als auch gestalterische Elemente wie (Aus)malen, Basteln, Singen und Musizieren. Generell ist es wichtig, dass immer wieder spielerische Methoden in den Unterricht einfließen, da die meisten Bewohner der Kinderinsel durch ihre Behinderung und die besonderen Lebensumstände mehr oder weniger entwicklungsverzögert sind.

Unterstützte Kommunikation

Einen wichtigen Aspekt der Inselschule und der pädagogischen Förderung generell stellt das Konzept der Unterstützten Kommunikation (UK) dar. Dieses Konzept beschreibt die Förderung der sprachlichen Kommunikation auf elektronischem Wege. Dies geschieht über Medien, die auf die Fähigkeiten und Bedürfnisse der Patient*innen abgestimmt sind. Auf der Kinderinsel sind dies Tablets, die durch Augensteuerung oder Touchscreens bedient werden.
Einmal wöchentlich werden die Teilnehmer dieser Gruppe von einem interdisziplinären Team aus Logopäden, Pädagogen und Lehrern im Umgang mit ihren Geräten angeleitet und dabei kommunikativ gefördert. Das Ziel hierbei ist es, die Geräte langfristig in den Gesamtalltag der Kinder und Jugendlichen zu integrieren und sie auch als Unterrichtsutensil zu verwenden.

Ziele des gemeinsamen Unterrichts

Wesentliches Ziel ist zunächst natürlich die Vermittlung von Bildungsinhalten, angepasst an die Möglichkeiten der Schüler. Die grundsätzliche Förderung von Lernbereitschaft und -motivation (Schüler motivieren sich gegenseitig durch Beobachtung, Nachahmung und nicht zuletzt durch Wettkampfgedanken/ Wettbewerbscharakter) steht neben dem Aufbau sozialer Kontakte und der Schulung sozialer Kompetenzen ebenfalls im Vordergrund. Die Vermittlung von Struktur und Sicherheit durch einen festen Unterrichtsrahmen und Routinen, hilft allen Beteiligten, den Alltag besser zu meistern. Das Element Schule stellt zugleich eine Erweiterung der Lebenswelt der Patient*innen der Kinderinsel, deren Alltag sich stark am Klinikalltag orientiert, dar. So ist eine Teilhabe am öffentlichen Leben noch breiter möglich. Dabei hilft die Möglichkeit einer engen (nahezu Eins-zu-Eins-) Betreuung, eine gezielte, individuelle Förderung in einer heterogenen Lerngruppe zu realisieren.

Evaluation
Rückblickend lässt sich sagen, dass die Ziele und Erwartungen an den gemeinsamen Unterricht erreicht bzw. sogar übertroffen worden sind. Ausnahmslos alle Schüler*innen arbeiten motiviert und konzentriert in ihren Lerngruppen, viele weisen sogar eine weitaus höhere Lernbereitschaft auf als bisher im Einzelunterricht. Aber auch die notwendigen gemeinsamen Absprachen und Planungen zwischen Schule und Kinderinsel erleichtern die Kommunikation zwischen den beiden Institutionen erheblich und sorgen für eine engere Verzahnung, was letztlich den Patienten der Kinderinsel zu Gute kommt.

Über die Schule für Kranke
Schulpflichtige Patient*innen, die länger als vier Wochen in der DRK-Kinderklinik Siegen bleiben, werden von Pädagogen unterschiedlicher Fachrichtungen und Schulstufen unterrichtet. Der Unterricht umfasst, je nach Belastbarkeit des Patienten, bis zu 20 Wochenstunden und berücksichtigt die Lehrpläne der Heimatschulen.
In hellen, freundlichen Schulräumen werden die Schülerinnen und Schüler in nach Altersstufen zusammengesetzten Gruppen von maximal sechs Kindern gefördert. Bei Bedarf werden die Kinder und Jugendlichen auch am Krankenbett unterrichtet.

Chancen in der „Schule für Kranke"

- Lernen in kleinen Gruppen,
- Weiterarbeit am Schulstoff der Heimatschule,
- individuelle Förderung bei Schulproblemen,
- Schullaufbahnberatung,
- intensive Zusammenarbeit zwischen Ärzten, Therapeuten und Lehrern,
- Regeln lernen und anwenden
- neue Motivation bei Schulverweigerern,
- Erlernen von Arbeitstechniken,
- Umgang mit neuen Medien,
- Teilnahme an kulturellen Veranstaltungen,
- Naturerlebnisse in der Umgebung.

Vielfältige Lernorte und Aktivitäten
- Froschexkursion,
- Besuch eines Erzbergbaustollens,
- Puppentheater,
- Wald-Ralley,
- Turmbesteigung der Nikolaikirche,
- Projektwoche.

Kontakt/Ansprechpartner:
Annette Ott, Schulleiterin,
E-Mail: annette.ott@drk-kinderklinik.de
Kristina Tigges, Sekretariat, Mo. – Do. in der Zeit von 8.00 – 13.00 Uhr, Telefon: 0271-2345-420
E-Mail: patientenschule@drk-kinderklinik.de
Schule für Kranke in freier Trägerschaft der DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH
Wellersbergstraße 60 | 57072 Siegen

Über die Kinderinsel – Intensivstation mit Wohncharakter für dauerhaft beatmete Kinder und Jugendliche an der DRK-Kinderklinik Siegen
Eine Insel auf Dauer. Oder auf Zeit.
Die kinderinsel ist seit 2005 eine Einrichtung der DRK-Kinderklinik Siegen. Als spezielle Intensivstation mit Wohncharakter behandelt und versorgt ein interdisziplinäres Team, bestehend aus Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und Pädagogen sowie Hauswirtschaftskräften, 16 langzeitbeatmete Kinder und Jugendliche, die bundesweit direkt von Intensivstationen anderer Kliniken oder von zu Hause nach Siegen kommen. Dabei steht die Stabilisierung der Beatmungssituation mit der Entwicklung eines individuellen Behandlungsplans an erster Stelle. Ziel ist es, die Patienten im Team mit den vier Säulen des Versorgungskonzeptes: Medizin, Pflege, Therapie und Pädagogik, bestmöglich zu fördern und ihnen ein Umfeld zu schaffen, das größtmögliche Selbständigkeit und Normalität erlaubt.

HIER GIBT MAN BEWOHNERN EIN ZUHAUSE UND BEGLEITET SIE – WENN GEWÜNSCHT – AUF DEM WEG ZURÜCK IN DIE FAMILIE.

Dafür setzt das Team der Einrichtung die ganze medizinische, pflegerische, therapeutische und soziale Erfahrung von über 20 Jahren in der Versorgung beatmeter Kinder ein. Durch direkte Anbindung an die DRK-Kinderklinik Siegen kann man auf alle diagnostischen und therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten der hoch spezialisierten Fachklinik, einschließlich Sozialpädiatrischem Zentrum und Häuslicher Kinderkrankenpflege, zurückgreifen. Daher kann man auch die Alternative der Zwerchfellschrittmacher-Implantation (PNS) anbieten, deren Vorteil u.a. darin liegt, dass sich die Lebensqualität nochmals deutlich verbessert.

kinderinsel

DRK-Kinderklinik Siegen gGmbH
Wellersbergstraße 60 | 57072 Siegen
Telefon: 02 71 / 23 45-389
Telefax: 02 71 / 2 19 55
E-Mail: kinderinsel@drk-kinderklinik.de
Bereichsleitung: Birgit Krumm
Medizinischer Leiter: Dr. med. Rainer Blickheuser, Chefarzt der Abteilung Kinderanästhesie und Langzeitbeatmung, Telefon: 02 71 / 23 45-310,
mehr unter www.drk-kinderklinik.de

Autoren: Judith Kaiser-Rübsamen (Lehrerin) und Arnd Dickel (Marketing)

NOTSTAND IN DER HÄUSLICHEN INTENSIVPFLEGE FÜR SCHWER KRANKE KINDER ÖFFENTLICHE PETITION ERZIELTE MEHR ALS 12.500 MITZEICHNUNGEN

© *IntensivLeben*

Der Verein IntensivLeben macht darauf aufmerksam, dass das Überleben von schwer erkrankten Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in zunehmendem Maße durch den gravierenden Mangel an Fachpersonal in der häuslichen Intensivpflege gefährdet ist.

In der aktuellen Gesetzgebung zur Stärkung der Pflege finden die besonderen Belange dieser außergewöhnlich hoch belasteten Patientengruppe nach derzeitigem Kenntnisstand keine hinreichende Berücksichtigung. Der Verein hat daher zusammen mit betroffenen Familien und gemeinnützigen Pflegedienstleistern eine Petition beim Deutschen Bundestag eingereicht. In der vierwöchigen Mitzeichnungsfrist wurde das Anliegen, eine verlässliche und fachgerechte ambulante Intensivpflege zu gewährleisten und durch eine eigene Rahmenvereinbarung zu sichern, mit mehr als 12.500 Unterschriften unterstützt.

Viele Fachgruppen und Verbände, die mit der medizinischen Versorgung, Pflege und Betreuung der schwer erkrankten jungen Menschen und ihrer Familien betraut sind, haben die Petition durch das Sammeln von Unterschriften aktiv mitgetragen. Während der nun folgenden Prüfung und Beratung der Petition durch den Deutschen Bundestag bemüht sich IntensivLeben um weitere Gespräche mit zuständigen Gesundheitspolitikern, um im Interesse der betroffenen Kinder, Jugendlichen und jungen Erwachsenen über die Situation der häuslichen Intensivpflege zu informieren und Wege zu sondieren, wie eine nachhaltige Verbesserung der Versorgungs- und Lebenssituation erreicht werden kann.

