GEPFLEGT
DURCHATMEN

Nummer 31 ■ Januar 2016

FACHZEITUNG

für außerklinische Intensivversorgung

Zitat: Jack Kornfield

Editorial

In diesem Heft halten wir Rückschau auf den 8. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress am 30. und 31. Oktober 2015. Die Impulse, die in den Vorträgen und Gesprächsrunden gegeben wurden, werden wir aufgreifen und über den Fortgang an dieser Stelle berichten. Während diese Ausgabe entstand, wurden am 13. November 2015 in Paris Terroranschläge verübt. Wir sind noch immer schockiert, entsetzt und in tiefer Trauer. Unser Titelfoto zeigt Blumen und Kerzen vor der Französischen Botschaft in Berlin. Damit wollen auch wir unser Mitgefühl mit den Opfern und deren Angehörigen zum Ausdruck bringen. Doch wir fühlen auch mit den Opfern des Terrors weltweit, sei es in Ankara, Beirut, Syrien oder im Irak. Viele Menschen sind inzwischen nach Europa zu uns geflohen. Es ist beschämend, dass Fremdenfeindlichkeit und rechtsradikale Hetze zunehmen. Dabei ist die Zuwanderung, insbesondere von jungen Menschen, eine große Chance für unser Land. Das bestätigten erst wieder im Oktober angesehene Ökonomen und Wirtschaftsweise. Wichtiger jedoch ist, dass wir uns vergegenwärtigen, was der XIV. Dalai Lama einmal sinngemäß sagte: Das Leben aller Lebewesen ist kostbar, und alle haben dasselbe Recht, glücklich zu sein. Dazu gehören auch außerklinisch beatmete Kinder und Erwachsene. Es gibt so viele Menschen, die sich unermüdlich dafür einsetzen, dass sie trotz vieler gesundheitlicher Einschränkungen Lebensqualität und auch Glück erfahren. Deshalb gilt unser ganz besonderer Dank unseren Pflegekräfte, die Tag für Tag großartige Arbeit leisten. Wir wünschen ein gutes Jahr 2016!

Ihre GD-Redaktion!

Ethisches Bewusstsein ist unser Kapital

Am 30. Oktober 2015 eröffnete Kongresspräsident Jörg Brambring den 8. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress. In seiner Rede nahm er auch Stellung zu Berichten über mangelhafte Pflege in einer Wohngemeinschaft für außerklinisch beatmete Menschen. Solange der Gesetzgeber tatenlos zusieht und der gesellschaftliche Druck ausbleibt, müssen das ethische Bewusstsein und die Sensibilität für Verstöße gegen die Menschenwürde gestärkt werden. Hier ein Redeauszug.

„**Herzlich willkommen in München!** Die Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen entwickelt sich derzeit mehr und mehr zu einem Wachstumsmarkt. Dies kann man nicht nur an Publikationen festmachen, die zeigen, wie man am geschicktesten in den Markt 'einsteigt', sondern auch an dem Run auf Kongresse wie den MAIK. Noch nie waren die Tickets schon Wochen vorher ausverkauft. Einesteils freut uns das! Andererseits wächst bei uns die Sorge, dass die Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen, die im Hochpreissegmet liegt, eine 'Goldgräberstimmung' erzeugt. Längst hat sich herum gesprochen, dass es mehr oder minder keine besonderen gesetzgeberischen Hürden für das Geschäftsmodell 'Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen' gibt. Dies weckt Begehrlichkeiten! Welche Folgen das haben kann, zeigt ein aktuelles Beispiel aus dem Landkreis Bad Kissingen. Unter der Schlagzeile „Schwere Vorwürfe gegen eine Intensivpflege-WG“ berichtet am 7. Oktober 2015 die MAINPOST, dass 'Angehörige verschiedener Patienten sowie Pflegekräfte einer Wohngemeinschaft für Intensivpflege bei der Polizei Anzeige erstattet' haben. Zitat: 'Sie erheben schwere Vorwürfe gegen die Geschäftsführung der Pflegeeinrichtung; die Staatsanwaltschaft Schweinfurt hat nun Ermittlungen wegen unterlassener Hilfeleistung und Misshandlung von Schutzbedürftigen eingeleitet.' Ich erspare mir jetzt Einzelheiten über den menschenverachtenden Umgang und die kriminellen Machenschaften in diesem Fall, der nur einmal wieder zeigt, dass die Qualität das oberste Gebot unserer Dienstleistung sein muss. Und dies spiegelt sich auch in den Vorträgen, Diskussionsrunden und Workshops des diesjährigen MAIK wider.
Qualitätsstandards und qualifiziertes Personal sind die wichtigste Grundlage für die Eröffnung und den Betrieb eines Intensivpflegedienstes. Erst dann sollte die betriebswirtschaftliche Überlegung erfolgen, wie diese Qualität überhaupt finanziert werden kann. Und weil wir uns jedes Jahr hier über die sogenannten 'Schwarzen Schafe' in der Branche ereifern und uns fremdschämen über Meldungen von miserabler Pflege, dürfen wir nicht tatenlos bleiben. Dies beginnt damit, dass wir die Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. unterstützen müssen. Diese betreibt nicht nur Forschung, sondern sie nimmt Einfluss auf die Politik, damit die medizinische und pflegerische Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen endlich einen gesetzlichen Rahmen erhält. Und die DIGAB setzt sich seit Jahren dafür ein, dass die Qualifizierung der Pflegenden in die richtigen Bahnen gelenkt wird. An dieser Stelle herzlichen Dank an unsere Fachgesellschaft, die mit kompetenten Referentinnen und Referenten hier wieder einen wichtigen Beitrag leistet.
In diesem Zusammenhang möchte ich aber auch auf die Landeshauptstadt München hinweisen. Seit 2006 wurde die Versorgung ausserklinisch beatmeter Menschen mehrfach im Stadtrat diskutiert und es wurden entsprechende Beschlüsse gefasst, sich der Thematik in München anzunehmen. Das Referat für Umwelt und Gesundheit der Landeshauptstadt ist mit seinen Forderungen nach landes- und bundesweit geltenden Qualitätsstandards für die Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen ganz auf unserer Linie. Würden Sie sich in ein Auto setzen, das ein Fahrer steuert, der keinen Führerschein gemacht hat? Sollte die Flugbegleiterin den Piloten ersetzen, weil dieser plötzlich erkrankt ist? Nein, natürlich nicht! Aber unsere Gesellschaft sieht dabei zu, wie außerklinisch beatmete Menschen irgendwelchen sog. Pflegediensten ausgeliefert werden, die keinerlei Zertifizierung durchlaufen haben und die betrügen können, dass sich die Balken biegen.
Die frohe Botschaft aber lautet, und das möchte ich ausdrücklich betonen, dass die überwiegende Mehrheit der Pflegedienste, die außerklinisch beatmete Menschen versorgt, auch ohne gesetzliche Vorgaben tadellos arbeitet. Und warum? Weil sich diese Unternehmer/innen und die Pflegekräfte einem Berufsethos verpflichtet fühlen. Weil sie die Menschenwürde achten und weil es ihnen ein Herzensanliegen ist, die ihnen anvertrauten Menschen bis in die letzten Stunden des Lebens kompetent und empathisch zu begleiten. Solange der Gesetzgeber nichts tut, weil der gesellschaftliche Druck ausbleibt, müssen wir in der Gesellschaft und in unserer Branche dieses ethische Bewusstsein und diese Sensibilität für Verstöße gegen die Menschenwürde stärken. Das ist unser 'Kapital'! Und gerade jetzt zeigt sich, wie groß dieses 'Kapital' in unserer Gesellschaft doch ist, angesichts der enormen Hilfsbereitschaft in der Bevölkerung gegenüber den vielen Menschen aus Krisenregionen, die bei uns Zuflucht suchen.

Diese Menschen sind Ausgestoßene aus Diktaturen und Regimen, denen Menschenwürde nichts bedeutet. Und doch: Auch in Demokratien, sogar in solchen, die sich einer sozialen Marktwirtschaft rühmen, gibt es Ausgestossene. Wären sonst die Forderungen nach der Teilhabe von Menschen mit Behinderung und nach Inklusion überhaupt notwendig? Keiner kann dies besser beantworten als der Mediziner und Sozialpsychiater, Herr Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner. **Ich freue mich sehr, Herr Prof. Dr. Dr. Dörner, dass Sie uns heute Ihren Impuls geben.”**

MAIK
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

8. MAIK

Plädoyer für menschengemäße Hilfe

Das Impulsreferat von Prof. Dr. med. Dr. phil. Klaus Dörner hinterließ einen starken Eindruck. Immer wieder nahmen Referenten im Verlauf des Kongresses Bezug zu dem Vortrag des bekannten Sozialpsychiaters und Buchautors über Medizin, Pflege und bürgerschaftliches Engagement. Obwohl aus einem ganz anderen Bereich kommend, waren er und die Bayerische Landtagsabgeordnete und Generalsekretärin der BayernSPD, Natascha Kohnen MdL, in ihrem Plädoyer für menschengemäße Hilfe gar nicht soweit auseinander.

Der MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress sei für ihn, so **Prof. Dr. Dr. Dörner**, eine ihm „völlig fremde Subkultur des Hilfesystems“. Er habe sich nur deshalb getraut, die Einladung zum MAIK anzunehmen, weil er der Überzeugung sei, dass er aus seinem Fachbereich der Psychiatrie einige Entwicklungslinien beizusteuern könne, die möglicherweise auch für die außerklinische Intensivversorgung hilfreich sein könnten. Damit hatte der Sozialpsychiater nicht zu viel versprochen. Er zeigte spannende historische Entwicklungslinien auf und flocht immer wieder eigene Erfahrungen ein.

Im Jahr 1972 seien in Hamburg die ersten Gruppen für die Angehörigen von Patienten (in diesem Fall von psychisch kranken Menschen), entstanden. Diese Art von Selbsthilfegruppen habe es damals in Deutschland noch nicht gegeben. Das habe dazu geführt, „dass man heute nicht mehr sagen kann, der Patient steht im Mittelpunkt.“ Heute müsse man sagen, dass sowohl die Patienten als auch ihre Angehörigen im Mittelpunkt stünden. Die Angehörigen der betroffenen Patienten - egal ob beatmete Patienten, psychisch kranke Patienten oder geistig Behinderte - „leiden wie die Patienten selber, und manchmal noch mehr.“ Aus dieser Erkenntnis heraus sei die Bewegung des Trialogs entstanden. Sie besagt, dass immer mindestens drei Gruppen eine Rolle spielen: der Betroffene selbst, die professionellen Helfer und die Angehörigen, Freunde, Nachbarn oder engagierte Bürger. Letztere bildeten eine Bewegung, die seit ungefähr 1980 ständig zunehme. Seitdem seien zwei Gruppen aktiv: die professionellen Begleiter mit ihrer ärztlichen, pflegerischen, psychologischen, ergotherapeutischen, sozialarbeiterischen etc. Fachkompetenz, die aber nichts nützen würde, gäbe es nicht auf der anderen Seite auch Menschen ohne jegliche Fachkompetenz, die aber Zeit hätten, die Menschen zu begleiten. Nur so könne sich die Fachkompetenz überhaupt entfalten. Dieses Doppelsystem aus Fachleuten, Profis und bürgerschaftlich engagierten Nachbarn würde unser heutiges Hilfesystem bereichern und damit auch zukunftsfähig machen. Auch die Hospizbewegung habe als Bürgerbewegung begonnen, und es habe ungefähr 20 Jahre gedauert, bis sich auf sie die Palliativbewegung der Profis draufgesattelt habe. Inzwischen gebe es die Kombination aus Hospiz- und Palliativbewegung. Es sei für ihn ein unglaubliches Geschenk, dies noch erleben zu dürfen, weil sich jahrhundertelang das Profisystem für die Begleitung sterbender Menschen nicht zuständig gefühlt habe.

Bei vielen Tagungen, wie auch dem MAIK, gehe es immer um das Ethische. „Mir eigentlich auch“, sagte Dörner. Aber der Begriff Ethik sei inzwischen inflationär. Ihm, so Dörner, sei irgendwann aufgegangen, dass man nicht nur von Ethik sprechen könne, sondern dass es darum gehe, menschengemäß zu handeln, also so, „wie das für den Menschen am bekömmlichsten ist!“ Dörner verwies in diesem Zusammenhang auf das Buch “Philosophische Anthropologie in pragmatischer Absicht“ des Philosophen Immanuel Kant, der darin die Anthropologie, also die Lehre vom Menschen, philosophisch betrachtet. Von der Anthropologie sei die Ethik nur ein kleiner Teilbereich.

Der Redner betonte, wie glücklich er sei, dass er beim MAIK eine Bewegung der außerstationären Intensivtherapie erlebe, die das verwirkliche, wofür er sein Leben lang gekämpft habe: „dass Mediziner und Pflegende nebeneinander tätig werden, dass sich Pflegende und Ärzte im Nebeneinander optimal ergänzen, sich beide gegenseitig brauchen und auf derselben Ebene tätig werden. „Ich finde es schön, hier in einer Bewegung zu sein, wo dies im Alltag längst verwirklicht wird. Dafür meinen herzlichen Dank!“

Nach der Rede von **Klaus Dörner** begrüßte Kongresspräsident **Christoph Jaschke** die Landtagsabgeordnete und Generalsekretärin der BayernSPD, **Natascha Kohnen** MdL. Sie hätte, wie sie in ihrem Kurzreferat erklärte, bis vor Kurzem noch wenig von der Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen gewusst. Erst Herr Jaschke habe sie in einem Gespräch davon überzeugt, wie wichtig es sei, sich für schwerstkranke Menschen einzusetzen, die vielfach selbst nicht für sich sprechen können und keine Stimme haben. Hier wie bei dem Umgang mit den vielen Menschen, die aus Krisenregionen zu uns fliehen, gehe es um die Würde des Menschen. Deutschland befände sich gerade auf einem Scheideweg, und deshalb gelte es, das Grundrecht auf Asyl zu stärken. Keinen Meter Boden den Rechtsextremen und der Hetze von AfD, Pegida und Co.. In dem kurz vor dem MAIK verabschiedeten Leitantrag der BayernSPD heißt es u.a.: „Wir werden überall, wo Flüchtlinge und AsylbewerberInnen in Deutschland angegriffen oder sogar Leib und Leben bedroht werden, solidarisch zu den Flüchtlingen und AsylbewerberInnen stehen.“ Während die Landtagsabgeordnete sprach, wurde – als Signal an alle Teilnehmer – auf einer großen Leinwand im Hintergrund das Foto der beiden Kongresspräsidenten mit der Überschrift „Wir sagen: Nazis raus! Refugees welcome!“ gezeigt. Natascha Kohnen sagte zu, sich für die Verbesserung der Lebensqualität von außerklinisch beatmeten Menschen und eine gesetzliche Regelung ihrer Versorgung einzusetzen.

Segensreiche Beatmungssprechstunde für beatmete Kinder und Jugendliche

Der diesjährige MAIK Award ging an Herrn Dr. Kurt Wollinsky aus Ulm. Kongresspräsident Christoph Jaschke würdigte in seiner Laudatio die Verdienste des engagierten Arztes, der sich ganz besonders um die Versorgung außerklinisch beatmeter Kinder und Jugendlicher verdient macht. Um die Spannung zu erhöhen, verriet er den Namen des Preisträgers erst zum Schluss.

„Wir ehren heute einen Arzt, der im Jahr 1968 Abitur am Realgymnasium Neu-Ulm gemacht hat und dieser Stadt, sei es nun Ulm oder Neu-Ulm, treu geblieben ist. Denn nach Studium und Promotion an der Bayerischen Maximilians-Universität Würzburg kehrte er zurück und absolvierte an der Universität Ulm seine Facharztausbildung im Bereich Anästhesiologie und wurde Experte in den Bereichen Notfallmedizin und Beatmung.

Seit 1984 wirkte er bis zu seinem Ruhestand Ende 2014 als Oberarzt für Anästhesiologie, Intensivmedizin & Schmerztherapie der RKU Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm. Gut, werden Sie sagen. Der Mediziner, der den diesjährigen MAIK Award erhalten wird, ist offensichtlich ein hervorragender Klinikarzt, was aber hat all dies mit außerklinischer Beatmung zu tun? Einmal hinsichtlich der Schwerpunkte seiner Forschung und seiner Publikationen über autologe Transfusion, neuromuskuläre Erkrankungen sowie über die Langzeitbeatmung von Querschnittgelähmten und muskelkranken Kindern.

Seit 1988 widmete er sich neben seiner Tätigkeit in der Klinik der Beatmung von Säuglingen und Kleinkindern. Die Beschäftigung mit der Beatmung von Kindern war jedoch nicht nur theoretischer Art. Im Jahr 1993 führt er an seiner Klinik die Ermächtigungssprechstunde 'Beatmung' der KV Baden-Württemberg ein. Zu dieser Beatmungssprechstunde reisen Familien mit ihrem Kind aus dem ganzen Bundesgebiet an. Oft nehmen sie lange Anfahrten in Kauf, nur um zu unserem Preisträger zu kommen, der es stets versteht, den Kindern und Eltern die Angst zu nehmen. Wenn nötig, kümmert er sich auch an den Wochenenden um seine Schützlinge.

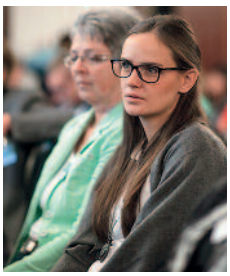
Von Dienstag bis Donnerstag fanden die Beatmungssprechstunden statt. Pro Kind dauerte das meist zwei bis drei Stunden, und wenn nötig, konnten die Kinder zur Überwachung oder Einstellung auch stationär aufgenommen werden. Obwohl unser Preisträger nun im Ruhestand ist, kommt er noch immer für zwei Tage in die Klinik, um weiterhin die Beatmungssprechstunde abzuhalten.

Wie sehr ihn Kinder und Eltern lieben, zeigen die vielen Dankesbriefe, die in den zahlreichen Ordnern abgeheftet sind. Eine Mitarbeiterin, die seit 10 Jahren bei unserem Preisträger arbeitet, erzählt, wie viele persönliche Grüße und Fotos immer wieder eingingen und eingehen - zu den Feiertagen und allen nur erdenklichen Anlässen. Immer stehen liebe Grüße an den Herrn Doktor dabei! 'Man wächst einfach mit den Kindern zusammen, die leider oft nicht sehr alt werden', sagt die Mitarbeiterin. 'Und wenn wir dann hören, dass einer unserer Schützlinge verstorben ist, bedrückt uns das schon sehr.'

Aber wahrscheinlich kommt unser Preisträger gerade deshalb so gut bei den Kindern an, weil er – wie wir ihn alle kennen – eine so positive Ausstrahlung hat. Keiner kann sich seinem Lächeln entziehen, bei dem man spürt, dass er ein Arzt aus Leidenschaft ist, dem es um jeden einzelnen Patienten geht. Auch der Umgang mit der Technik macht ihm offensichtlich Freude, sei es mit der immer ausgefeilteren Beatmungstechnik, sei es beim Zusammenbauen und Konstruieren seiner großen Modelleisenbahnanlage.

Seit Jahrzehnten schlägt unser Preisträger die Brücke zwischen Klinik und außerklinischer Versorgung, weil die Kinder und Jugendlichen immer zu ihm kommen können. Diese Beatmungssprechstunde war lange Zeit ein absolutes Novum, und auch heute noch gibt es nur wenige solcher Angebote. Gleichzeitig schlägt unser Preisträger die Brücke zur den Pflegenden in der außerklinischen Beatmung. Für Fragen der Pflegekräfte hat er immer ein offenes Ohr und gerne berät er sie, wenn sie ihn anrufen. Aus diesem großen Nachholbedarf der Pflege an Fachwissen rund um die außerklinische Beatmung entwickelte unser Preisträger vor nunmehr 11 Jahren eine eigene Tagung, die sofort auf große Resonanz stieß. Da die Themen immer wechseln, kommen viele Pflegekräfte jedes Jahr nach Ulm oder in das nahe gelegene Leipheim. Seit einigen Jahren gibt es bei dieser Veranstaltung ein eigenes Diskussionsforum, zu dem der Preisträger die Pflegenden, Vertreter von Krankenkassen, Vertreter des MDK und weitere Berufsgruppen, die in der außerklinischen Intensivversorgung tätig sind, an einen Tisch holt.

Unser Preisträger ist gefragter Referent auf Fachtagungen und Kongressen. Es ist für uns eine große Ehre, dass er sich vor zwei Jahren bereit erklärt hat, Mitglied des MAIK-Beirates zu werden. Was wäre ein MAIK ohne ihn? Denn uns verbindet nicht nur das Interesse an klinischer und außerklinischer Beatmung, sondern auch die Liebe zur Musik. Sie werden unserem engagierten Preisträger also bei Kongressen immer irgendwo begegnen: Sei es am Referentenpult oder da, wo die Musik spielt. Wer ihn näher kennt, weiß, wie bescheiden er ist. So bescheiden, dass seine engsten Mitarbeiter erst aus der Zeitung von einer Ehrung erfahren. So weit wollen wir es heute nicht kommen lassen. Bitte erzählen Sie es möglichst vielen: **Der diesjährige MAIK Award geht an Herrn Dr. med. Kurt Wollinsky.“**



Wider die Verbetriebswirtschaftlichung von Medizin und Pflege

Mahnende Worte und ein Plädoyer die Besinnung auf wirtschaftlichkeitsfreie Aktivitäten waren Inhalt einer Session mit Prof. em. Dr. Dr. med. Klaus Dörner, ehem. Ärztl. Leiter der Westf. Klinik in Gütersloh für Psychiatrie, Psychosomatik und Neurologie, Prof. em. Dr. med. Andreas Zieger, ehem. Chefarzt der Klinik für Neurorehabilitation am Ev. Krankenhaus Oldenburg und Prof. Dr. med., Dipl.-Ing., em. Dieter Köhler, ehem. Ärztl. Direktor Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft.

Sicherlich hat es einige der Zuhörer überrascht, dass es in dem Slot „Herausforderungen in der außerklinischen Intensivpflege“ weniger um Beatmungsmedizin und fachpflegerischer Versorgung von Beatmungspatienten ging, sondern vor allem um markt- und betriebswirtschaftliche Themen. Von den Referenten wurde dargelegt, wie massiv der Kapitalismus das Verhältnis zwischen Arzt und Patient verändert hat. Heute wird hauptsächlich nur noch in Geschäftsmodellen rund um die Versorgung von Kranken gedacht.

Einer der ersten, der vor dieser Entwicklung gewarnt hat, war - worauf Prof. Dr. Zieger hinwies, Klaus Dörner. Dieser hatte schon 2003 in seinem Buch die „Gesundheitsfalle“ festgestellt, dass im modernen Medizinsystem am liebsten nur noch von Gesundheit, kaum noch von Krankheit die Rede sei. Alles Gesunde (unter der Tarnung als „höchstes Gut“) werde in Krankheit und damit in etwas Behandlungsbedürftiges verwandelt. So könne Medizin am besten weiterwachsen und stärker als alle anderen Wirtschaftsbranchen werden. (Klaus Dörner, Die Gesundheitsfalle: Gesundheit ist ohne Leiden nicht zu haben, S. 7) Dafür würden die Menschen mit der Entlastbarkeit von allen Lasten und der herstellbaren leidensfreien Gesellschaft geködert. Seit 1980 gälten nur noch Gesetze, „die das Doping der Ökonomisierung, Privatisierung, präziser der Verbetriebswirtschaftlichung des Helfens zu einem Maximum treiben, obwohl Wettbewerb, Fusion und vor allem Expansion unvermeidlich zur Kostensteigerung, also zur Verschleuderung der Steuer- und Beitragsgelder der Bürger führen muss. Es ist das Markt-System, das mich korrumpiert, weil der Markt beim Helfen nichts zu suchen hat ...“.