Zum Hintergrund:
Der gemeinnützige Verein IntensivLeben mit einer Beratungsstelle für intensivpflichtig erkrankte Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene wird täglich mit der existenziellen Not von betroffenen Familien konfrontiert. Das Bemühen, auf die Lebenswirklichkeit der anhaltend pflegebedürftigen Patienten und

© *IntensivLeben*

ihrer Familien hinzuweisen, erfährt öffentlich eine hohe Aufmerksamkeit bis hin zur Auszeichnung mit einem Bambi in der Kategorie Stille Helden 2018. Bundesweit leben mehr als 80% der intensivpflichtig erkrankten jungen Menschen im häuslichen Umfeld

© IntensivLeben

und werden mit Unterstützung von ambulanten Pflegekräften von ihren Familien gepflegt und begleitet. Da Dienstzeiten aus Personalmangel in wachsendem Umfang nicht mehr besetzt werden können und häufig ganze Versorgungen gekündigt werden, sind die pflegenden Angehörigen gezwungen, die Intensivpflege ihrer Kinder immer häufiger bis zu 24 Stunden am Tag alleine zu gewährleisten. Entlastungsangebote stehen für Kinder und Jugendliche mit Intensivpflegebedarf ebenfalls aus Fachkräftemangel nur noch sehr eingeschränkt zur Verfügung. Plätze in geeigneten Einrichtungen, die dem Pflege- und Teilhabebedarf der Betroffenen gleichermaßen gerecht werden, sind kaum vorhanden und meist langfristig belegt. Bei einer Unterbringung in Einrichtungen, die dem Versorgungsbedarf der jungen Menschen nicht gerecht werden, ist nach Einschätzung aus Fachkreisen eine deutlich erhöhte Sterblichkeitsrate festzustellen.

Durch die fortschreitende Überlastung der Angehörigen und fehlende alternative Versorgungsangebote schwindet bei den betroffenen Kindern und Jugendlichen ebenso wie bei ihren Familien die Lebensperspektive. Das Überleben der schwer erkrankten jungen Menschen ist dann nicht mehr vorrangig von ihrer gesundheitlichen Entwicklung, sondern zunehmend von den Kräften und Ressourcen ihrer Familien abhängig. Auch Versuche, den geltenden Rechtsanspruch auf eine fachgerechte Versorgung juristisch durchzusetzen, sind angesichts der rückläufigen Zahl von Fachkräften in diesem Pflegesektor langfristig kaum Erfolg versprechend.

Vor diesem Hintergrund wird das Bemühen der Bundesregierung, die Situation der Pflege durch neue Gesetzesinitiativen zu verbessern ausdrücklich begrüßt. Dabei ist jedoch festzustellen, dass die besonders belastende Situation der häuslichen Intensivpflege keine ausreichende Würdigung erfährt. Das im Januar 2019 eingeführte Pflegepersonalstärkungsgesetz hat die Situation sogar noch erheblich verschärft, weil Fachkräfte aus dem ambulanten Bereich vermehrt in die jetzt noch einmal deutlich besser vergütete stationäre Pflege wechseln.

Kontakt IntensivLeben

Verein für beatmete und intensivpflichtige Kinder e.V.
Lippoldsberger Str. 6 | 34126 Kassel
Tel.: 0561 – 50 35 75 72
Mail: info@intensivleben-kassel.de
www.intensivleben-kassel.de
www.facebook.com/IntensivLebenKassel
www.instagram.com/intensivleben_ev_kassel

Christine Wagner-Behrendt ist Vorstandsmitglied von IntensivLeben e.V. und seit 2014 hauptamtlich in der Beratungsstelle von IntensivLeben e.V. tätig. Sie wird beim MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress an einer Diskussionsrunde „Was bewegt Angehörige von Kindern und Heranwachsenden mit außerklinischer Beatmung?" teilnehmen, die Dr. Benjamin Grolle moderiert wird. © IntensivLeben

PATIENTENSICHERHEIT

UMSETZEN UND ERFOLGE SICHTBAR MACHEN

Ausschreibung: Deutscher Preis für Patientensicherheit geht in die siebte Runde.

Berlin, September 2019 – Mehr Patientensicherheit ist machbar – davon ist das Aktionsbündnis für Patientensicherheit e.V. (APS) überzeugt. Deswegen schreibt das APS in diesem Jahr zum siebten Mal den Deutschen Preis für Patientensicherheit aus. Unterstützt wird das APS dabei von der Aesculap AG, dem Ecclesia Versicherungsdienst, der MSD Sharp & Dohme GmbH sowie der Thieme Gruppe. Der mit insgesamt 19 500 Euro dotierte Preis prämiert innovative, praxiserprobte Projekte und praxisrelevante Forschungsarbeiten, die zu mehr Patientensicherheit beitragen. Akteure aus allen Bereichen des Gesundheitswesens können sich um den Preis bewerben.

„Eine verbesserte Patientensicherheit ist notwendig – und auch machbar", sagt Dr. Ruth Hecker, stellvertretende Vorsitzende des APS. „Mit dem Deutschen Preis für Patientensicherheit wollen wir alle Akteure im Gesundheitswesen dazu ermutigen, mit individuellen und innovativen Ideen die Patientensicherheit im Alltag noch weiter zu verbessern", führt die Expertin für Patientensicherheit weiter aus. Das Engagement für Patientensicherheit ist groß, wie die Vielzahl an prämierten Projekten zeigt. Auch in diesem Jahr sucht das APS daher wieder Best-Practice-Beispiele und zukunftsweisende Forschungsarbeiten, die zu einer nachweislich besseren Patientensicherheit beitragen. Dabei gibt es vielfältige Möglichkeiten und Ansätze, Patienten besser zu schützen, wie die bislang ausgezeichneten Projekte verdeutlichen. Ausgezeichnet wurden z.B. Konzepte zur Fehlervermeidung bei der Medikamentenversorgung, zur Optimierung des Entlassmanagements oder zur Verbesserung der Versorgungssituation in Pflegeeinrichtungen. „Die große Bandbreite an Ideen und Projekten belegt die hohe Motivation in allen Bereichen des deutschen Gesundheitswesens, sich für noch mehr Patientensicherheit einzusetzen", freut sich Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des APS. „Das macht Mut. Denn Patientensicherheit geht uns alle an", so die Vorsitzende. Das APS schreibt den Preis auch in diesem Jahr gemeinsam mit der Aesculap AG, dem Ecclesia Versicherungsdienst, der MSD Sharp & Dohme GmbH und dem Thieme Verlag aus. Der erste Platz ist mit 10 000 Euro, der zweite mit 6 000 Euro und der dritte Platz mit 3 500 Euro dotiert. Über die Preisvergabe entscheidet eine unabhängige Expertenjury. Zudem behält sich die Jury vor, einen nicht dotierten Sonderpreis an ein Projekt zu vergeben, das in Form einer „Patenschaft" unterstützt würde. Die Preisverleihung findet auf der 15. APS-Jahrestagung am 14. und 15. Mai 2020 in Berlin statt. Einsendeschluss ist der 4. November 2019. Weitere Informationen zur Bewerbung sind verfügbar unter: www.aps-ev.de/dpfp

Über das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS): Vertreter der Gesundheitsberufe, ihrer Verbände, der Patientenorganisationen sowie aus Industrie und Wirtschaft haben sich im Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) zusammengeschlossen, um eine gemeinsame Plattform zur Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland aufzubauen. Zusammen entscheiden und tragen sie die Projekte und Initiativen des Vereins. Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) wurde im April 2005 als gemeinnütziger Verein gegründet. Es setzt sich für eine sichere Gesundheitsversorgung ein und widmet sich der Erforschung, Entwicklung und Verbreitung dazu geeigneter Methoden.

Mehr Informationen finden Sie unter www.aps-ev.de.

Die Deutsche Fachpflege Gruppe ist Fördermitglied des APS.

ATMOS
MedizinTechnik

ATMOS LC 27

Der Homecare-sauger für jede Anforderung

Exactly what I need

- Keine Anwender-fehler
- Schneller Wieder-einsatz
- Sicheres Absaugen
- Vielseitiger Einsatz

Erfahren Sie mehr über den LC 27

ATMOS MedizinTechnik GmbH & Co. KG
Ludwig-Kegel-Str. 16 • 79853 Lenzkirch
Tel. +49 7653 689-0 • info@atmosmed.de
www.atmosmed.link/LC27

MAIK SPECIAL

12. MAIK

MÜNCHNER AUSSERKLINISCHER INTENSIV KONGRESS

Am 25. und 26. Oktober 2019 lädt die Deutsche Fachpflege Gruppe zum 12. MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress nach München ein. Er steht unter der Schirmherrschaft der Bayerischen Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, Frau Melanie Huml, MdL. Im Oktoberheft der GD bringen wir seit vielen Jahren das MAIK-Special, in dem Teilnehmer an der Fachausstellung und Anbieter von Workshops ihre aktuellen Themen präsentieren können. Damit geben wir Impulse für Themen, die die Anbieter außerklinischer Intensivpflege bis zum nächsten MAIK beschäftigen werden. Und das wären: Pauschalen, Telemonitoring, Beatmungsmodi, Beatmungspflege, Dysphagie, Sekretmanagement, Notfallmanagement, Besonderheiten der Kinderversorgung, Digitalisierung in der ambulanten Pflege, die Suche nach geeigneten Pflegekräften sowie den Umgang mit Veränderungen.

Neben den praxisnahen Workshops laufen parallel die Themenblöcke mit interdisziplinären Fachvorträgen und Diskussionsrunden. Hierin geht es u.a. um rechtliche und sozialrechtliche Fragen, die Möglichkeiten der Teilhabe von schwerstkranken Menschen am gesellschaftlichen Leben, um Querschnittlähmung mit Beatmung und die adäquate Versorgung der Betroffenen, die Herausforderungen, vor die Angehörige gestellt werden, Hygiene mit einer Hygienesprechstunde sowie die Möglichkeiten der Beatmungsentwöhnung in verschiedenen Settings. Neu im wissenschaftlichen Beirat des MAIK sind Sören Hammermüller, stv. Regionalleiter Süd-Ost bei der Deutschen Fachpflege Gruppe, und Inga Brambring, Therapiezentrum Rhein-Erft, die zu den engagierten Therapeutinnen gehört, die jährlich spezifische Sessions rund um die Therapie von Kindern und Erwachsenen mit Beatmung gestalten. In diesem Jahr geht es um den Einsatz von Sprechventilen bei Kindern mit Trachealkanüle und einen Workshop zum Thema Dysphagie. Wieder ist mit Dr. med. Martin Bachmann, Präsident, Dr. med. Bernd Schucher, Präsident-elect, und Meike Grimm, Börgel GmbH und DIGAB-Schatzmeisterin, fast der gesamte geschäftsführende Vorstand der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. vor Ort und es wirken viele der Sektionssprecher*innen mit.