Prof. Zieger bezeichnet diesen Wandel als neoliberale Kolonialisierung, vergleichbar mit der Kolonialisierung, mit deren Hilfe fremde Länder eingenommen, ausgenutzt und ausgeraubt wurden. Im eigenen Land sei eine Kolonialisierung durch die Einführung von „freier“ Marktwirtschaftlogik in Bildung, Wissenschaft, Sozial- und Gesundheitswesen erfolgt. Gleichzeitig seien staatliche Regulierung und Subventionen (soziale Sicherheit) zugunsten „freier Marktwirtschaft“ (Wettbewerb, Effizienz, Konkurrenz ...) abgebaut, die Lohnnebenkosten gesenkt, Steuervergünstigungen und Anreize geschaffen, höhere Gewinne und Renditen eingefahren worden. In den Vordergrund sei die Eigenverantwortung gerückt. Gleichzeitig seien Entsolidarisierung, Sozialabbau und die Umverteilung von unten nach oben erfolgt. Und letztlich habe auch hier die Globalisierung eingesetzt. (Klaus Dörner, Helfende Berufe im Markt-Doping. Wie sich Bürger- und Profi-Helfer nur gemeinsam aus der Gesundheitssfalle befreien, 2008) Jeder, der mit wachen Augen die Gesundheitswirtschaft betrachtet, könne erkennen, wie zutreffend diese Beschreibungen seien, so Zieger. Allein die Auswirkungen der DRGs habe die Versorgung der Patienten im Krankenhaus durchschlagend verändert. Schwache, Kranke, alte Menschen, Behinderte, Arme, Asylanten, Not-Leidende würden allesamt nur noch als Kunden gesehen, gleichgültig, ob sie aufgrund ihrer Erkrankung kognitiv überhaupt in der Lage seien, eine solche Rolle einzunehmen.

Was könnte man dem entgegen setzen?

1. Statt Wirtschaftlichkeit (Gewinn, Rendite, Marktlogik, Entsolidarisierung) den Dienst am Menschen (am not-leidenden, angewiesenen Anderen, Solidargemeinschaft) in den Vordergrund stellen.

2. Sich durch marktlogische Fremdinteressen nicht kolonialisieren lassen (Konkurrenz, Dumping)

3. Kooperation mit teilhabeorientierten, sozialen Leistungsanbietern und „mit der neuen Bürgerhelferbewegung im dritten Sozialraum“ zum „Bürger-Profi-Mix“ entwickeln und nutzen (Dörner 2008).

4. Ambulante Wohngemeinschaften für beatmete Intensivpflegebedürftige nicht als „Geschäftsmodell“ missbrauchen, sondern für teilhabeorientierte Aktivitäten, „marktwirtschaftlich freie Zonen“ und soziale Durchgängigkeit nutzen („dort leben, wo ich hingehöre“).

5. Den Druck nach „Verbetriebswirtschaftlichung“ in solidarische Energie für die Zusammenarbeit mit Angehörigen und die Beteiligung an bürger-gemeinschaftlichen Aktivitäten umwandeln (Sozialraum, Teilhabe, Sinngebung).

6. „Nur unser Bürger-Profi-Bündnis weist allen Helfenden den Letzte-Chancen-Weg zur `Würde der Gesunden`“ (Dörner 2008).

Mit „Ressourcenallokation und Medizinethik“ hatte auch Prof. Dr. Dieter Köhler ein marktkritisches Thema gewählt. Insgeheim finde im Gesundheitsbereich längst eine Ressourcenallokation, also die Zuordnung, Verteilung und Rationierung knapper Ressourcen statt. Doch welche Kritierien sind ausschlaggebend, und welche Rolle spielt hier die Ethik?

Die Vorträge sind auf der Kongresshomepage eingestellt. Der Link http://www.paranus.de/index.php?seite=suche führt zu einer umfangreichen Publikationsliste der Bücher von Prof. Dr. Dr. Klaus Dörner, die im Paranus Verlag der Brücke Neumünster gGmbH erschienen sind.

Praxis für außerklinische Beatmung – ein Modellversuch

Zu leichtfertig verabreichter Sauerstoff, Patienten mit einer Atemfrequenz größer 25, schwere und komplexe Erkrankungsverläufe: Die außerklinische Versorgung von Beatmungspatienten ist eine Herausforderung. Das weiß auch Dr. med. Eckehard Frisch, der im Jahr 2014 in der „Praxis für außerklinische Beatmung" – einem AOK Nordost-Modellversuch – rund 150 Beatmungspatienten, für die die akute Notfallbehandlung auf der Intensivstation abgeschlossen ist, betreut. Ein Erfahrungsbericht ...

Moderne Technik macht es möglich, dass immer mehr künstlich beatmete Menschen im eigenen Zuhause leben können. Doch die Behandlung in der Außerklinik ist in vielen Fällen qualitativ defizitär, so **Dr. Eckehard Frisch**. „Die ärztliche Versorgung von außerklinisch beatmeten Patienten findet im Wesentlichen durch Hausärzte, und nur punktuell, durch Fachärzte statt, welche nicht regelhaft über Erfahrungen auf dem Gebiet der außerklinischen Beatmung verfügen", bemängelt der Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie. Auch die S2 Leitlinie greife eben genau dieses Defizit der Versorgungsrealität auf und empfiehlt, in das ambulante Versorgungssetting einen in der außerklinischen Beatmung erfahrenen Arzt hinzuzuziehen. „Der Modellversuch unter dem Titel „Praxis für ausserklinische Beatmung" trägt eben diesen Anforderungen Rechnung", so Frisch.

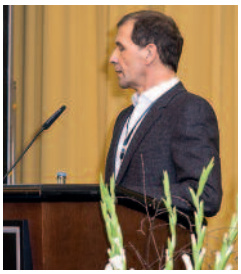
Regelhafte fachärztliche Hausbesuche, gemeinsam mit einer Atmungstherapeutin, sind in der Betreuung ebenso Standard, wie das mögliche Weaningpotential der Patienten in Zusammenarbeit mit Weaningzentren zu eruieren und zu nutzen. Frisch: „Ziel ist es, den Patienten im besten Fall abschließend zu dekanülieren und in sein normales häusliches Umfeld zu entlassen." Die Schwere und Komplexität der Erkrankungen macht zudem eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unerlässlich. „Wir sind kein Ersatz für den Hausarzt, sondern eine Ergänzung. Wir sehen uns als Unterstützung jeder Gesundheitsprofession und versuchen die Versorgung als Teamspieler aufzustellen. Und wir legen Wert auf eine enge Zusammenarbeit mit allen an der Versorgung Beteiligten" so Frisch.

In der Praxis sieht das so aus: Das Team ist an allen Werktagen für die Patienten, Angehörigen und die ärztlichen und pflegerischen Kollegen erreichbar. Es übernimmt eine Lotsenfunktion an den vielen Schnittstellen, die sich in der Versorgung dieses speziellen Patientenklientels ergeben. „Durch die enge Abstimmung mit Logopäden, Physiotherapeuten, Pflegediensten und Hilfsmittellieferanten gewährleisten wir, dass der jeweilige Patient die für ihn richtigen Hilfsmittel und die beste Behandlung und Betreuung erhält", erklärt Frisch. So ist der Facharzt auch nur zu einem Teil der Zeit mit der medizinischen Versorgung beschäftigt. Im Gespräch mit den Pflegenden wird besprochen, wo es in der Versorgung noch hakt. „Die Pflegenden sind Augen, Ohren und Hände der Ärzte im außerklinischen Alltag", so Frisch. Gemeinsam mit seinem Team kümmert er sich auch darum, dass die Hilfsmittelversorgung reibungslos läuft.

Mit dem Ziel, die Qualität der Behandlung, aber auch die Lebensqualität dieser Patienten so optimal wie möglich zu gestalten, ist der Modellversuch 2014 gestartet. Diverse, in der Regelversorgung bestehende Rahmenbedingungen, wie etwa die Präsenzpflicht in der Praxis, erschweren es niedergelassenen Ärzten, Hausbesuche, in einem Umfang, wie sie durch Dr. Eckehard Frisch und sein Team erbracht werden, zu realisieren. Vor diesem Hintergrund wurde die Praxis für außerklinische Beatmung bewusst im Centrum für Gesundheit, einer Eigeneinrichtung der AOK Nordost, eröffnet. Es ist auch dieser speziellen Konstellation zu verdanken, dass sich das Team intensiv um die individuellen Bedürfnisse der Patienten kümmern kann.

2015 hat die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) diesen Modellversuch mit dem ersten Preis für das „Beste Abstract" ausgezeichnet. Der Modellversuch hat sich bewährt und soll weitergeführt werden. 2016 erhält die Praxis für außerklinische Beatmung Verstärkung in Form eines weiteren Teams mit jeweils einer pflegerischen, therapeutischen und ärztlichen Mitarbeiterin. *E.Frisch/AOK Nordost*

Diesen Erfahrungsbericht stellte Dr. Frisch im Rahmen der Session „Außerklinische ärztliche Versorgung" beim MAIK vor. Moderiert wurde der Themenblock von **Dr. Karsten Siemon** (Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft, 1. Vorsitzender der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V.) und **Dr. Simone Rosseau** (Charité – Universitätsmedizin Berlin). Nach dem Vortrag von Dr. Frisch referierte die stellvertretende DIGAB-Vorsitzende über die Frage „Wie sollte eine spezialisierte multiprofessionelle Versorgung bei außerklinischer Beatmung aus Expertensicht aussehen". Der Internist **Dr. Norbert Mück** (Frechen) ging auf die Rolle von Hausärzten ein, für die die sehr zeitintensive medizinische Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen neu ist. Im Themenblock „Neues aus der Versorgungslandschaft" beleuchtete Univ.-Prof. **Dr. Michael Dreher** (Universitätsklinikum Aachen) die Möglichkeiten des Telemonitorings. **Christiane Schaepe** stellte Teilergebnisse des Forschungsprojekts SHAPE. vor und **Antje Mehlei** (DGM-Mitglied für Schwerpunkt Beatmung) vertrat gemeinsam mit ihren Pflegekräften **Petra Jahn** und **Heiko Fietz** die Betroffenen.



Die Entlassung von der Intensivstation gleicht mitunter einem Glücksspiel!

Wird ein Patient mit invasiver Beatmung von einer Intensivstation ohne Kenntnis der außerklinischen Situation entlassen, kann sich die Versorgung und auch der Behandlungszustand erheblich verschlechtern. Über die Gründe hierfür und mögliche Schritte, dies zu verändern, diskutierten unter der Moderation von Detlef Friedrich, contec GmbH, Experten aus unterschiedlichen Bereichen.

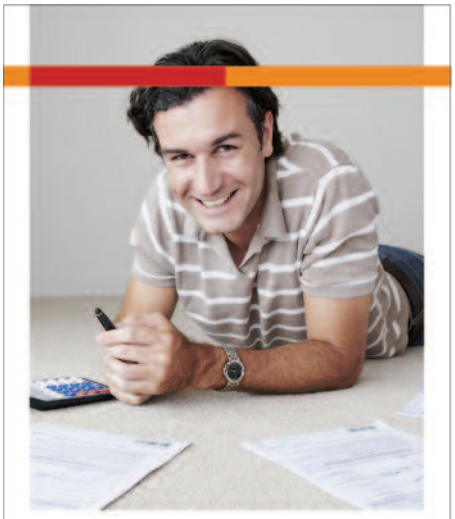
Ohne intensive Vorbereitung und Planung gleicht die Entlassung in den außerklinischen Bereich einem Roulettespiel. Im Idealfall gerät der Patient an einen qualifizierten Pflegedienst, im ungünstigen Fall ist er einem ausgeliefert, der mit den Besonderheiten der Beatmungspflege gar nicht vertraut ist. Es kann auch sein, dass die Räumlichkeiten, in denen die häusliche Versorgung stattfinden soll, völlig ungeeignet sind, oder dass er in eine miserabel geführte Wohngemeinschaft gebracht wird. Da weder die Betroffenen noch die Angehörigen wissen, wie eine gute Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen aussieht, dauert es mitunter lange, bis sie misstrauisch werden. Kritisch wurde in diesem Zusammenhang die oft fragwürdige Rolle von externen Casemanagern angesprochen, die von den Pflegediensten dafür bezahlt werden, dass sie neue Klienten erhalten.

Die Hauptursache für die vielen Missstände liegt darin, dass die Behandlungspflege vor dem Gesetz jeder ambulante Pflegedienst anbieten darf – mit oft katastrophalen Folgen für den außerklinisch beatmeten Menschen. Insider wie **Dr. Simone Rosseau**, Charité – Universitätsmedizin Berlin, **Meike Grimm**, Krankenschwester, Dipl. Sozialarbeiterin und Case Manager DGCC, Börgel GmbH, **Dr. Eckehard Frisch**, Praxis für außerklinische Beatmung, AOK Nordost - Die Gesundheitskasse, und **Joachim Fritzen**, AOK Nordost – Die Gesundheitskasse kennen die Problematik nur zu gut! Seit vielen Jahren weist die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB e.V.) darauf hin, fordert ein transparentes Entlassungsmanagement und setzt Maßstäbe für die Qualifizierung der Pflegekräfte, die in der außerklinischen Beatmung tätig sind. Seit dem 1. Januar 2012 ist das Entlassungsmanagement gesetzlich vorgeschriebener Teil der Krankenhausbehandlung. Bei der Umsetzung liegt jedoch noch vieles im Argen. Die Krankenhäuser werden immer grössere Einheiten, in denen alle möglichst effizient arbeiten sollen. Während technische Untersuchungen selbstverständlich bezahlt werden, fällt die Zeit für Gespräche mit dem Patienten und Zuwendung unter den Tisch.

Auch die Krankenkassen sind meist große und stark sektorierte Institutionen. Von den Führungskräften kennt kaum einer aus eigener Anschauung außerklinische Beatmung.

Neben der Unterzeichnung des Versorgungsvertrags verlangen die Krankenkassen meist auch die Unterschrift unter eine Zusatzvereinbarung. Aber Einblick in die Versorgungen haben sie kaum. Die Praxis für außerklinische Beatmung der AOK Nordost in Berlin ist ein wichtiger Schritt hin zu gegenseitigem Vertrauen, mehr Transparenz und besserer ärztlicher Versorgung.

Diskutiert wurde auch der Vorschlag, die Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen ähnlich zu strukturieren wie die SAPV. Notwendig ist ein Experten-Board mit einem unabhängigen und kompetenten Überleitmanager, der den Patienten nicht als Kunden, sondern als Menschen sieht, der Hilfe braucht.



online-factoring
ab 0,47 %

Das innovative Finanzierungs- und Abrechnungsverfahren reduziert Ihre Kosten und steigert Ihren Gewinn.

- Sofortauszahlung (Blitzüberweisung)
- Auszahlung zu 100%
- extrem günstige Konditionen
- keine weiteren Kosten
- kurze Vertragsbindungsfristen
- flexibel und unkompliziert in der Handhabung
- feste Ansprechpartner
- Schnittstellen zur Finanzbuchhaltung

Weitere Informationen erhalten Sie bei der

BFS Service GmbH
Im Zollhafen 5 (Halle 11)
50678 Köln

Telefon 0221.97356-160
Telefax 0221.97356-164

bfs-service@sozialbank.de
www.bfs-service.de
www.sozialbank.de

BFS Service GmbH

Eine vorbildliche Kommune

Erstmals wurde beim MAIK im Rahmen einer Diskussionsrunde „Die außerklinische Intensivversorgung am Beispiel der Landeshauptstadt München“ darüber diskutiert, was eine Kommune für ihre außerklinisch beatmeten Bürgerinnen und Bürger tun kann. Fest steht: Es sollten mehr Kommunen dem Beispiel der Landeshauptstadt München folgen.

Das Engagement der Landeshauptstadt München für außerklinisch beatmete Menschen begann im Sommer 2006, als gegen einen intensivpflegerische Leistungen anbietenden ambulanten Pflegedienst Beschwerden über „unhaltbare Zustände“ geäußert wurden. Daraus resultierte eine engere Kooperation zwischen RGU und dem MDK Bayern (Ressort „Pflege“) und eine Überprüfung sämtlicher im Stadtgebiet München mit Geschäftssitz gemeldeten bzw. tätigen Pflegedienste, die außerklinisch beatmete Menschen versorgten, ebenso diejenigen, die sich neu beim RGU anmeldeten. Im Stadtrat wurde mehrmals der Antrag „Lebensgefährliche Zustände bei ambulanter Pflege – was tut die Stadt jetzt? Warum hat der zuständige Referent den Stadtrat nicht informiert?“ von Stadträtin Elisabeth Schosser diskutiert. Die Vollversammlung des Stadtrates hat die Umsetzung eines vom RGU entwickelten Stufenkonzeptes zur effektiven und qualifizierten Überwachung von ambulanten Pflegediensten beschlossen. Der Oberbürgermeister wurde zudem vom Stadtrat gebeten, nachhaltig über den Bayerischen Städtetag und den Deutschen Städtetag auf den Gesetzgeber einzuwirken, dass Standards für die Zulassung ambulanter Intensivpflegedienste zeitnah sowie deren Kontrollen verankert werden. Dies und ein neuer Antrag zur „Versorgungssituation von lungenerkrankten Bürgerinnen und Bürgern“ boten genug Zündstoff für eine Gesprächsrunde beim MAIK mit **Dr. Peter Demmel** (MDK-Bayern), **Dr. Jens Geiseler** (Asklepios Fachkliniken München-Gauting, Klinik für Intensivmedizin, Schlaf- und Beatmungsmedizin, Gauting, Vorstandsmitglied der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung DIGAB e.V.), **Dr. Stefan Schweitzer**, RGU München und **Brigitte Wolf**, Stadträtin, in Vertretung von Oberbürgermeister Dieter Reiter. Es moderierte Kongresspräsident **Christoph Jaschke**.

Wo stehen wir in München heute und was muss geschehen, damit sich die Politik auch außerhalb der Stadtgrenze der Situation ausserklinisch beatmeter Menschen annimmt, so lautete die zentrale Fragestellung. Laut Dr. Schweitzer hat das RGU mit seinen Initiativen, Aktivitäten und konzeptionellen Strategien bundesweit eine Vorreiterrolle im Bemühen um Sicherstellung einer fachlich qualifizierten, hygienegerechten und Gefährdungsmomente weitestgehend ausschließenden Klientenversorgung im ambulanten Pflegesektor.
Trotz aller Bemühungen gelang es dem RGU jedoch bisher nicht, dringend notwendige Änderungen rechtlicher Rahmenbedingungen für die Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen zu bewirken. Ohne diese sind den Behörden oftmals die Hände gebunden.
Bedauert wurde einhellig, dass die Politik die Problematik schlichtweg „nicht auf dem Radar“ habe, dass tagtäglich schwerstkranke Menschen unter lebensbedrohlichen Umständen lebten. Deshalb wurde Stadträtin Wolf ans Herz gelegt, als Politikerin ihren Einfluss geltend zu machen.
Die stationäre Pflege ist wesentlich besser aufgestellt, die ambulante Pflege hingegen wird sträflich vernachlässigt, obwohl ihr Stellenwert stetig zunimmt. Immer schneller werden die Menschen in die ambulante Versorgung entlassen. Diese weist viele verschiedene Versorgungsformen auf, doch die Entscheidung über Art und fachlich-qualitative Ausgestaltung der Versorgung ist vornehmlich dem einzelnen Anbieter überlassen. Klare und verbindlich einzuhaltende Standards fehlen. „Man darf in Deutschland nur Auto fahren, wenn man den Führerschein gemacht hat, aber es werden schwerst pflegebedürftige Menschen in die Hände von Unternehmen gegeben, die keinerlei Expertise vorweisen“, so lautete ein sehr griffiger Vergleich, der den Ernst der Lage aufzeigen sollte. Dem RGU sind bei Feststellung Klienten gefährdender Mängel, die den infektionshygienischen Interventionsbereich überschreiten, oftmals die Hände gebunden. Umso wichtiger sind Partner wie z.B. der MDK. Aber immer können schlecht arbeitende Unternehmen ihre Defizite nicht unter der Decke halten! Jeder – Betroffene, Angehörige, Freunde, Nachbarn – ist dazu aufgerufen, ganz genau hinzusehen!

Folgendes muss im Interesse der außerklinisch beatmeten Menschen gesetzlich geregelt werden:

1. eine infektionshygienische Überwachung ambulanter Pflegedienste, insbesondere ambulanter Intensivpflegedienste, durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst
2. die verbindliche Definition und Festschreibung von personell-fachlichen Qualifikationsvoraussetzungen für die Durchführung außerklinischer Intensivpflege
3. Sicherstellung und Nachweisführung personell-fachlicher Qualifikationen vor und bei Versorgungsvertragsabschlüssen zwischen ambulanten Pflegediensten und Kranken-/Pflegekassen
4. die verbindliche Verpflichtung zur regelmässigen Teilnahme (incl. Nachweisführung) fachlicher und hygienischer Fortbildungsveranstaltungen
5. die angemessene Erstattung von erbrachten Leistungen ambulanter Pflegedienste (u.a. zur Unterbindung eines konkurrierenden, nicht leistungs-, sondern ausnahmslos finanziell orientierten "Pflegemarktes")
6. Festlegung struktureller Mindeststandards für ambulant betreute WGs, in denen außerklinische Intensivpflege betrieben wird
7. Anzeigepflicht des von ambulanten Pflegediensten erbrachten / beworbenen / beabsichtigten Leistungsspektrums (z.B. Intensivpflege) beim örtlich zuständigen Gesundheits-/Landratsamt.

Man spricht meist nur sehr akademisch über das Sterben ...

Dieser Satz stammt von Dr. Peter Radtke, der an der Gesprächsrunde „Sterbebegleitung mit größtmöglicher Lebensqualität bis in die letzten Stunden des Lebens“ teilnahm. DIGAB-Vorstandsmitglied und Vertreter der Betroffenen in der DIGAB e.V., Hans-Joachim Wöbbeking, leitete die Diskussion.

Für außerklinisch beatmete Menschen gibt es noch keine speziellen Angebote für eine Begleitung bis in die letzten Stunden des Lebens. **Dr. Simone Rosseau**, Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Pneumologie, Intensivmedizin und Palliativmedizin sowie 2. Vorsitzende der DIGAB e.V. verwies auf die S2-Leitlinie "Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz", in der bereits auf den Sterbeprozess während oder nach Beatmung" eingegangen wird. "Es muss nach Möglichkeiten gesucht werden, die Lebensqualität in der letzten Lebensphase zu verbessern, unnötige Krankenhausaufnahmen zu vermeiden und die Bedürfnisse der gesamten Familie zu berücksichtigen", heißt es schon in der jetzigen Fassung. Vielfach ist auch nicht bekannt, dass beispielweise das vom Patienten gewünschte Abschalten des Beatmungsgerätes nicht zwangsläufig das unmittelbare Sterben zur Folge hat.

Manchmal sterben die Patienten nach Beendigung der Beatmungstherapie erst Tage oder sogar Wochen später. Für diese Sterbenden muss es einen geschützten Raum geben, in dem sie und ihre Angehörigen begleitet werden. Idealerweise ist das bei außerklinisch beatmeten Menschen das eigene Zuhause.

Die Palliativebetreuung beatmeter Menschen ist eine besondere Herausforderung. Beatmung wurde ursprünglich nur auf Intensivstationen eingesetzt, sie wird daher oftmals nur als ausschließlich lebenserhaltende Therapie betrachtet. Zudem ist nicht jeder Arzt mit dieser Technik vertraut. Für Patienten mit Atmungsschwäche bietet eine maschinelle Beatmung die Möglichkeit, längerfristig weiterzuleben und gleichzeitig die Symptome der Erkrankung zu beseitigen. Viele dieser Betroffenen werden daher auch in der letzten Lebensphase nicht auf diese Therapie verzichten wollen. "Leider gibt es viel zu wenig Ärzte, die sich die Sterbebegleitung beatmeter Menschen zutrauen", so der DIGAB-Vorstand. Wenn im ambulanten Bereich keine ärztliche Betreuung zur Verfügung steht, müssen außerklinisch beatmete Patienten häufig in ein Krankenhaus eingewiesen werden, weil den betreuenden Pflegeteams nicht die entsprechenden symptomlindernden Medikamente zur Verfügung stehen bzw. ärztliche Therapieanordnungen nicht eingeholt werden können. Zur Unterstützung kann, soweit verfügbar, die spezielle ambulante Palliativversorgung (SAPV) hinzugezogen werden. Es ist falsch, Beatmung und Intensivmedizin als ausschließlich lebenserhaltend und lebensverlängernd zu sehen, denn oft können so Symptome gelindert werden.