Eine Sonderstellung nimmt die Diskussion konkreter Fallbeispiele aus der Praxis ein. Sie stellte früher den Schlusspunkt des MAIK dar, und stets hörte man nach einer ausgesprochen interessanten und kurzweiligen Stunde das Bedauern, wie schnell doch die Zeit vergangen sei. Deshalb erhalten nun Meike Grimm, examinierte Krankenschwester, Dipl. Sozialarbeiterin und Management für Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, seit 1997 Mitarbeiterin der Firma Börgel in der Patientenversorgung und -beratung sowie Case Managerin DGCC, und Dr. med. Karsten Siemon, Schmallenberg, 90 Minuten, um mit der Zuhörerschaft knifflige Fallbeispiele durchzusprechen. „Wie hätten Sie in diesem Fall entschieden?“, diese Frage erweist sich oft als ganz schön tricky. Aber genau so macht Lernen Spaß!

Den Kongress eröffnen am Freitag, 25. Oktober 2019, um 9.00 Uhr Kongresspräsident Christoph Jaschke sowie André Eydt, Vorsitzender der Geschäftsführung CEO, Deutsche Fachpflege Gruppe. Impulse geben dem Kongress Christoph Jaschke, der der Fragestellung nachgehen wird, wie es um die Wertschätzung der Pflegekräfte bestellt ist, und Dr. med. Paul Diesener, der auf „25 Jahre Frührehabilitation in Gailingen bei Kindern und Jugendlichen“ zurückblicken wird. Letzterer hat im vergangenen Jahr den MAIK Award erhalten und gehört zu den nunmehr 12 MAIK Award-Preisträger*innen, die alle vor Ort sein werden, beginnend bei Jo Börgel, dem Träger des 1. MAIK bis zu dem diesjährigen Preisträger. Die Laudatio auf ihn wird Meike Grimm halten. Nicht zuletzt sei die MAIK-Party am 25. Oktober im fußläufig erreichbaren Ampere erwähnt, bei der wieder die legendären ThEvents spielen werden.

Der 13. MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress findet am 30. und 31. Oktober 2020 statt.

MEHR ZUM PROGRAMM

SEKRETMANAGEMENT IN DER PFLEGE – AUCH OHNE TECHNISCHE HILFSMITTEL?

Agnetha Radatz und ihre beiden Therapiehunde Goldie und Carra

Dietmar Kiefer

Am 26.10. von 13.30 – 15.00 Uhr findet in Forum 12 der Workshop „Sekretmanagement in der Pflege – auch ohne technische Hilfsmittel?“ statt. Sekretmanagement ist ein breit gefächerter Begriff, der viele Interventionen vereint und den täglichen pflegerischen Maßnahmen gewisse Fähigkeiten und Fertigkeiten abverlangt. Die Wichtigkeit des Themas, bezogen auf die Komplikation Pneumonie, ist vielen Pflegekräften bewusst. Auch die Industrie, d.h. diverse Provider, bieten anhand unterschiedlicher Maschinen Unterstützung für das Sekretmanagement an. Jedoch gibt es Kontraindikationen hinsichtlich technischer Hilfsmittel.

Allerdings hat nicht jeder Patient bei Indikation auch eine solche maschinelle Unterstützung am Bett stehen. An dieser Stelle ist u.a. die Pflege gefragt, die beispielsweise durch händische, manuelle, positionsverändernde Maßnahmen das Sekretmanagement individuell für und mit dem Patienten anpasst und in hoher fachlicher Expertise durchführt. Dazu gehört auch Fachwissen hinsichtlich Physiologie, Pathophysiologie und Mukoziliärer Clearance, um ein grundlegendes Verständnis der praktischen Tätigkeit zu erlangen. Der Workshop beinhaltet im ersten Teil eine Zusammenfassung dieses Fachwissens, legt im Folgenden seinen Schwerpunkt aber auf die Vermittlung praktischer Tätigkeiten, wie zum Beispiel Drainagelagerung, Vibrations- und andere Massagetechniken zur Sekretmobilisation und adäquate Maßnahmen hinsichtlich der Inhalationstherapie.

Den Workshop halten Agnetha Radatz, Leitung Fortbildung / Trachealkanülen-, Wund- und Schmerzmanagement, AKB Elke Dodenhoff GmbH, und Dietmar Kiefer, Bereichsleiter Bodensee der VIP - Vitale Intensiv Pflege GmbH und tätig im Personalbereich der Deutschen Fachpflege Gruppe. Er ist Fachpfleger/Pflegeexperte Außerklinische Intensivpflege und Heimbeatmung mit den weiteren Qualifikationen: Atmungstherapeut DGpW / SHB, Therapiemanagement, staatl. anerkannter Praxisanleiter, MPG-Beauftragter und Train the Trainer Schulung.

Frau Radatz wird außerdem im Slot „Hygiene“ einen Vortrag zum Thema „Tiere und außerklinische Intensivpflege“ halten. Sie bringt die beiden Therapiehunde Goldie und Carra mit, die sie beide schon im höheren Alter aus dem Tierschutz adoptiert hatte. Die beiden Hunde bereiten Patient*innen, Angehörigen und Pflegekräften viel Freude und Unterstützung. Carra hat sogar schon mal eine Sterbebegleitung unterstützt und Goldie eine Reanimation. Auch reagieren z.T. Wachkomapatienten auf die beiden Hunde, und zwar in Situationen, in denen wir Menschen vielleicht keinen Zugang mehr finden. Es ist durchaus denkbar, dass Goldie und Carra sensibler als andere Hunde auf Menschen reagieren, die Leid durch ihre Erkrankungen erfahren, weil sie selbst vor der Adoption ein sehr schlechtes und trauriges Dasein mit Prügel und Hunger durchstehen mussten.

Agnetha Radatz

Sören Hammermüller

WORKSHOP: VOM „ATMUNG SEHEN“ BIS ZUM „BEATMUNG VERSTEHEN“

Sören Hammermüller lädt am Samstag, 26. Oktober 2019, 13.30 – 15.00 Uhr, beim diesjährigen MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress zu dem Workshop „Vom ‚Atmung sehen‘ bis zum ‚Beatmung verstehen‘“ ein.

Grundlage der maschinellen Beatmung stellt das umfängliche Verständnis der Funktion des Atemapparates dar. Perfusion, Diffusion und Ventilation sind dabei die wichtigsten Teilprozesse. Die Ventilation, also das atemzyklische Ein- und Ausatmen von einem Atemgasgemisch, ist die dabei am häufigsten beeinträchtigte Teilfunktion. Zugleich lässt sich die Ventilation aber auch am besten medizinisch, technisch und pflegerisch positiv beeinflussen. Ein Monitoring der Ventilation kann dem zu Folge Interventionen zur Steigerung dieses Teilprozesses der suffizienten Atmung sichtbar machen und in Echtzeit die Maßnahmen gezielt durchführen, steuern und anpassen lassen.

Das Ziel des 90minütigen Workshops soll es sein, den Teilnehmenden **ein Grundverständnis für die Funktion des Atemapparates sowie die Einflussfaktoren der Ventilationsverteilung der Lunge zu vermitteln**. Darüber hinaus werden pathologische Szenarien besprochen, welche generell negativen Einfluss auf die Lungenfunktion nehmen und mit welchen pflegerischen Maßnahmen diesen entgegengewirkt werden kann. Im Rahmen einer PowerPoint-Präsentation werden die fachlichen Inhalte aufgearbeitet. Darüber hinaus wird die Ventilation der Lunge mittels der Elektrischen Impedanz Tomographie (EIT) eines Probanden exemplarisch gezeigt.

Nach der theoretischen Einführung zur Physiologie der Atmung (Ventilation, Diffusion, Perfusion) und der Verteilung der Ventilation in der Lunge werden **die Wirkungsweisen der unterschiedlichen Positionierungen besprochen und demonstriert. Dabei werden Rückschlüsse auf den pflegerischen Alltag bei der Versorgung intensivpflichtiger Klienten gezogen**. Zudem wird der Einfluss von PEEP gezeigt und der Nutzen, aber auch die Risiken werden ersichtlich.

Sören Hammermüller

Referent ist Sören Hammermüller, seit dem 1. Juli 2019 stellvertretender Regionalleiter in der Region Süd-Ost bei der Deutschen Fachpflege Gruppe. Er war zuletzt als Fachbereichsleiter für außerklinische Intensivpflege der advita Pflegedienst GmbH tätig. Nach seiner Ausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger am Universitätsklinikum Leipzig absolvierte er 2016 den Bachelor-Studiengang „Advanced nursing practice“ mit der Vertiefung „Intensive Care and intensive Care medicine“ an der MSH - Medical School Hamburg. Er gehört der Forschungsgruppe von Prof. Dr. H. Wrigge und Prof. Dr. A. W. Reske im Bereich der individualisierten Beatmung und Lungenbildgebung an der Universität Leipzig an. Er ist Autor zahlreicher wissenschaftlicher Publikationen. Mehr auf der Kongress-Homepage unter „Mitwirkende“. Hammermüller gehört neuerdings dem wissenschaftlichen Beirat des MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress an und ist ab 2020, gemeinsam mit Christoph Jaschke, Kongresspräsident.

DIE WORKSHOPS VON RESMED DEUTSCHLAND GMBH UND RESMED

Die ResMed Deutschland GmbH und die ResMed GmbH & Co. KG bieten beim diesjährigen MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress am 25. Oktober 2019 im Forum 8 von 11.00 – 17.00 Uhr drei Workshops an. Diese sind immer eines der Highlights auf dem MAIK, denn sie vermitteln praxisnah wichtiges Wissen für den pflegerischen Alltag. Die entsprechenden Zertifikate werden nach dem Workshop ausgestellt und können gleich mitgenommen werden.