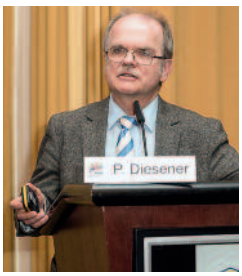
Dr. Peter Radtke, Schriftsteller, Regisseur und Schauspieler macht die Beobachtung, dass oft viel zu akademisch über das Sterben gesprochen wird, an der Sprache fest. Kaum einer sage „ich“, sondern bediene sich lieber des distanzierenden „man“. Man bemühe sich um wissenschaftliche Objektivität. In Wirklichkeit habe jeder Angst, und es herrsche große Hilflosigkeit im Hinblick auf die Tatsache, dass wir alle einmal sterben müssen. Er forderte deshalb dazu auf, mehr das Subjektive einzubringen. Als Mitglied des Ethikrates beschäftigt sich Dr. Radtke mit dem existentiell berührenden Thema „Sterben“ häufig.

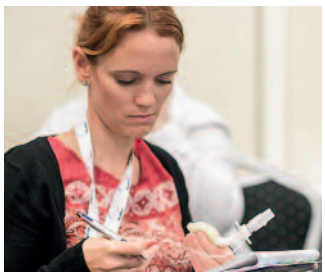
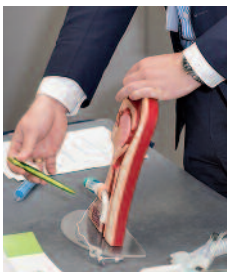
Tatsächlich werden Sterbende noch immer oft alleine und sich selbst überlassen. Doch dies beginnt schon früher, wenn plötzlich der Begriff „austherapiert“ im Gespräch zwischen Arzt und Patient fällt. Er hat eine vernichtende Wirkung.

Heute ist medizinisch noch viel möglich, auch wenn keine Heilung mehr zu erwarten ist. Man kann den Menschen auffangen und ihn begleiten. Dies ist vor allem für diejenigen wichtig, die nicht mehr für sich selbst entscheiden können. Die Sterbebegleitung sollte schon ab der Diagnose einer Lebenslimitierung beginnen. Man muss darüber nachdenken, welche Angebote zu dem jeweiligen Menschen passen; dann ist auch Lebensqualität am Lebensende noch möglich. Sterbebegleitung sollte als etwas Natürliches betrachtet werden, für die jeder Arzt zuständig ist. Palliativmedizin sollte deshalb kein eigenes Fach mehr sein. Ärzte sollen Leid lindern. Deshalb sei neben der Palliativmedizin Herzensbildung von ganz großer Bedeutung, weil es eben gar nicht immer „die großen Dinge“ sein müssen.

Hans-Joachim Wöbbeking verwies auf die Aktivitäten der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung „DIGAB“ e.V., für die er als Vorstandsmitglied in der Kommission der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland“ mitarbeitet. Hier sei verwiesen auf die Erklärungen unter www.digab.de

In der anschließenden Diskussion mit den Zuhörern wurde der weitere Ausbau von palliativen Strukturen gefordert, denn derzeit sind viele wichtige Initiativen wie z.B. Kinderhospize, auf Spenden angewiesen. SAPV und SAPPV sind auf jeden Fall ein guter Anfang. Darüber berichtete in ihrem Vortrag „Möglichkeiten und Herausforderungen der spezialisierten ambulanten pädiatrischen Palliativversorgung (SAPPV) am Fallbeispiel eines SMA Patienten“ **Heike Bredow** vom Kinderpalliativzentrum Datteln, Vestische Kinder- und Jugendklinik Datteln.



Ich möchte öfter allein sein können!

Der MAIK ist ein Kongress von und für außerklinisch beatmete Menschen. Sie gestalten als Mitglieder des MAIK-Beirats das Programm mit, sie referieren, diskutieren und teilen den an ihrer alltäglichen Versorgung beteiligten Vertretern der verschiedenen Berufsgruppen mit, worin sie sich behindert fühlen und was besser gemacht werden könnte.

In vielen Teilen des Kongresses ging es um das Leben mit Beatmung. Der Kongress begann mit dem Themenblock "Experten in eigener Sache", in dem **Dr. Matthias Wiebel** über die Frage "Berater oder Störfaktor? - als Arzt von Betroffenen lernen" referierte. Der seit 1992 berufstätige **Matthias Küffner,** isb Ambulante Dienste gGmbH, Wuppertal, zeigte in seiner Präsentation "Beatmet. Na und?", wie durchgetaktet sein Alltag sein muss, um alles "unter einen Hut" bringen zu können, angefangen von der Arbeit bis zu Spazierfahrten und die Entspannungsphasen. Außerdem engagiert er sich seit 2001 im Bundesvorstand der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke (DGM) und gründete 2006 zusammen mit Freunden, Familienangehörigen und betroffenen Eltern die DGM-Muskeltour e.V., wo er den Vorsitz führt. Dieser Förderverein unterstützt durch verschiedene Events die Erforschung von neuromuskuläre Krankheiten. Zum Nachdenken gab Küffner den folgenden Satz mit auf den Nachhauseweg: "Ich möchte öfter allein sein können!" Damit wies er auf die Kehrseite von Rund-um-die-Uhr-Pflege und Assistenz hin."Inklusion und Beatmung" war das Thema des Studenten **Johannes Koch**, der u.a. die Vor- und Nachteile der verschiedenen Schultypen darlegte und an Hand von konkreten Beispielen die Inklusion auf den Prüfstand stellte. Um eine ganz spezifische Nähe ging es im Themenblock "Querschnittlähmung" mit **Dr. Sven Hirschfeld**, Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg, Querschnittgelähmtenzentrum, Hamburg, **Kai Fiebag**, Urologe am Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg, und **Marcello Ciarrettino**, Krankenpfleger und Dipl. Pflegepädagogik (FH), die sich mit Sexualität und dem Wunsch nach körperlicher Nähe auseinander setzten. Der Vortrag von **Antje Mehlei** mit ihren beiden Pflegekräften **Heiko Fietz** und Petra Jahn thematisierte"Patientensicherheit vs. Lebensqualität". Die meisten Vorträge sind unter www.maik-online.org abrufbar.

Den Workshop "Organisierte Assistenz durch Pflegedienste – Wie sieht die Praxis aus?" unter der Moderation von **Jörg Brambring** bestritten **Oliver Jünke**, 1. Vorsitzender ALSmobil e.V., Berlin , **Marcel Renz**, freier Autor und Journalist, Historiker und Politikwissenschaftler (M.A.), Edingen-Neckarhausen, und **Rudolf Seidl**, Dipl. Sozialpäd. (FH), VIF Vereinigung Integrations-Förderung e.V., München.

Nach Oliver Jünkes Auffassung hört die Assistenzpflege als solche mit dem Erreichen der außerklinischen Intensivpflege auf zu existieren. Es ist keinerlei Rede mehr von Assistenz, sondern nur noch von krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen, von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung. Bei ihm persönlich klappt die Assistenzpflege inzwischen recht gut. Hierüber wird ausführlich im nächsten Heft berichtet; ebenfalls wird der VIF Vereinigung Integrations-Förderung e.V. vorgestellt. Zu Nähe und Distanz führte Jünke aus: "Bei der 24-Stunden-Pflege wird das Pflegepersonal zum Dauergast. Durch die Abhängigkeit von der Pflege haben ich und meine Angehörigen praktisch keine Privatsphäre mehr. So entsteht mit der Zeit eine enge Bindung zu den Assistenten. Ich bin der Meinung, dass sich die Unzufriedenheit einiger Mitarbeiter auf Grund von schlechter Bezahlung, zu vielen Überstunden oder ähnlichem, sich wohl oder übel auf die pflegerische Beziehung zu ihrem Klienten auswirkt. Wer unzufrieden zur Arbeit geht, der kann erst gar keine Nähe zu seinem Klienten aufbauen. Nur zufriedene Mitarbeiter werden auch zufriedene Klienten zur Folge haben. Durch meine Vereinsarbeit und durch eigene Erfahrungen kenne ich zahlreiche Beispiele, in denen große Unzufriedenheit unter den Pflegekräften herrscht. Eine stimmige Nähe sowie die nötige Distanz zu sich selbst und zu anderen zu entwickeln, gehört in der Pflege zu den wichtigsten professionellen Lern- und Entwicklungsaufgaben. Dies trifft sowohl auf uns Betroffene, aber auch auf die Pflegekräfte zu. Denn diese Balance ist nicht einfach gegeben, vielmehr muss sie in der direkten Beziehung immer wieder neu gesucht und verhandelt werden. Körperliche Nähe ist ein zentraler Punkt pflegerischer Tätigkeit. Pflegekräfte greifen so umfassend in das körperliche, und damit auch in die Intimsphäre eines Betroffenen ein, wie es sonst nur Eltern kleiner Kinder oder dem Intimpartner erlaubt ist. Aber wir, die auf fremde Hilfe angewiesen sind, tolerieren dies, und werden es zulassen. Zumindest soweit, wie eine minimale gegenseitige Sympathie gegeben ist. Die Wahrung professioneller Nähe und Distanz verlangt emotionale Sensibilität sowie den Mut, sich gleichermaßen auf einen Menschen und das soziale Unterstützungssystem, also sich auf die Angehörigen, Freunde und Verwandte, einzulassen und gleichzeitig abzugrenzen. Es geht um die konkrete Einhaltung von Grenzen, die wir als Hilfebedürftige und unsere Angehörigen brauchen, und um die Grenzen, die die Pflegenden für sich selbst suchen. Die Wahrung der professionellen Nähe und Distanz schützt also sowohl den Erkrankten als auch seine Angehörigen und die Pflegenden gleichermaßen. Die Hauptschwierigkeit liegt in einer empathischen, nicht kalt wirkenden Abgrenzung, bei gleichzeitiger räumlicher Nähe. Dieser Balanceakt gelingt nicht immer, zumal die Nähe- bzw. Abgrenzungswünsche der zu Pflegenden, ihrer Angehörigen, aber auch der Pflegekräfte sehr verschieden sind."

Eine andere Art von Nähe beschrieb **Judith Winek** in ihrem Vortrag "Kommunikation einer zwischen einer gehörlosen Pflegekraft und einem gehörlosen Wachkomapatienten", den zwei Gebärdendolmetscherinnen übersetzten.

Auf Wiedersehen beim 9. MAIK

„Werden Sie im nächsten Jahr wieder am MAIK teilnehmen?“ Diese Frage bejahte eine überwältigende Mehrheit der Teilnehmer und Aussteller. Und auch die Referenten betonten, dass sich für sie die Teilnahme „auf jeden Fall“ gelohnt habe.

Mit einem Dank an alle, die zum guten Gelingen des **MAIK** beigetragen haben, verabschiedeten sich die beiden Kongresspräsidenten Jörg Brambring und Christoph Jaschke von den Referent/innen, Ausstellern und den zahlreichen Teilnehmer/innen. Ein besonderer Dank galt den Unternehmen, die sich in der Industrieausstellung präsentierten und/oder die einen oder mehrere Workshops abhielten. Ohne ihr Engagement gäbe es den **MAIK** nicht.

Die Workshops, deren Themen vom Trachealkanülen-, Dysphagie- und Sekretmanagement in der außerklinischen Intensivpflege über Hygiene, Reanimation, außerklinische Beatmung bei Kindern und Jugendlichen bis zur erfolgreichen Umsetzung von Wohngemeinschaften, sowie Planung, Dokumentation und Abrechnung und Personalmanagement in der Intensivpflege reichten, stießen bei den Teilnehmern auf großes Interesse. Die Referenten in den Workshops gaben u.a. auch viele wertvolle Tipps für eine solide Unternehmensführung und ein partnerschaftliches Miteinander der Kostenträger und Pflegeanbieter. Wer etwas für sein Image in der Öffentlichkeit tun möchte, konnte sich im Workshop „Wir tun Gutes. Ja und?“ über die neuesten Trends informieren. Außerdem gab es sieben Gesprächskreise, über die in dieser Ausgabe gesondert berichtet wird. Die Inhalte sollen damit dokumentiert werden, um überprüfen zu können, ob die Anstöße, die der **MAIK** ja immer geben möchte, auch verändernd gewirkt haben. Es wäre schon viel gewonnen, würden Politik und Gesellschaft die Belange außerklinisch beatmeter Menschen mehr wahrnehmen. Das große Ziel bleibt bestehen, dass die Politik bundeseinheitlich geltende Qualitätsstandards einführt. Einige Diskussionsrunden werden im kommenden Jahr fortgesetzt.

Während des **MAIK** konnten viele persönliche Gespräche geführt und neue Kontakte geknüpft werden. Dies gilt natürlich auch für die **MAIK Party** mit wechselnder musikalischer Besetzung im fußläufig erreichbaren und barrierefreien Ampere. Die Medizintechnik war wieder mit tollen Musikern vertreten! Zusätzlich gaben Dr. Sven Hirschfeld, Sören Tiedemann, Christoph Jaschke, Hans-Joachim Wöbbeking und viele andere wieder ihr Bestes. Bis in die tiefe Nacht hinein wurde gefeiert und getanzt.

Der nächste **MAIK** findet am **28. bis 29. Oktober 2016** im Holiday Inn Munich - City Centre statt. Schon jetzt sind etliche Workshops und Ausstellungsflächen vergeben. Wer beim **9. MAIK** dabei sein möchte, sollte sich deshalb frühzeitig mit dem Veranstalter in Verbindung setzen. Auch Tickets sollten rechtzeitig gebucht werden. Mehr unter www.maik-online.org

MAIK
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

9. MAIK

FAHL

Professionelle und individuelle Versorgung

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

DURATWIX® UNI CUFF
- bewegliches Kanülenschild
- besonders dünnwandige Niederdruckmanschnette

BLOM®* Trachealkanüle
- Phonation unter Beatmung
- für invasiv beatmungspflichtige Patienten

SENSOTRACH®
- große Auswahl an Trachealkompressen
- Varianten SLIT, SKIN, ALU

SUPRAFIX®
- Kanülentrageband aus Schaumstoff
- mit Haken oder Klettverschluss erhältlich

Künstliche Nasen
- verschiedene Varianten für eine individuelle Auswahl
- zusätzlich spezielle Ausführungen für Kinder

ANDREAS FAHL
MEDIZINTECHNIK-VERTRIEB GMBH
August-Horch-Straße 4a · D-51149 Köln · **Phone +49(0)22 03/29 80-0**
Fax +49(0)2203/2980-100 · Germany · mail vertrieb@fahl.de · www.fahl.de
* Vertriebspartner von BLOM®-Produkten für Deutschland, Österreich und Schweiz.

Wir können nicht alle Kriegsflüchtlinge dieser Welt aufnehmen

Die Flüchtlingskrise stellt uns zunehmend vor größere Herausforderungen. Seit Beginn 2015 kamen bereits mehr als 871.365 Asylbewerber nach Deutschland. Zum Vergleich: Im gleichen Zeitraum des letzten Jahres waren es lediglich rund 137.000. Und der Zustrom reißt nicht ab: Es ist davon auszugehen, dass bis Ende des Jahres möglicherweise über eine Million Flüchtlinge bei uns angekommen sind!

Flüchtlingspolitik muss mit Herz und Verstand gemacht werden. Niemand bleibt unberührt bei den Bildern, die dieser Tage durch die Medien gehen: Bei den schrecklichen Gräueltaten des IS nur gegenüber Andersgläubigen. Niemand sollte wegen seines Glaubens, sei er nun Christ oder Moslem oder sonstiges, um sein Leben fürchten müssen! Oder auch bei den schlimmen Szenen der zahlreichen Bootsflüchtlinge auf dem Mittelmeer. So kann es nicht mehr weitergehen! Aber: Wir können nicht alle Menschen nach Deutschland einladen! Man muss hier schon Politik mit Verstand machen!

Der Soziologe Max Weber entwickelte drei Grundanforderungen für den Politiker: Leidenschaft im Sinne von Sachlichkeit, Verantwortlichkeit im Interesse des Sachanliegens und ein „Augenmaß“ als notwendige persönliche Distanz zu Dingen und Menschen. Ein Verhältnis zur Politik, das der Gesinnungsethik den Vorzug gegenüber der Verantwortungsethik gab, lehnte er als irrational ab.

Niemandem hilft eine Politik, die vielleicht ethisch und moralisch richtig erscheint, aber alle überlastet, weil sie die Integrationsfähigkeit des Landes nicht mehr im Blick hat. Die aktuellen Zahlen der Zuwanderung bringen uns finanziell, organisatorisch und personell an die Grenzen des Leistbaren. In Deutschland zeichnet sich eine Trendwende bei der Geburtenrate ab: Bereits im letzten Jahr sind über 700.000 Kinder zur Welt gekommen. In diesem Jahr rechnen wir mit einer Zahl von 750.000. Dazu kommen im Jahr 2015 voraussichtlich über eine Million Flüchtlinge. Davon zieht statistisch gesehen jeder drei Nachkommen im Zuge des Familiennachzuges mit. Das kann auf Dauer nicht so weitergehen. Wir tragen Verantwortung – für die Menschen, die hier leben und für die Menschen, die zu uns kommen.

Wir können nicht alle Kriegsflüchtlinge dieser Welt aufnehmen. Laut der UN sind 60 Millionen Menschen auf der Flucht, allein in Syrien gibt es derzeit 7,6 Millionen Binnenflüchtlinge. Keiner kann, auch von so einer starken Volkswirtschaft wie Deutschland, erwarten, dass sie dieses Problem alleine löst. Wir brauchen daher eine Begrenzung der Zuwanderung. Dies setzt zwingend den wirksamen Schutz der EU-Außengrenzen voraus. Wir müssen wieder dafür Sorge tragen, dass unsere Grenzen auch wirklich Grenzen sind. Den betroffenen Staaten ist auf Anforderung Hilfe und Unterstützung zu leisten.

Darüber hinaus müssen wir stärker differenzieren, wer zu uns kommt: Während das Asylrecht bei individueller Verfolgung nicht beschränkt werden darf, müssen für Bürgerkriegsflüchtlinge europaweite Kontingente festgelegt werden. Dann können wir substantielle Hilfe leisten und kein Land wird bei der Integration überfordert. Und gleichzeitig müssen wir den Menschen helfen und den kriminellen Schlepperbanden muss das Handwerk gelegt werden. Straftaten, die im Zuge einer Schleusung begangen werden, müssen künftig härter geahndet werden. Bayern hat sich bereits hier im Bund mit der Forderung einer Mindestfreiheitsstrafe von drei Monaten durchgesetzt.

Die wichtigste Maßnahme aber gegen die massenhafte Flucht aus den Krisengebieten ist die Stabilisierung der betroffenen Regionen. Das Bundesentwicklungsministerium hat bereits mehr als zwölf Milliarden Euro bereit gestellt und mehrere Sonderinitiativen zur Beseitigung von Fluchtursachen gestartet.

Zudem muss die EU auf diesem Gebiet deutlich verstärkte Bemühungen zeigen. Dazu gehört natürlich, dass die Situation in den Flüchtlingscamps der Krisenregionen verbessert wird. Deutschland, und erst recht nicht Bayern, kann das Flüchtlingsproblem allein lösen. Wir brauchen ein europäisches Engagement. EU-Aufnahmezentren in Nordafrika, in denen die Flüchtlinge quotiert auf die Mitgliedsstaaten verteilt werden, wären ein grosser Fortschritt. Der Koalitionsausschusses hat zudem gefordert, menschenwürdige Aufnahme- und Registrierungseinrichtungen (sog. „Hotspots“) in den 28 EU-Mitgliedstaaten zu schaffen, an deren Außengrenzen der Flüchtlingsandrang besonders groß ist. Aber auch ein weltweites Engagement ist notwendig: Die UNO muss sich endlich ihrer Verantwortung stellen und gemeinsam an einer Lösung der Syrienkrise arbeiten. Und wir brauchen bereits jetzt Aufbaupläne für den Zeitpunkt nach dem Ende der kriegerischen Auseinandersetzungen. Die Menschen müssen die Perspektive erhalten, dass sich die Situation in ihrer Heimat wieder bessert. Nur dann machen sie sich nicht mehr auf den Weg.

Wer bereits hier ist und auch tatsächlich ein Recht auf Asyl hat, darf bleiben. Aber wir müssen die Verfahren beschleunigen, damit die Menschen schnell Klarheit über ihre Zukunft haben. Zurzeit liegen über 365.000 Anträge beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge in Berlin. Trotz personeller Aufstokkung beträgt die Wartezeit häufig viele lange Monate. Das ist unmenschlich und nicht hinnehmbar. Die Beschlüsse der großen Koalition auf Drängen Bayerns zur Einstufung von Albanien, Kosovo und Montenegro als sichere Drittstaaten sind ein Schritt in die richtige Richtung und gehören schnellstmöglichst umgesetzt. Bewerber aus sicheren Drittstaaten dürfen hier keine Möglichkeit zur Arbeitsaufnahme haben, sondern sollen so schnell wie möglich ein Verfahren bekommen und wieder nach Hause geschickt werden. Aus diesem Grund haben wir hier in Bayern als erstes Bundesland eigene Aufnahmeeinrichtungen für die Westbalkanflüchtlinge in Bamberg und Manching geschaffen. Asylbewerber müssen künftig sechs Monate in Erstaufnahmeeinrichtungen bleiben und werden nicht auf die Kommunen verteilt. In den Erstaufnahmeeinrichtungen sollen sie, soweit möglich, Sachleistungen statt Geld erhalten. Es dürfen keine weiteren Anreize finanzieller Art geschaffen werden, das deutsche Asylrecht, das eines der besten der Welt ist, zu missbrauchen. So würde eine Gesundheitskarte nur weitere Abwanderungsgründe schaffen und den Eindruck verschaffen, in Deutschland gäbe es eine umfassende kostenfreie Gesundheitsversorgung. Die Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge lehnen wir daher in Bayern strikt ab!

Die Menschen, die zu Recht unseren Schutz suchen, müssen so schnell wie möglich integriert werden. Dass sie unsere Kultur und unsere grundgesetzlich verankerten Wertvorstellungen teilen, ist neben der Sprachkompetenz eine unabdingbare Voraussetzung für eine gelungene Integration in unserem Land. Parallelgesellschaften darf es nicht geben. Die Deutschkurse für Flüchtlinge müssen erheblich ausgeweitet werden und die Integration vor allem in den Bereichen Bildung, Arbeitsmarkt und Wohnen muss auf ein solides Fundament gestellt werden. Der Bund hat seine finanziellen Zusagen auf 3 Mrd Euro erhöht, die an die Länder gegeben werden sollen. Das ist ein Anfang. aber es wird nicht reichen.

Die Agenda ist lang, und nur wenn wir alle diese Punkte gleichzeitig angehen, werden wir die Situation meistern. Bayern hat sich bereits mit vielen Forderungen im Bund durchgesetzt. Wir nehmen die Sorgen der Menschen wahr. Das ist unsere Verantwortung!

Kerstin Schreyer-Stäblein, MdL

Kerstin Schreyer-Stäblein, *MdL*
Stellvertretende Vorsitzende der CSU-Fraktion

Flüchtlinge brauchen weiterhin unsere Unterstützung

Im Oktober 2015 lobte der Deutsche Pflegerat e.V. (DPR) die hervorragende Arbeit beruflich Pflegender bei der Versorgung von Flüchtlingen. Er gab aber auch zu bedenken, dass die Flüchtlinge noch lange unsere Hilfe benötigen. Umso beschämender ist die Zunahme von Fremdenfeindlichkeit in unserem Land. Wir müssen zusammen stehen, um Neonazis und rechtsradikalen Hetzern zu zeigen, dass sie gegen die demokratische Mehrheit keine Chancen haben.