Der erste Workshop am 25. Oktober 2019 hat das Thema "Astral Best Practice – Entdecke die Möglichkeiten! Invasive Leckagebeatmung, Mundstückbeatmung, und vieles mehr." Im zweiten Workshop geht es um „Knoff Hoff - Was Sie schon immer mal zur außerklinischen Beatmung fragen wollten und neue Versorgungswege mit Telemonitoring." Referierende in beiden Workshops sind Michael Zülz, Thomas Hauffe und Katja Prucker.

Den dritten Workshop veranstaltet die ResMed-Schwesterfirma ResMed GmbH & Co. KG. Thema ist die Fragestellung „Pauschale ist alles, oder? Ist die Pauschale schon das Ende der Fahnenstange oder was kommt danach?" von 15.30 – 17.00 Uhr. Und darum geht es: Immer mehr Menschen werden in der außerklinischen Intensivpflege versorgt. Daraus ergeben sich Chancen wie z.B. neue spannende Tätigkeitsfelder. Es ist jedoch auch, besonders über die letzte Dekade hinweg, ein immenser Finanzierungsbedarf entstanden, dem Rechnung getragen werden muss. In der Grundausbildung zum Gesundheits- und Krankenpfleger werden die ökonomischen Grundsätze der außerklinischen Hilfsmittelversorgung im Grunde nicht vermittelt. Auch der Umgang mit Medizinprodukten findet nur partiell seinen Raum. Neben den Anforderungen an die Hilfsmittelversorgung aus pflegerischer Sicht spielen auch die Anforderungen weiterer Akteure eine wichtige Rolle. Die Kostenträger zum Beispiel setzen die Vorgaben der Sozialgesetzgebung um. Auf der Seite der sogenannten Homecareprovider müssen, neben weiteren Anforderungen, die wirtschaftliche Versorgung auf Basis abgeschlossener Verträge und die Vorgaben zum Umgang mit Medizinprodukten (MPG, MDR etc.) berücksichtigt werden. In diesem Spannungsfeld ist es eine Herausforderung, immer den Blick auf die Menschen und deren Bedürfnisse, die letztlich als Patienten, Klienten und Kunden in der außerklinischen Intensivpflege versorgt werden, zu richten. Wir freuen uns auf einen spannenden und lebhaften Austausch im Workshop. Um es interaktiv zu gestalten, bitten wir alle Teilnehmer ihr Smartphone im Workshop bereit zu halten.

Referenten sind Marcus Förster, seit 2005 im Bereich Hilfsmittelversorgung für ResMed tätig, vorher Fachkrankenpfleger für A/I, Pflegeexperte für außerklinische Beatmung, Pflegeexperte für Menschen im Wachkoma, bei ResMed Leiter der Abteilung Produktmarketing Respiratory Care sowie Kai-Uwe Klöting, seit 2019 im Bereich Produktmarketing für ResMed tätig. Davor war er 10 Jahre bei der Fa. Assist in der Hilfsmittelversorgung und im Therapiemanagemant und 20 Jahre in verschiedenen Kliniken tätig, u.a. als Stationsleitung einer ITS. Er ist Fachkrankenpfleger für A/I, Praxisbegleiter für Basale Stimulation.

MAIK SPECIAL

WORKSHOP: „SEKRETMANAGEMENT IN THEORIE UND PRAXIS MIT DEM PHILIPS RESPIRONICS COUGHASSIST E70“

Philips Respironics bietet beim 12. MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress am Freitag, 25. Oktober 2019, 11:00 – 12:30 Uhr im Forum 12 einen Workshop „Sekretmanagement in Theorie und Praxis mit dem Philips Respironics CoughAssist E70“ an.

Freie Atemwege sind maßgeblich für eine gute Beatmung und ein ordnungsgemäßes Ventilations-Perfusions-Verhältnis. Ein wirksames Abhusten von Sekreten ist dabei von entscheidender Bedeutung. Bei Patienten, die nicht in der Lage sind zu husten bzw. Sekrete wirksam abzuhusten, wird häufig eine tiefe Absaugung zur Reinigung der Atemwege angewendet. Leider können invasive Methoden sehr unangenehm für den Patienten sein und sind mit Komplikationen wie Hypoxie, Gewebeschäden und Infektionen verbunden. Immer mehr wissenschaftliche Gesellschaften sprechen konkrete Empfehlungen zur Verwendung eines mechanischen In- und Exsufflators für die Reinigung der Atemwege aus. Der CoughAssist E70 bietet eine effektive und bemerkenswert sanfte nicht-invasive Alternative zum Abhusten für die Verwendung in Krankenhäusern und im außerklinischen Bereich.

Und dies ist die Agenda des praxisorientierten Workshops: Zunächst wird Norbert Erlemeyer, Philips Respironics, kurz in das Thema einführen. (Dauer ca. 5 Min.) Weitere Referenten in dem Workshop sind Ingo Berweiler, Atmungstherapeut (DGP), Bad Cannstatt, und Michael Disque, Philips Respironics. Folgende Themen stehen auf der Tagesordnung: Sekretmanagement – Die Praxis mit dem CA E70 / Fallbeispiele mit endoskopischer Überwachung / Abgrenzung und Ergänzung der Therapie / Arbeiten mit dem CA E70 – Einstellmöglichkeiten und Best Practice.

Das Philips Respironics Team freut sich auf Ihr Kommen!

PHILIPS RESPIRONICS

WORKSHOP: „ENDOSKOPISCHE DYSPHAGIEBEFUNDE (FEES) BEI MENSCHEN MIT ERWORBENEN HIRNSCHÄDIGUNGEN“

Am 26. Oktober 2019 findet um 13.30 – 15.00 Uhr im Forum 8 der Workshop „Endoskopische Dysphagiebefunde (FEES) bei Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen“ statt. Und darum geht es: Die neurogene Dysphagie ist ein häufiges und schwerwiegendes Symptom von erworbenen Hirnschädigungen. Die Konsequenzen der Dysphagien sind vielseitig und reichen von Pneumonien über Mangelernährung hin zur längeren Liegedauer in Institutionen und hohen Behandlungskosten der aus Dysphagien resultierenden Aspirationspneumonien. Dieser Workshop widmet sich im Speziellen der endoskopischen Schluckdiagnostik (FEES – Fiberendoskopische Evaluation von Schluckstörungen). Nach einer untersuchungsspezifischen anatomisch-physiologischen Einführung werden anhand von Endoskopieaufnahmen typische dysphagiologische Störungsbilder und entsprechende therapeutische Interventionsmöglichkeiten erläutert.

Referent ist Ulrich Birkmann, Diplom-Sprachheilpädagoge, Akad. Sprachtherapeut. Er hat 1997 sein Diplom an der Universität zu Köln erworben. Im Anschluss daran arbeitete er in der sprachtherapeutischen Abteilung der »Kursamed Fachklinik für Neurologie«. Ab 1999 war er als Diplom-Sprachheilpädagoge im geriatrischen »Reha-Zentrum Reuterstraße« in Bergisch Gladbach angestellt. Seit 2008 leitet er die Abteilung für Dysphagiologie und die Schluckambulanz Troisdorf-Sieglar im

»Sankt Johannes Krankenhaus« in Troisdorf-Sieglar und ist Gründungsmitglied des »A.D.R. - Arbeitskreis Dysphagie Rheinland«.

Seit 2001 ist er Lehrbeauftragter der Universitäten zu Köln, Hannover und Bielefeld, Gutachter für Bachelor- und Masterarbeiten zum Thema »Dysphagie«, Autor des »Kölner Befundsystems für Schluckstörungen - Kö.Be.S.« (ProLog, 2007) und Fachreferent für diverse Organisationen (u.a. Hannelore-Kohl-Stiftung, VESBE - Verein für Europäische Sozialarbeit, Bildung und Erziehung, Diözese Köln, etc.).

Seit 2015 ist Ulrich Birkmann zertifizierter FEES-Ausbilder (Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Deutsche Schlaganfall Gesellschaft und Arbeitskreis FEES), zertifizierter FEES-Ausbilder der „European Society of Swallowing Disorders" sowie staatlich anerkannter Rettungsassistent.

WORKSHOP: „DIGITALISIERUNG IN DER AMBULANTEN VERSORGUNG"

Beim diesjährigen 12. MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress findet am 25. Oktober 2019, 13.30 – 15.00 Uhr, im Forum 14 ein Workshop zur „Digitalisierung in der ambulanten Versorgung" statt. Ein hochaktuelles Thema, das die außerklinische Intensivversorgung qualitativ verbessern kann. Aber für alle, die in diesem Bereich tätig sind, wird die Digitalisierung auch eine große Herausforderung werden.

Heinrich Recken wird zu Beginn des 90-minütigen Workshops einen einleitenden Überblick zum Stand der Digitalisierung in der pflegerischen Versorgung geben. Er vertritt auf dem MAIK die AAL Akademie. Bekannt ist Herr Recken auch als Leiter des Studienzentrums Essen der Hamburger Fern-Hochschule. Im Anschluss an sein Eingangsstatement werden exemplarisch drei Anwendungen/Forschungsprojekte vorgestellt, für die exzellente Wissenschaftler bereits zugesagt haben:

Prof. Dr. Michael Prilla (TU Clausthal) wird über „Sichere Pflege mit der Datenbrille in der außerklinischen Pflege" informieren.

Alexander Schmidt (HFH Essen) thematisiert die „Spracherkennung und -steuerung in der Pflegedokumentation".

Ingolf Rascher (Management for Health-INT Bochum/Amsterdam) spricht über „Sicheres Informationsmanagement in der Pflegeüberleitung durch digitale Plattformen".

Im Anschluss werden mit den Referenten unter Einbeziehung der Teilnehmenden folgende Fragen diskutiert:

- Was bedeutet die Digitalisierung für die Versorgungsqualität?
- Wie verändern sich die Arbeitsbedingungen in der außerklinischen Pflege?

Moderation und Diskussionsleitung: Heinrich Recken.