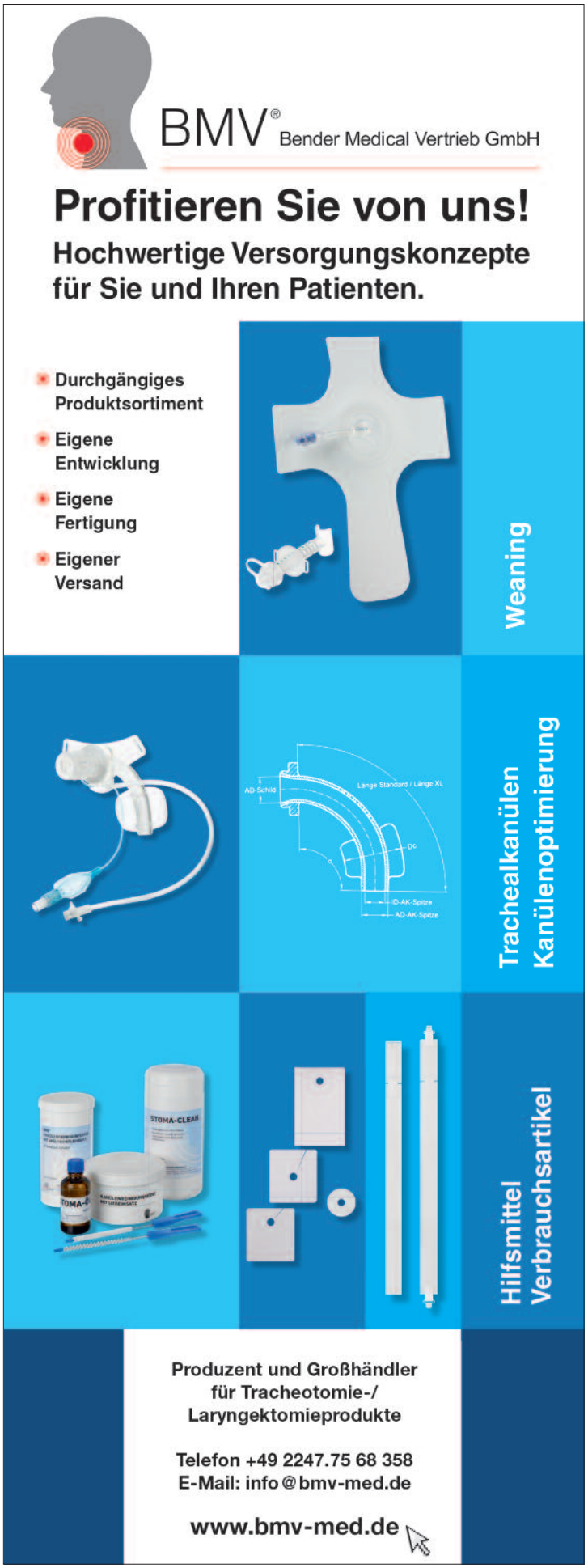
Die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH hat sich in ihrer Selbstverpflichtung aus dem Jahr 2012 ganz bewusst für den Satz aus dem Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland entschieden: „Die Würde des Menschen ist unantastbar“. Und dies gilt auch für alle, die in unserem Land Zuflucht suchen. Als Unterzeichner der „Charta der Vielfalt“ stehen wir dazu, dass „unterschiedliche kulturelle und gesellschaftliche Hintergründe“ eine Bereicherung für unser Land ist. Deshalb unterstützen wir die Aussage des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR) vom 16. Oktober 2015: „Als Deutscher Pflegerat treten wir für eine humane und den pflege- und hilfebedürftigen Menschen in den Mittelpunkt stellende Hilfe ein. Darin liegt auch die grundlegende Verantwortung der beruflich Pflegenden. Wir rufen daher alle professionell Pflegenden sowie Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen dazu auf, sich gegen jede Art von menschenverachtendem Gedankengut zu stellen.“ Er bittet, mit der Unterstützung nicht nachzulassen, „denn die Flüchtlinge brauchen noch lange unsere Hilfe. Als professionell Pflegende sind wir dabei besonders gefragt, denn die Flüchtlinge brauchen eine gute gesundheitliche Versorgung“.

Jedes Unternehmen sollte mit seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern darüber beraten, wie die Flüchtlinge vor Ort unterstützt werden können. Vielen Dank an all unsere Mitarbeiter, die sich schon seit vielen Monaten engagieren!

Am 30. November 2015 hat übrigens das Deutsche Institut für Menschenrechte eine Stellungnahme zur Debatte um "Obergrenzen" beim Recht auf Asyl in Deutschland herausgebracht. Darin wird dargelegt, dass eine zahlenmäßige Obergrenze beim Recht auf Asyl mit den Grund- und Menschenrechten, dem internationalem Flüchtlingsrecht wie auch dem Recht der Europäischen Union nicht vereinbar ist. „Eine Grundgesetzänderung, die das Individualrecht auf Asyl numerisch durch die Festlegung auf eine Höchstzahl von Schutzberechtigten pro Jahr begrenzt, ist unzulässig.“ Auch die Genfer Flüchtlingskonvention, die Europäische Menschenrechtskonvention und die UN-Kinderrechtskonvention stünden einer solchen Obergrenze eindeutig entgegen. Deutschland habe sich diesen Verträgen mit der Ratifikation völkerrechtlich unterworfen und sei an sie gebunden. Eine nachträgliche Einschränkung der Verpflichtungen aus den Verträgen durch Deutschland sei völkerrechtlich unzulässig. Die Stellungnahme ist unter www.institut-fuer-menschenrechte.de eingestellt.

Christoph Jaschke

Christoph Jaschke, *Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH*



Inklusives Kulturspektakel: Das 4. Independent Living Festival

Am 10. Oktober 2015 fand in München im Feierwerk ein Festival der besonderen Art statt. Unter dem Motto „Popkultur trifft Handicap“ zeigte das 4. Independent Living Festival einmal mehr, dass Inklusion auch ganz unbürokratisch, praktisch und lebendig sein kann. Der kreative Umgang mit diesem Thema macht deutlich, dass sich Kunst, Kultur und Behinderung nicht ausschließen, sondern auch wunderbar ergänzen können.

KünstlerInnen aus ganz unterschiedlichen Bereichen zeigten ihr Können in einer Weise, dass sich die Frage nach Behinderungen erst gar nicht mehr stellte. So provozierte beispielsweise Deutschlands einziger einarmiger Komiker Martin Fromme mit selbstironischen Lebensweisheiten. Die 9-köpfige Band Station 17 aus Hamburg, entstanden aus einer Wohngruppe für Menschen mit und ohne Behinderung, testete die Grenzbereiche nicht nur in ihrer Musik aus, sondern erwartete auch vom Publikum eine gewisse Flexibilität und Wandlungsfähigkeit.
Dass Musik viele Sinnesebenen anspricht, zeigte die Tanzperformance der gehörlosen Kassandra Wedel. Nicht weniger beeindrukkend war die Performance der Gebärdendolmetscherin Laura M. Schwengber, die die Musik von Blind & Lame und Zwoastoa kongenial mit ihren Gebärden, ihrer Mimik und Gestik sowie ihrer Körperhaltung visualisiert hat. Auch wenn man der Gebärdensprache nicht mächtig ist, konnte man jede einzelne Regung interpretieren.

*Die experimentierfreudige **Band Station 17** aus Hamburg*

***Kassandra Wedel** zeigte eine wunderbare Tanzperformance*

*Gebärdendolmetscherin **Laura M. Schwengber***

Die von Außergewöhnlich e.V. kuratierte Fotoausstellung lud dazu ein, eigene Vorurteile und den Blick auf gängige Schönheitsideale zu hinterfragen.
Insgesamt war dieses Festival ein sehr beeindruckendes Event, an dem viele Menschen mit und ohne Behinderung teilnahmen und sich begegnen konnten.

Doch sind die Möglichkeiten und Chancen der Inklusion in der Kulturszene noch lange nicht ausgeschöpft. Angefangen von barrierefreien Räumen, in denen sich alle Kulturschaffenden und Kulturinteressierten uneingeschränkt bewegen können, bis hin zur Anerkennung und Gleichstellung von KünstlerInnen mit Behinderung und dem richtigen Umgang und Darstellung in den Medien. Dass selbst das allgemein als weitgehend barrierefrei angesehene Feierwerk für diesen Abend nachgerüstet werden musste, macht deutlich, wie viel noch jenseits eines inklusiven Festivals zu tun bleibt.

Um auch im Alltagsleben „nachzurüsten“, muss man sich zunächst vergegenwärtigen, dass Teilhabe nicht ausschließlich ein Thema von Menschen mit Behinderung ist, sondern auch ein gesamtgesellschaftliches Ziel. Um Ziele zu verwirklichen, ist es notwendig, dass sich Menschen organisieren und koordinieren – **Gemeinsam ist man stark**.

So das Fazit des Veranstalters des Independent Living Festivals, dem Verbund behinderter Arbeitgeber – Selbstbestimmt Leben e.V., kurz VbA. Dieser berät Menschen mit und ohne Einschränkung rund um das Thema Behinderung. Ein Schwerpunkt dieser Beratungsstelle liegt in der Unterstützung von Menschen mit Behinderung bei ihrem Wunsch, selbstbestimmt in einer eigenen Wohnung zu leben. Das Ziel dabei ist es, sie zu befähigen, ihre AssistentInnen im Sinne des Arbeitgebermodells selbst einzustellen, anzuleiten und zu koordinieren – und auch zu bezahlen. Die dafür notwendige Verwaltung kann auf Wunsch von dem Lohnabrechnungsservice des VbA übernommen werden. Um die Suche nach geeigneter Assistenz zu erleichtern, wird eine Online-Assistenzbörse angeboten. Der VbA-Reisedienst ermöglicht Menschen mit und ohne Behinderung barrierefreie und erschwingliche Reisen mit barrierefreien Bussen. Zudem informiert der Reisedienst zum Thema barrierefreier Tourismus.

Wer weitere Informationen dazu haben möchte, kann sich gerne auf unserer Homepage www.vba-muenchen.de informieren oder uns unter info@vba-muenchen.de erreichen.
Die Assistenzbörse finden Sie unter:
www.assistenzboerse.de

WISSEN VERMITTELN

TRACHEOSTOMAVERSORGUNG, HYGIENE, NOTFALL-/MEGACODETRAINING

20. Januar 2016 in Leonberg

28. Januar 2016 in Unterhaching

2. März 2016 in Unterhaching

30. März 2016 in Leonberg

8. Juni 2016 in Unterhaching

8.00 – 17.00 Uhr

Veranstalter:
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH

Infos und Anmeldung unter:
info@ihcc.mobi und
www.ihcc-akademie.de

Möchten Sie immer auf dem Laufenden bleiben?
Dann abonnieren Sie unseren Fortbildungskalender unter
www.ihcc-akademie.de/ihcc-akademie/termine-und-anmeldung/kalender.html

Beatmet = kein Sport?

Für viele Betroffene undenkbar. Für mich nicht! Ich bin Johannes, 22 Jahre alt und spiele seit sechs Jahren E-Ball.

Die ersten drei Jahre beim HSV, danach beim BMTV Knights Barmstedt. E-Ball ist eine Sportart, bei der die Spieler mit an den E-Rollstuhl festmontierten Schläger einen Golfball versuchen im gegnerischen Tor unterzukriegen. Diese Sportart ist vom E-Hockey, bei dem auch Spieler mit Handschläger spielen, abgeleitet worden. Wir sehen zwar nicht wie Profis aus, müssen wir auch nicht! Gespielt wird 2 x 10 Minuten auf einem 24 x 12 qm großem Spielfeld. Natürlich ist das Spielfeld mit Banden abgesichert. Jedes Team tritt mit vier Spielern gegeneinander an. Es gibt zwei Klassen: A und B. Doch was ist der Unterschied zwischen den beiden? Die Geschwindigkeit. - A Gruppen spielen mit 10 km/h und B Gruppen mit 6 km/h - sowie die Schwere der Erkrankung. E-Ball ist für uns eine der wenigen Möglichkeiten, uns sportlich zu engagieren und uns mal richtig auszupowern.