Am Infostand der Hamburger Fern-Hochschule in der begleitenden Fachausstellung beim MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress wird die Datenbrille vorgeführt.

WORKSHOPS UND VORTRÄGE ZUM THEMA HYGIENE IN DER AUSSERKLINISCHEN INTENSIVVERSORGUNG

Es gibt beim MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress mehrere Sessions, die sich mit dem Thema „Hygiene" beschäftigen. Denn die Anforderungen an Pflegedienste und die Pflegekräfte werden immer höher. Patrick Ziech, Hygiene-Netzwerkkoordinator, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA) und Sprecher der Sektion „Hygiene" in der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. sowie Guido Rickert, Hygienebeauftragter der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, werden gemeinsam über „Hygiene und Arbeitsschutz vs. Selbstbestimmung" referieren. Danach können im Rahmen einer Hygienesprechstunde Fragen an beide Hygieneexperten gestellt werden.

Über den „Prozess der Hilfsmittelaufbereitung bei einem Medizintechnik Provider" und die „Aufbereitung von Medizinprodukten aus Sicht des Hilfsmittellieferanten" informiert Werner Fulle, Key Account Manager und Produktmanagement bei der WKM Werkstatt für Körperbehinderten-Hilfsmittel, Orthopädie, Reha- und Medizintechnik GmbH und Mitglied des MAIK-Beirats.

Für ihren Vortrag „Tiere und außerklinische Intensivpflege" wird Agnetha Radatz, Leitung Fortbildung / Trachealkanülen-, Wund- und Schmerzmanagement bei der AKB Elke Dodenhoff GmbH, ihre beiden Therapiehunde Goldie und Carra mitbringen. Viele fragen sich, ob Tiere überhaupt etwas in der Intensivpflege zu suchen haben. Ist der Einsatz von Tieren unter hygienischen Gesichtspunkten nicht gefährlich für schwerstkranke Menschen? Dies ist laut Frau Radatz nicht der Fall, wenn vor und während des Einsatzes einige Gesichtspunkte beachtet werden. All dies erfahren die Teilnehmenden in dem Vortrag, der mit vielen Argumenten und noch beeindruckenderen Fallbeispielen untermauert, wie erfolgreich und angenehm für viele Betroffene der Einsatz von Therapiehunden ist.

AKADEMIE HERZKREISLAUF GMBH

Am Samstag, 26. Oktober 2019, gibt es im Forum 8 einen Workshop „Notfallmanagement in der außerklinischen Beatmung". Referent ist Thomas Langer, Geschäftsführer der Akademie HerzKreislauf GmbH in Berlin. Diese führt bundesweit Fort- und Weiterbildungen sowie Tagesseminare und Workshops durch.

Thomas Langer ist Fachdozent im Sozial- und Gesundheitswesen, Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege und Geschäftsführer des Unternehmens.

Die Akademie HerzKreislauf GmbH ist im Bereich der außerklinischen Intensiv- und Beatmungspflege bei Kindern und Erwachsenen spezialisiert. Individuelle und fachgruppenspezifische Angebote sind für die Akademie selbstverständlich. Derzeit führt die Akademie mit 56 Fachdozenten- und Trainern aus der Anästhesie- und Intensivmedizin, Rettungsmedizin, Pädiatrie, Pulmologie, Beatmungsmedizin bis zu 200 Veranstaltungen pro Monat im gesamten Bundesgebiet durch. Ein besonderes Spezialgebiet sind die praxis- und realitätsnahen Notfallworkshops – individuell den Kundenwünschen angepasst.

Seit Januar 2018 ist das Schulungs- und SIMulationszentrum in Berlin eröffnet. Durch das SIMZentrum ermöglicht die Akademie HerzKreislauf GmbH individuelle und praxisnahe Simulationen. Durch die Verbindung der erlernten Theorie mit der realitätsnahen Umsetzung in die Praxis kann Wissen optimal vermittelt werden.

Auch der Einsatz eines realitätsnahen und hochmodernen, mobilen Patientensimulators stellt lebensgetreue Patienten- und Krankheitsbilder dar, an dem realitätsnahe Situationen optimal erlernt, geübt, vertieft und aufgefrischt werden können.

Wer nach dem Workshop auf dem MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress Interesse an Schulungen hat, kann sich gerne mit der Akademie in Verbindung setzen. Herr Langer berücksichtigt gerne individuelle Wünsche und passt Workshops oder Kurse auf das zu behandelnde Patientenklientel an. Gerne sendet Ihnen die Akademie eine Schulungs- und Kursangebotsmappe auf Wunsch zu oder informieren Sie sich auf der Homepage www.ahkl.de.

WENN PFLEGEKRÄFTE ZU RECRUITERN WERDEN.

PFLEGEKRÄFTE VERDIENEN EIN LAUTES SPRACHROHR. IHRE BEGEISTERUNG FÜR IHREN JOB IST FÖRMLICH ANSTECKEND. MIT FIRSTBIRD, DEM DIGITALEN MITARBEITER-WERBEN-MITARBEITER PROGRAMM, EIN LEICHTES.

Firstbird bietet am 25. Oktober 2019, 15.30 – 17.00 Uhr im Forum 14 den Workshop „Firstbird. Das digitale Mitarbeiter-werben-Mitarbeiter Programm“ an.

09. März 2013. Ein Sprung in die Vergangenheit und zugleich ein Sprung in die Zukunft. Klassisches Recruiting fand seinen Weg ins digitale Zeitalter. Firstbird wurde gegründet. “Das Konzept von Mitarbeiterempfehlungen ist bekannt. Oft scheitert es jedoch an der internen Kommunikation oder an der fehlenden Transparenz, damit dieses erfolgreich ist. Mit Firstbird haben wir ein Tool geschaffen, das spielerisch Mitarbeiter motiviert, Vakanzen in ihrem Netzwerk zu teilen. Wo-

firstbird

durch Recruiter profitieren: Die Arbeitgebermarke wird gestärkt, empfohlene Mitarbeiter bleiben bis zu 25% länger im Unternehmen und der administrative Aufwand reduziert sich auf bis zu 50%", berichtet Arnim Wahls, Gründer von Firstbird.

Fachkräftemangel ist omnipräsent. Qualifizierte Mitarbeiter fehlen an allen Enden und in jeder Branche. Doch besonders Pflegeeinrichtungen leiden darunter. Eine Herausforderung, aber kein Hindernis, wie sich am Beispiel der Deutschen Fachpflege Gruppe zeigt. Seit Anfang 2019 teilen Pflegekräfte der Unternehmen unter dem Dach der Deutschen Fachpflege Gruppe offene Stellen via Firstbird in ihren sozialen Netzwerken und sprechen ihre Empfehlung für den Beruf aus. Ihre Botschaft, Lebensqualität in jeder noch so schwierigen Situation zu schaffen, tragen sie auch auf diesem Wege in die Welt. Erste Erfolge belegen: "Unsere Mitarbeiter waren von dem integrierten Ansatz des Mitarbeiter-werben-Mitarbeiter Programms begeistert. Wir erreichten bereits in wenigen Wochen eine Reichweite, die wir mit herkömmlichen Stelleninseraten nie erzielt hatten", berichtet Christoph Jaschke, Regionalleiter Süd-Ost, Marketingmanager & Pressesprecher Deutsche Fachpflege Gruppe, und ergänzt: "Speziell den passiven Arbeitsmarkt konnten wir adressieren. Darüber hinaus freut es uns sehr, unseren Mitarbeitern eine Stimme zu geben und sie im Recruiting-Prozess mit einzubeziehen."

Mehr Empfehlungen. Erfolgreiches Recruiting. Referenten im Workshop sind Manuel Novak, als Referral Expert bei Firstbird der erste Ansprechpartner für Unternehmen, die ihr Recruiting durch Mitarbeiterempfehlungen verbessern möchten, als auch Martin Sulzbacher, Head of Customer Success, der mit seinem Team für die erfolgreiche Einführung und Umsetzung von Firstbird bei allen Kunden verantwortlich ist.

Manuel Novak

Martin Sulzbacher

Mehr unter firstbird.com

WORKSHOP „VERÄNDERUNGEN IM UNTERNEHMEN: FLUCH ODER SEGEN?"

Am Samstag, 26. Oktober 2019, 11.00 – 12.30 Uhr in Forum 12, findet der Workshop „Veränderungen im Unternehmen: Fluch oder Segen?" statt.

„Was bleibt, ist die Veränderung; was sich verändert, bleibt." (Michael Richter) Ohne Veränderungen entwickeln wir uns nicht weiter und treten auf der Stelle, denn Veränderungen gehören zum Leben, sie motivieren und inspirieren uns. Passieren jedoch zu viele Veränderungen im nächsten Umfeld, kann schnell ein Gefühl von „ich fühle mich abgehängt, verliere die Orientierung" entstehen.

Es können auch innere Blockaden, wie „ich mache jetzt nur noch Job nach Vorschrift, Engagement wird hier nicht wertgeschätzt, ich bemühe mich einfach nicht mehr, ..." auftauchen. Die Gerüchteküche brodelt, der „Flurfunk" ist gegenwärtig und schürt zusätzliche Ängste und Unsicherheiten. Viele von uns haben unterschiedliche Erfahrungen mit solchen Situationen gemacht und

jeder von uns geht anders damit um. Veränderungsprozesse sind für den Erfolg eines Unternehmens unvermeidlich. Oftmals wird versäumt, die Mitarbeiter auf diesem Weg abzuholen, sie zu begleiten, ihnen Orientierung zu geben und gemeinsam eine neue Vision und Ziele zu entwickeln. Je mehr dies jedoch gelingt, umso sicherer kann man mit der Unterstützung eines jeden Mitarbeiters rechnen und langfristig ein stabiles Fundament erschaffen und ausbauen.

In diesem Workshop begleiten Sie die Trainer Doris Marx-Ruhland und Andreas Wenzelburger vom Team Marx-Ruhland (TMR). Sie haben die Chance, sich in Theorie und Praxis mit dem Thema „Umgang mit Veränderungen bei sich selbst und in Ihrem Umfeld" und den damit verbundenen unterschiedlichsten Befindlichkeiten und Verhaltensmustern auseinander zu setzen und erhalten erste Impulse für einen souveräneren Umgang damit. Wer TMR bereits kennt, der weiß, dass ohne Erlebnisorientierung und Selbstreflektion kein nachhaltiges Lernen stattfindet und das dürfen Sie in diesem Workshop mit viel Freude und „Aha" Momenten hautnah miterleben.

team marx-ruhland
menschen fördern entwickeln begleiten
schlüsselkompetenz empathie

DIE BESONDERHEITEN DER INDIVIDUELLEN KINDERVERSORGUNG: CHANCEN UND NEUE SICHTWEISEN DURCH DIE ICF – MIT MULTIPROFESSIONELLER ZUSAMMENARBEIT VERSORGUNGSQUALITÄT UND TEILHABE SICHERN

Gerade komplexe Kinder- und Jugendlichenversorgungen, Beatmungsbedarf in Abstimmung mit Orthopädie- und rehatechnischen Hilfsmitteln, erfordern einen ganzheitlichen Blick auf die jungen Patienten und multi-professionelle Zusammenarbeit.

Hier kann die ICF-Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit - als weltweit anerkanntes Werkzeug der Bedarfsermittlung, Dokumentation und Beschreibung sehr wertvoll sein; ihre Implementierung durch die WHO vor fast 20 Jahren hat einen fundamentalen Sichtwechsel eingeläutet. Die ICF ist auf jeden Menschen anwendbar und beschreibt dessen Gesundheitszustand und die damit verbundenen Lebensumstände. Für die Hilfsmittelversorgung werden mit allen Beteiligten alltagsrelevante Ziele vereinbart. Bereits seit 2009 ist eine Bedarfsermittlung unter ICF-Aspekten vorgeschrieben, wird aber leider in der Praxis häufig nicht gelebt. Das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (HHVG) und das Gesetz für schnellere Termine und bessere Versorgung (Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), aktuelle Gesetze, die die Versorgungsqualität, die beim Patienten ankommt, verbessern sollen, nehmen hierauf Bezug.

Der Ansatz der ICF ist indikations-übergreifend, diagnoseunabhängig, ressourcenorientiert und umfasst alle Aspekte menschlicher Gesundheit und gesundheitsrelevanter Komponenten. Ziel ist ein gemäß Sozialgesetzbuch (SGB) und Bundesteilhabegesetz vorgeschriebener Behinderungsausgleich. Die erforderlichen Leistungen – egal welcher Kostenträger – beziehen sich darauf, was die Person mit einer bestimmten Beeinträchtigung benötigt, um möglichst ungehindert und gleichwertig an vielen ihr wichtigen Lebensbereichen teilnehmen und teilhaben zu können.

Der rehaKIND Bedarfsermittlungsbogen - zurzeit in Überarbeitung und Digitalisierung – nahm diese Art der echten „Bedarfserfassung" im interdisziplinären und multiprofessionellen Team bereits vor über zehn Jahren

© RehaKIND

in den Fokus. Inzwischen über 45.000mal gedruckt im Einsatz, werden die Systematik der ICF, kombiniert mit einem anderen Assessment-Bogen, der GmfcS, dazu genutzt, möglichst konkrete individuelle Ziele festzulegen. Bei jeder Verordnung gibt es natürlich medizinisch-therapeutische Notwendigkeiten, aber eben auch höchst persönliche Alltagswünsche, die mit der Hilfsmittelversorgung verbunden werden. Zuhören, das Umfeld – bei jungen Menschen Kita, Schule und Familie – kennen lernen und dann das richtige Hilfsmittel herausfinden, ist die Kunst. Grundlage ist eine gemeinsame Statuserhebung mit Arzt*Ärztin, Therapeut*in, Eltern, Kind und natürlich der*dem Technik-Versorger*in, danach geht es in die Produktgruppen, aus denen Hilfsmittel benötigt werden. Die gemeinsame Expertise an einem Tisch sichert die Berücksichtigung aller Anforderungen, erhöht massiv die Compliance, vermeidet Fehlversorgungen, Nachbesserungen und Unzufriedenheiten bei allen professionell und persönlich Beteiligten und spart damit Kosten in der Zukunft.

Aus der ICF resultiert auch die Beschäftigung mit den „Altersgrenzen" in verschiedenen Kassenverträgen, hier ist die AG Beatmung aktiv mit verschiedenen Kostenträgern im Austausch, um Informationen über die besonderen Leistungen und Notwendigkeiten bei der Kinderversorgung zu erarbeiten, zu verbreiten und auch festzuschreiben. Zum Thema „Einweisung" wurde u.a. unter Teilhabeaspekten ein erweitertes Formular als eine Art Goldstandstandard entwickelt, welches bei allen AG Mitgliedern verwendet wird.

Im direkten Gespräch mit einer betroffenen Familie soll bei dem Workshop auf dem MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress am 26. Oktober 2019 ermittelt werden, wie die Versorgungsrealität ist, was gewünscht wird und wie man auch durch „besseres" Zuhören erfolgreicher und optimaler versorgt.

Das Ziel: Aus Kindern mit Behinderung werden möglichst selbstbewusste und selbstständige Erwachsene!

Christiana Hennemann, Geschäftsführung rehaKIND – Internationale Fördergemeinschaft Kinder- und Jugendrehabilitation e.V., wird diesen Workshop abhalten. © RehaKIND.

PALLIATIVE CARE IN PFLEGEHEIMEN UND -DIENSTEN

WISSEN UND HANDELN FÜR PFLEGENDE

Hrsg. Jochen Becker-Ebel

Die 6. aktualisierte Auflage des praxisorientierten Buches vermittelt einer an aktuellen Themen der Palliativversorgung interessierten Leserschaft sowohl einen Überblick als auch anzuwendende (Be)-Handlungsmöglichkeiten der Palliative Care. Die Inhalte der in unterschiedlichen Fachgebieten agierenden Autoren sind gut verständlich dargestellt und können von Professionellen sowohl in Pflegeheimen als auch außerhalb institutioneller Einrichtungen genutzt und umgesetzt werden. Ein spezieller Fokus gebührt der Pflege hochbetagter Menschen. Das Buch fungiert sozusagen als Ratgeber mit praktischen Handlungsanleitungen, die ein „Gemeinsames Lernen" aller Beteiligten ermöglichen soll.

Entlang dem „Total Pain" Modell von Dame Cicely Saunders, der Begründerin der modernen Hospiz-und Palliativbewegung, wird den verschiedenen Dimensionen des Schmerzes und seiner Therapieoptionen ein großer Raum gegeben. Als erfahrener Schmerzmediziner rollt Hans-Bernd Sittig das gesamte Feld von den Ursachen, Schmerzarten, der Diagnostik bis hin zu therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten auf.
Im zweiten Kapitel werden Skalen zur Schmerzerfassung sowie der richtige Umgang mit Schmerzprotokollen, insbesondere auch bei älteren Bewohnerinnen und Bewohnern, von Meike Schwermann vorgestellt. Ein besonderes Augenmerk verdient das Schmerzassessment für demenziell erkrankte Menschen, die kognitiv nicht in der Lage sind, ihr Befinden selbst zu dokumentieren. Die kontinuierliche Beobachtung der Pflegekräfte spielt hier eine herausragende Rolle.
Im Folgekapitel, dass sich mit der Linderung körperlichen Leids beschäftigt, werden weitere praktische Themen wie palliative Mundpflege, die Symptomlinderung bei Übelkeit und Erbrechen, die Linderung von Atemnot, die Behandlung von Obstipation sowie die palliative Wundversorgung subsumiert. Die Autoren Nina Rödiger und Günter Davids beschreiben die Ursachen und häufig auftretende Probleme, um daran anschließend hilfreiche und in der Praxis erprobte Hilfestellungen für die Pflegenden anzubieten.

Die psychosoziale Dimension der Palliative Care erfährt im vierten Kapitel ihre Würdigung, wobei die Autorin Christine Behrens den Leserinnen und Lesern anhand von Fallbeispielen die Themen Depression und Ängste sowie die Kommunikation mit Erkrankten und ihren Angehörigen nahe bringt. Sie betont dabei die wichtigen Rollen der Angehörigen und Pflegekräfte, die in Form einer guten Kooperation immens wertvoll für die Pflegebedürftigen sein können.
Im Weiteren unterstreicht Behrens die Bedeutung von Ritualen als richtungsweisende Struktur mit oftmals spiritueller Funktion, die eine nicht zu unterschätzende tröstliche Wirkung entfalten können. In diesem Zusammenhang geht sie auch auf die unterschiedlichen Phasen der Trauer und den daraus resultierenden individuellen Reaktionen ein.

Ein weiteres Thema ist die Kommunikation im Team und mit Ehrenamtlichen. Netzwerkarbeit benötigt die entsprechenden Ressourcen, die von Trägern der Einrichtungen zur Verfügung gestellt werden müssen. Dazu gehören regelmäßige Teambesprechungen zur Reflexion der Arbeitsprozesse. Behrens stellt hier ein bekanntes 4 - Phasen Modell von Francis & Young vor, das sich mit Teamdynamiken beschäftigt.

Im siebten Kapitel schildert Jochen Becker-Ebel ethische Fragestellungen, insbesondere zu rechtlich relevanten Entscheidungsfindungen wie beispielsweise die Therapiezieländerung am Lebensende. Der hierfür ausschlaggebende Patientenwille, sofern er ermittelbar ist, wird in einem vom Autor verfassten Flussdiagramm dargestellt. Da das Kapitel sehr wichtig, aber nur kurz in seinen Ausführungen ist, wär die Angabe weiterführender Literatur von Bedeutung, zumal es nach dem Hospiz-und Palliativgesetz von 2015 das Konzept „Behandlung im Voraus planen" zur vorausschauenden Behandlungsplanung gibt. Im letzten Kapitel des Buches reflektiert Kristin Suren-

dorff-Belder die Grundhaltung der Hospizidee und führt mehrere Zitate von Cicely Saunders an, aus denen ersichtlich wird, dass das „Total Pain" Konzept die physischen, emotionalen, sozialen und spirituellen Komponenten an allen Orten, wo Menschen schwer krank oder sterbend sind, zusammenführt. Sie mahnt an, dass das ureigene Ziel der Palliative Care die Fürsorge ist, die nicht der Zentrierung nur einer Versorgungsstruktur zum Opfer fallen darf.

Das praxisnahe Buch ist empfehlenswert für beruflich Pflegende, die Literatur dürfte allerdings in der nächsten Ausgabe aktualisiert werden.

Christine Scheve
Referentin Palliative Care
Interdisziplinäres Palliativzentrum
Ev. Krankenhaus Oldenburg

EIN ANTIBIOTIKA-PASS FÜR KINDER UND ERWACHSENE

Für eine Projektarbeit im Rahmen ihrer Weiterbildung zum Fachapotheker für Allgemeinpharmazie entwickelte das Team der Margareten-Apotheke in Münster einen Antibiotika-Pass. Diesen erhalten dort Patient*innen, wenn sie ein Antibiotika-Rezept einlösen. Er soll helfen, den Überblick über verschriebene Antibiotika zu behalten. Hintergrund ist, dass viele Patienten von unterschiedlichen Fachärzten Antibiotika erhalten, die wiederum häufig keine Kenntnis über die Verschreibungen ihrer Kollegen haben. Der fehlende Durch- und Überblick bei der Antibiose begünstigt Resistenzen und beeinträchtigt damit langfristig die Wirksamkeit der antimikrobiellen Wirkstoffe. Und wo laufen die Fäden, wenn überhaupt, zusammen? Natürlich in der Stammapotheke.

Der Antibiotikapass fußt auf einer Projektarbeit im Rahmen der Weiterbildung der Apothekerinnen Jessica Flühe und Anna Fischer zum Fachapotheker für Allgemeinpharmazie. Er ähnelt einem Röntgenpass. Er enthält eine Tabelle, in die der Apotheker gemeinsam mit dem Patienten die Antibiotikaverschreibungen mit Datum eintragen kann. Außerdem werden Hinweise zum Einnahmezeitpunkt, zur Dauer der Behandlung sowie zu den weiteren Modalitäten, wie vor oder nach einer Mahlzeit, Interaktionen mit Nahrungsmitteln oder Phototoxizität, aufgenommen. Auch der verschreibende Arzt und die Indikation werden vermerkt.

„Antibiotikaresistenzen sind insgesamt ein großes Thema. Wir wollten dazu beitragen, dass diese lebenswichtigen Substanzen ihre Wirksamkeit behalten. Mit dem Pass wollen wir Patienten dabei helfen, die Antibiotika richtig einzunehmen und den Überblick über die Verschreibungen zu bewahren", erklärte Apothekerin Jessica Flühe. Seit Mitte Juli können nun alle von der Idee der Margareten-Apotheke profitieren.

Der Pass ist in 50er Einheiten (à 9,80 Euro / 20 Cent pro Stück) über den Shop des Deutschen Apotheker Verlags unter bestellt werden. Es gibt ihn in zwei Versionen – einmal für Kinder bis zwölf Jahre (PZN 15994621) und einmal für Jugendliche und Erwachsene (PZN 15994638). Die beiden Ausführungen unterscheiden sich in ihren zielgruppenspezifischen Einnahmehinweisen. In der „Kinderversion" wird beispielsweise erläutert, wie die Eltern einen Trockensaft aufschütteln sollen. Bei der Erwachsenenversion wird unter anderem auf mögliche Wechselwirkungen zu Kontrazeptiva eingegangen.

Antibiotika-Pass für Kinder (0 - 12 Jahre)
Antibiotika-Pass für Jugendliche und Erwachsene
Deutscher Apotheker Verlag 2019
2 S., 7,5 x 9,7 cm cm
www.deutscher-apotheker-verlag.de

PFLEGEN. 1000 FRAGEN. 1000 ANTWORTEN

Hast Du Fragen in der Pflege? Und Du weißt es nicht genau? Dann schnapp Dir das Buch „Pflegen" mit 1000 Fragen und ebenso vielen Antworten und mach Dich damit schlau! Der Titel dieses Buches trifft es auf den Punkt. Denn im Laufe der Ausbildung und auch im späteren Berufsleben tauchen in den Pflegeberufen sehr viele Fragen auf; sei es um sich für eine Zwischenprüfung oder für das Abschlussexamen vorzubereiten, oder einfach, um seinen Horizont zu erweitern. In diesem Buch werden Fragen beantwortet, die immer wieder auftauchen, und sie werden in kurzen prägnanten Sätzen beantwortet. Dazu gibt es viele zusätzliche Information. Die Themen des vorliegenden Buchs sind vielfältig. Es geht u.a. um Rechtswissenschaft, die Rahmenbedingungen der Ausbildung im Pflegeberuf, das Berufsbild Pflege, Pflegeplanung und Theorien sowie Pflegetechniken – alles schon mit Blick auf die generalistische Ausbildung. Weiterhin gibt es Fragen und Antworten zu Anatomie und Physiologie, Krankheitslehre und -pflege, Verhalten in Notfallsituationen und die Pflege psychiatrischer Patient*innen. Spannend ist auch das Abfragen von Krankheitsbildern für die Examensprüfung.

Das Buch ist an das Lehrbuch „Pflegen", das ebenso im Elsevier Verlag erschienen ist, angelehnt. In Aufbau und Einteilung können die Themen gezielt bearbeitet und später mit den Fragen geübt und abgerufen werden. Mit 436 Seiten das vorliegende Werk sehr handlich. Die jeweiligen Erklärungen sind farblich hervorgehoben: Grün steht für „Merkkästchen", Blau für „Information, kleine Tricks und Drehs" und Rot für „Vorsicht, hier droht Gefahr". Viele Grafiken und Fotos, die treffende Beispiele zeigen, unterstützen das Einprägen und Vertiefen des zu bearbeitenden Themas. Eine Liste mit Abkürzungen und ein sehr ausführliches Register runden das Buch am und erleichtern die Suche nach dem Thema, dem man sich gerade widmen möchte.

Mein Fazit: Das Buch ist für jeden empfehlenswert, der in der Pflege arbeitet und nach kurzen, prägnanten und dennoch präzisen Informationen sucht. In den Antworten wird bewusst auf ausführliche Erklärungen oder Begründungen verzichtet und es findet keine Visualisierung von Zusammenhängen statt, weil diese können im Lehrbuch nachgearbeitet werden sollen. So kann sich der Leser die Antworten noch besser einprägen. Weil sich das Buch sich an das große Lehrbuch „Pflegen" anlehnt, wird natürlich vorausgesetzt, dass dem Leser dieses Werk vorliegt. Für Prüfungen, Klausuren oder das Abschlussexamen ist das Studium beider Werke eine sehr gute Strategie, zum Lernen und sein Wissen zu vertiefen. Sehr hilfreich dabei ist das bereits erwähnte, sehr gut durchdachte Farbsystem mit seinen farblich markierten Kästchen.

Maren Heilig ist Gesundheits- und Krankenpflegerin, Praxisanleiterin, Pflegewissenschaftlerin (B.Sc.) und Lehrerin für Pflege und Gesundheit (M.A.). Katharina Everts ist ebenfalls Gesundheits- und Krankenpflegerin, Praxisanleiterin, Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivpflege, Pflegewissenschaftlerin (B.Sc.) und Lehrerin für Pflege und Gesundheit (M.A.).

Angelika Rathgeber, Lehrerin

ZUM BUCH

Maren Heilig und Katharina Everts
Pflegen. 1000 Fragen. 1000 Antworten
Für Ausbildung und Prüfung
1. Auflage 2019, Elsevier Verlag München

Veranstaltungen des dysphagie netzwerks südwest.e.V.

Basiskurs zum Erwerb des FEES-Zertifikats lt. DGN/DSG-Curriculum
5. FEES-Fortbildungsseminar ist geeignet für Fachpersonen aus Medizin und Logopädie mit Grundkenntnissen über Diagnostik und Therapie der Dysphagie. Die Teilnehmenden werden mit der fiberendoskopischen Untersuchung von Schluckstörungen vertraut gemacht. Dabei wird gemäß Curriculum ein Schwerpunkt auf dem praktischen Umgang mit dem Fiberendoskop liegen. In Kleingruppen können am Phantom bzw. untereinander Erfahrungen mit der transnasalen Endoskopie gesammelt und anhand von Videobeispielen die Bewertung pathologischer Befunde erlernt werden. Der Basiskurs findet vom 1. - 3. 11.2019 im Schwarzwald-Baar-Klinikum, Baden-Württemberg-Saal, Klinikstr. 11, 78052 Villingen-Schwenningen, statt. Anmeldung bis 25.10.2019 per Fax 07721 9392209 oder E-mail an: kontakt@dysphagienetzwerk.de

10. Fortbildungsseminar „Geblockte Kanüle wegen Aspiration. Muss das noch sein? Teilhabe orientierte Alternativen beim Umgang mit Trachealkanülen".
Der Workshop vermittelt Angehörigen aus Pflegeberufen, Ärzten und Therapeuten Basiswissen über den sicheren und verantwortungsvollen Umgang mit Trachealkanülen (inkl. Erkennen, Beurteilen und Handeln im Notfall). Die kurative Herangehensweise ist Voraussetzung für den Teilhabe orientierten Umgang mit Trachealkanülen. Es werden verschiedene Kanülen und deren Einsatzmöglichkeiten sowie Techniken zur schonenden Kanülen-Fixierung und Stoma-Abdichtung erklärt. Ebenso wird der effiziente Umgang mit dem Trachealsekret und dessen Beseitigung (Reinigungsstrategien) vermittelt. Hierbei wird das spezifische Vorgehen, das sich vom üblichen, der Tradition verpflichteten Vorgehen unterscheidet, durch die Demonstration der physikalischen Grundlagen des Absaugvorgangs untermauert. Die Umsetzung einzelner Maßnahmen um die Auswahl der geeigneten Kanüle herum, wie z.B. Reduktion der Speichelproduktion, Atemluftanfeuchtung und Inhalation sind Voraussetzung, um Sprechen und orale Kost auch bei schwerem Handicap verantwortungsvoll umsetzen zu können.

Das Seminar findet am 7. 12.19 im Haus der Begegnung, Meinradstraße 14, 78479 Reichenau/Bodensee, statt. Anmeldung bis 30.11.2019 per Fax 07721 9392209 oder E-mail an: kontakt@dysphagienetzwerk.de

Mehr unter www.dysphagie-netzwerk-suedwest.de

kinderinsel
Intensivstation mit Wohncharakter
für dauerbeatmete Kinder
und Jugendliche

Auf unserer **Intensivstation mit Wohncharakter** an der DRK-Kinderklinik Siegen behandelt und versorgt unser Team aus Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und Pädagogen sowie Hauswirtschaftskräften **langzeitbeatmete Säuglinge, Kinder und Jugendliche**, die bundesweit direkt von Intensivstationen anderer Kliniken oder auch von zu Hause zu uns kommen.

- **Wohnliches Umfeld** mit zentraler Alarmüberwachung und aktueller Medizintechnik
- **individuell gestaltete Bewohnerzimmer**
- **Elternbereich** mit Übernachtungsmöglichkeit
- **Spielzimmer** und **Snoezelen-Bereich**
- Atrium und behindertengerechter **Spielplatz**
- **Akute Krankheitsphasen** können in vertrauter Umgebung überwunden werden
- Vertrauen und Sicherheit durch bewährte **Rituale und Strukturen**
- **Pflegeüberleitung / Übergangspflege**

Wenn auch Sie möchten, dass Ihr beatmetes Kind bestens versorgt aufwächst, sprechen Sie uns an.

0271/2345-389
kinderinsel@drk-kinderklinik.de
www.drk-kinderklinik.de
www.kinderinsel-siegen.de

ELIF SUCHT DICH

ELIF SUCHT EINE LIEBEVOLLE GESUNDHEITS- / KINDERKRANKENPFLEGERIN ODER KRANKEN- / ALTEN- / HEILERZIEHUNGSPFLEGERIN (w) in Voll-/Teilzeit oder auf Minijob-Basis in und um München für die Begleitung in die Schule und zur Versorgung zu Hause in der Nacht. Vorkenntnisse im Bereich der Intensiv- oder Beatmungspflege wären wünschenswert. Falls Du keine hast, finanzieren wir Dir gerne die Weiterbildung.

Das erwartet Dich: Festanstellung, sehr gute Bezahlung, 30 Tage Jahresurlaub, Nacht-, Sonn- und Feiertagszuschlag (auch bei Krankheit und Urlaub) und Finanzierung einer Weiterbildung pro Jahr.

Pinar Bastürk | bastuerkpinar6060@gmail.com

elifsubasturk ElifSu Bastürk

Oktober 2019

8.10.2019 in Regensburg
12. Regensburger Intensivpflegetag
SEPSIS - wie kann das „pathobiologische Chaos“ in den Blutbahnen und Organen gestoppt werden?
Universitätsklinikum Regensburg
Informationen und Anmeldung: Thomas Bonkowski / Thomas Wiesbeck
Telefon 0941 944-4333 od. -4478
Mail: Thomas.Bonkowski@ukr.de

10.-12.10.2019 in Berlin
XPOMET© Convention im Bereich Innovation und Hightech in der Medizin
xpomet.com/de/homepage

11. - 12. Oktober 2019 in Nürnberg
36. InterPneu
interpneu-nuernberg.de

11. – 12.10.2019 in Alttötting
2. Altöttinger SPEKTRUM der klinischen Pneumologie
spektrumpneumologie-aoe.de

12.-13.10.2019 in Hamburg
11. Jahrestagung der Atmungstherapeuten (DGP) atmungstherapeuten@intercongress.de
jt-atmungstherapeuten-dgp.de

18.-19.10.2019 in Ulm-Seeligweiler
15. Tagung Außerklinische Beatmung Kinder und Kleinkinder
Kontakt: Monika.Berlinghof@rku.de
rku.de

25.-26. 10.2019 in München
12. MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress
maik-online.org

November 2019

06.-07.11.2019 in Nürnberg
21. ConSozial
consozial.de

07.-08.11.2019 in Berlin
Berliner Pflegekonferenz – Aus der Praxis für die Praxis
berliner-pflegekonferenz.de

12.11.2019 in Halle
Halle-Intensiv - Außerklinischer Intensivpflegetag
halle-intensiv.de

16.11.2019 in Oldenburg
Symposium “Neurologische Beatmungsfrührehabilitation”
evangelischeskrankenhaus.de

20. - 21.11.2019 in Berlin
KAI 2019 - Der Intensivpflegekongress für Pflegekräfte
kai-kongress.de/

20.11.2019 in Berlin
6. Entscheiderkonferenz Außerklinische Intensivpflege
vincentz-akademie.de/Ambulantes-Management/6.-Entscheiderkonferenz-Ausserklinische-Intensivpflege

21.-23.11.2019 in Würzburg
21. Deutsche Mukoviszidose-Tagung
muko.info/dmt

November 2019

26.11.2019 in Berlin
Bitkom Digital Health Conference 2019 - Update for our Healthcare System
dbb forum berlin, Friedrichstraße 169, 10117 Berlin
health-conference.de

28.11.2019 in Köln
iwc Interdisziplinärer WundCongress 2019
Die neue Dimension der Wundversorgung
wundcongress.de

29.11.2019 in Berlin
4. Aktivcamp Pflege
team-scharfenberg-online.de/aktivcamppflege/

Vorschau 2020

24. und 25. Januar 2020 in Berlin
Kongress Pflege 2020
gesundheitskongresse.de/berlin/2019

27.01.2020 in Bonn
4. CareCampBonn – Der etwas andere Intensivpflegeworkshop
carecampbonn.de

20. - 22.02.2020 in Garmisch-Partenkirchen
7. Kindernotfalltage
Der Seminarkongress für Ärzte, Pflegepersonal und Rettungsdienste
kindernotfalltage.de

GD - Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

Herausgeber
DEUTSCHE FACHPFLEGE GRUPPE
Bavariaring 16 | 80336 München
Vertreten durch: André Eydt, Dr. Othmar Belker
Telefon: 089 217 688 92
Telefax: 089 599 18 96 25
www.deutschefachpflege.de
info@deutschefachpflege.de
www.gepflegt-durchatmen.de
gd@deutschefachpflege.de

Impressum: Elke Dodenhoff, Monica Esteve-Ros, Maria-Cristina Hallwachs, Sören Hammermüller, Christiana Hennemann, Christine Keller, Robert Klein, Dr. Kei W. Müller, Dr. Karl-Heinz Pantke, Agnetha Radatz, Angelika Rathgeber, Marcel Renz, Guido Rickert, Sabine Roch, Christine Scheve, Lisa Steffen | unternehmen-integrieren-fluechtlinge.de, ebenbild.com, team-scharfenberg.de, dysphagie-netzwerk-suedwest.de, www.fdst.de, wundkongress.de, www.kinderhospiz-muenchen.de, drk-kinderklinik.de, intensivleben-kassel.de, aps-ev.de, ahkl.de, firstbird.com
Das Titelfoto zeigt: Sabine Heberer, Geschäftsführerin der PGS Bayern GmbH in Traunstein.
https://www.deutschefachpflege.de/einrichtungen/pgs-bayern-gmbh/
Foto: Hamish John Appleby, Photographer MFA, www.hamishjohnappleby.com

Redaktionsleitung: Dr. Maria Panzer
Stellvertretende Redaktionsleitung: Dr. Lena Panzer-Selz
Anzeigenleitung: Christoph Jaschke
Grafik und Layout: Christina Gordia Büsch
Druck: HOLZMANN DRUCK GmbH & Co. KG
Derzeit gilt die Anzeigenpreisliste vom 1. Januar 2019
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.

GD

Bitte nehmen Sie mich in den Verteiler für ein kostenloses Abonnement der Fachzeitung GD 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:

DEUTSCHE FACHPFLEGE GRUPPE
Bavariaring 16
80336 München
Telefax: 089 599 18 96 25

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.

ACAPELLA® CHOICE.
BEWÄHRT. EFFEKTIV. EINFACH.

Sekretmanagement kann schwierig sein... acapella® Choice hilft

Bei Symptomen von COPD, erhöhter Sputum-Produktion, Atemwegsinfektionen und Kurzatmigkeit...

Sekretmobilisation ist essentiell um die Bronchialtoilette zu unterstützen, Infektionen vorzubeugen und die Atmung zu erleichtern.

Smiths Medical hat es sich seit langer Zeit zur Aufgabe gemacht, effektive Hilfsmittel zur PEP (Positiv Expiratory Pressure) Therapie herzustellen und damit die Lebensqualität von Patienten mit Lungenerkrankungen zu verbessern. Das acapella® Choice kombiniert die Vorteile einer PEP-Therapie mit einer oszillierenden Vibration des Bronchialsystems, sowie mit der Möglichkeit das System mit einem Vernebler zu kombinieren, um die Therapie noch mehr zu optimieren. Es bietet dem Anwender die Unabhängigkeit und Flexibilität die Therapie im Krankenhaus anzuwenden und im häuslichen Umfeld fortzuführen.

acapella® Choice

Hilfsmittelnummer: 1424080006
PZN / Stück: 12387665
VE=10, einzeln unterverpackt

smiths medical
portex®

Besuchen Sie www.smiths-medical.com/de oder rufen Sie +49 (0)89 242959 370 an um mehr über acapella® Choice zu erfahren

Portex and the Smiths Medical design mark are trademarks of Smiths Medical. ©2018 Smiths Medical. All rights reserved.

NEU!
prisma VENT-Serie mit PDMS-Anbindung.

prisma VENT-Serie
mit PDMS-Anbindung.

Löwenstein Medical
Arzbacher Straße 80
D-56130 Bad Ems
Internet: hul.de

LÖWENSTEIN medical

HOSPITAL HOMECARE DIAGNOSTICS