Doch wer darf mitmachen? Jeder! Egal ob, man seinen E-Rollstuhl nur noch mit zwei Fingern oder ob man noch die Arme bewegen kann. Beatmung und Schlauch gut gesichert? Na dann einfach auf's Spielfeld, anschnallen, Schläger ran und schon wird angepfiffen!

Beim Spiel kann es auch mal hoch her gehen. Klar. Bei 10 - 15 km/h kann es auch mal zu kleineren Crashs kommen. Da muss dann der Schiri hart durchgreifen. Hier ruft ein Trainer „Pass auf, lass ihn nicht schießen!“ Der andere: „Schieß, schieß!“

Johannes Koch *(2.v.re.)*
spielt mit großer Begeisterung E-Ball

Bislang gibt es im Jahr zwei Turniere. Das große Himmelfahrtsturnier und den „Haus Rheinsberg Cup“. Beim großen Himmelfahrtsturnier spielen sowohl A- als auch B-Spieler. Nicht nur das Spiel steht im Mittelpunkt, sondern auch, Freunde beim Bierchen wiederzutreffen und die Partys. Der Gastgeber hatte schon so manche Überraschung parat, wie z. B. eine Feuershow von Künstlern. Dort treten Mannschaften aus Hamburg, Berlin, Dinklage, Stade, Würzburg, Kiel, Schenefeld und Barmstedt an. Übrigens ist meine Mannschaft aktueller norddeutscher Meister 2015!

Eine weitere Sportart ist das E-Hockey. Anders als beim E-Ball spielen hier einige Spieler mit Handschlägern. Außerdem wird dieser Sport mit richtigen Sportrollstühlen betrieben, die ausschließlich hierfür verwendet werden. Anders als im E-Ball gibt es im E-Hockey eine richtige Bundesliga. Im Jahr gibt es mehrere Spieltage, die immer an unterschiedlichen Orten ausgetragen werden. Ein Höhepunkt im E-Hockey sind die Weltmeisterschaften, die alle vier Jahre stattfinden. 2014 war ein solcher Höhepunkt. Deutschland durfte die WM in München ausrichten. Dort durften wir auch unsere Sportart E-Ball vorspielen. Das war auch einer DER Höhepunkte im E-Ball. Natürlich feuerten wir auch die deutsche Nationalmannschaft an.

Eine neue Sportart, die sich in Deutschland gerade etabliert, ist E-Soccer (E-Fußball). Gespielt wird mit einem richtigen Fußball, den man mit speziellen Rammschützen schießt und natürlich mit Seitenlinie. Also wie richtiger Männerfußball. Erst vor kurzem haben wir uns entschieden, E-Soccer zu spielen. Mal schauen, was auf uns zukommt. Wir sind gespannt.

Wie man also sieht, ist Sport mit Beatmung möglich. Man muss sich nur trauen!

Johannes Koch

Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH

„Gepflegt Durchatmen“ ist unser Leitspruch.

Die Qualität unserer Dienstleistung sorgt für zufriedene Klienten, und unsere Mitarbeiter bleiben uns treu, weil wir ein herzliches und wertschätzendes Miteinander pflegen.

Für unsere Wohngemeinschaften für Menschen mit Beatmung in **Augsburg**, **Bad Kissingen**, **Kerpen** und **Pforzheim** sowie für unsere 1:1-Versorgungen in **Baden-Württemberg**, **Nord- und Südbayern**, **Nordrhein-Westfalen**, **Hessen** und **Rheinland-Pfalz** suchen wir

- **examinierte Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/innen**
- **examinierte Altenpfleger/innen**

in Voll-, Teilzeit oder Minianstellung.

Wir bieten unseren Mitarbeiter/innen:

- Sicherheit durch unbefristete Arbeitsverträge
- Individuell angepasste Anstellungsverhältnisse
- Steuerfreie Zuschläge, betriebliche Altersvorsorge sowie eine arbeitgeberfinanzierte Krankenzusatzversicherung
- Firmenwagen (nach der Probezeit auch zur privaten Nutzung)
- Regelmäßige arbeitgeberfinanzierte Fortbildungen

Werden Sie Teil unseres Teams – wir freuen uns auf Sie.
Weitere Einblicke erhalten Sie unter **www.heimbeatmung.com**

HEIMBEATMUNGS SERVICE Brambring Jaschke GmbH

Fünf Jahre „Lufthafen“ in Hamburg

Das Altonaer Kinderkrankenhaus (AKK) in der Bleickenallee wurde 1859 gegründet und gehört mit seiner über 150-jährigen Tradition zu den ältesten Kinderkliniken Europas. Es werden dort jährlich ca. 11.500 Patienten stationär, und insgesamt 45.000 Patienten ambulant behandelt. In besonderen Einrichtungen und hoch spezialisierten Fachabteilungen bieten mehr als 600 Mitarbeiter Kinder- und Jugendmedizin auf qualitativ höchstem Niveau. Ein ganz besonderer Bestandteil des Krankenhauses ist der im Jahr 2011 eröffnete „Lufthafen – Die Wohnstation am AKK, Zentrum für langzeitbeatmete Kinder und Jugendliche“.

Dank erheblichem Zuwachs an pflegerischer Expertise und Fortschritten der Medizintechnik können heute langzeitbeatmete Kinder und Jugendliche meist zuhause in ihren Familien leben. Allerdings bringt auch das Leben innerhalb der eigenen Familie erhebliche psychosoziale Belastungen nicht nur für das dauerbeatmete Kind, sondern auch für Eltern und Geschwister mit sich. Zu diesem Ergebnis kam **Dr. Benjamin Grolle**, Leiter des „Lufthafen“, in seiner Dissertation „Lebensqualität langzeitbeatmeter Kinder und psychosoziale Situation ihrer Familien in Hamburg“ im Jahr 2010. Durch die verbesserten medizinisch / pflegerischen Möglichkeiten müsse mit einer „dramatischen Zunahme der Langzeitbeatmung im Kindesalter“ gerechnet werden; dabei sei die psychosoziale Situation der betroffenen Kinder und ihrer Familien „Besorgnis erregend“, so Grolle. „Meine Untersuchung hat ergeben, dass sich viele sozial ausgeschlossen fühlen. Wenn ein Kind mit einem 'Loch im Hals' auf einen Spielplatz kommt, macht das natürlich vielen erst mal Angst." Viele Eltern müssen mit ihren Kindern für die medizinische Behandlung von einem Spezialisten zum anderen reisen, immer wieder müssen die Kinder auf die Intensivstation, und kein normales Pflegeheim kann die Kinder vorübergehend aufnehmen, wenn die Eltern vielleicht auch mal allein in Urlaub fahren wollen. Deshalb sei es wichtig, „eine patientenorientierte Versorgungsstruktur für langzeitbeatmete Kinder und Jugendliche unter enger Einbeziehung der Familien“ weiter zu entwickeln.

WISSEN VERMITTELN

BEATMUNG COMPLETE

4. Mai 2016
9.00 – 17.00 Uhr in Augsburg

Veranstalter:
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH

Infos und Anmeldung unter:
info@ihcc.mobi und
www.ihcc-akademie.de

Möchten Sie immer auf dem Laufenden bleiben?
Dann abonnieren Sie unseren Fortbildungskalender unter
www.ihcc-akademie.de/ihcc-akademie/termine-und-anmeldung/kalender.html

Schon im Jahr 1993 war die erste Idee für den „Lufthafen“ entstanden. Seitdem hat sich der jetzige Sektionsleiter, Facharzt für Kinderheilkunde, noch in den Bereichen Neonatologie, päd. Intensivmedizin, päd. Pneumologie, Schlafmedizin und Psychotherapie weiter gebildet. Ziel des Altonaer Kinderkrankenhauses war es, mit dem „Lufthafen“ eine in Deutschland neuartige Einrichtung zu schaffen, in der die klinische Behandlung und dauerhaftes Wohnen miteinander verknüpft sind. Das Besondere am Lufthafen ist die „Synergie unter einem Dach“ von langfristiger Wohnperspektive, stationärer Diagnostik, stationärer Therapie und ambulanter Versorgung. Beim MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress 2011 sagte Grolle in seinem Vortrag: „Anspruch des Lufthafens ist es, auf alle Fragen (medizinisch, pflegerisch, seelisch & sozial) rund um die Langzeitbeatmung im Kindes- und Jugendalter eine Antwort im Kontext eines bundesweiten interdisziplinären Netzwerkes anzubieten und dabei die Kinder in ihrem sozialen und familiären Zusammenhang einzubeziehen“.

Der „Lufthafen“, das neugebaute Diagnostik- und Therapiezentrum am Altonaer Kinderkrankenhaus, wurde am 1. Mai 2011 mit acht Intensivbetten und sechs Wohnheimplätzen (inkl. Kurzzeitpflege) eröffnet. Die Kinder können zur Behandlung für einen stationären Intensivaufenthalt aufgenommen werden oder im Wohnbereich bis zu ihrem 18. Lebensjahr dauerhaft leben. Für eine ganz besondere Wohnatmosphäre sorgte der Architekt Marc Ewers: "Wir haben versucht, den Lufthafen genau auf die Bedürfnisse der betroffenen Familien auszurichten". In einer riesigen Wohnküche, die von allen gemeinsam genutzt wird, können sich Eltern und Kinder der verschiedenen Familien untereinander kennenlernen. Von den ebenerdigen Zimmern aus gelangt man mit dem Rollstuhl oder dem ganzen Bett auf die Terrasse und in einen offenen Garten mit einer großen Spielfläche. Die Umgebung erinnert kaum an ein Krankenhaus, trotzdem stimmt auch die funktionale Seite der medizinischen Einrichtung.

„Ohne den unermüdlichen und enthusiastischen Einsatz unserer Geschäftsführerin, Frau Christiane Dienhold“, so Grolle, „wäre die Realisierung des Lufthafens weder politisch noch ökonomisch zu realisieren gewesen“. Finanziert wurde das Projekt aus Geldern des Konjunkturpakets II, der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz Hamburg und Spendenmitteln. Letztere sind für den „Lufthafen“ noch immer wichtig. Wie gut der „Lufthafen“ in Hamburg angekommen ist, zeigen Aktionen wie z.B. Golf-Turniere, deren Erlös gespendet wurde. Auch der Moderator Carlo von Tiedemann und Andreas Torn, der Vorsitzende des

LUFTHAFEN
Die Wohnstation am AKK

Vereins „Quickborn hilft e.V.“ überreichten einen Spendenscheck. "Die Spende trägt dazu bei, dass die kleinen Patienten, die meist in ihrer Bewegung eingeschränkt sind, gemeinsam ein Kunstprojekt verwirklichen können“, sagt Grolle. So werden den Kindern Fotografien des Hamburger Hafens zur Verfügung gestellt, die sie gemeinsam mit einem Kunsttherapeuten des Altonaer Kinderkrankenhauses (AKK) kreativ nachempfinden. Die Bilder des Fotografen und die individuell gestalteten Gemälde der kleinen Patienten werden anschliessend im Lufthafen allen Patienten und Besuchern dauerhaft präsentiert.

Eine weitere großzügige Spende konnte der Lufthafen von Cornelia Poletto entgegen nehmen. Die Hamburger Spitzenköchin ist seit Jahren mit großem Engagement als Schirmherrin des AKK im Einsatz und hatte unter anderem Ende 2014 die neue Cafeteria mit eröffnet. So spendete sie ihre Gage für das Buch "Expresskochen italienisch" in Höhe von 15.000 Euro an das AKK. Hiervon werden bequeme Betten für die Familien der Lufthafen-Kinder angeschafft. Derzeit leben fünf Kinder dauerhaft im „Lufthafen“ und jährlich werden über 200 dort stationär behandelt. Die Interdisziplinarität hat sich bewährt; die Eltern sind insgesamt sehr zufrieden und können so besser die großen Herausforderungen, vor die sie mit einem langzeitbeatmeten Kind gestellt werden, bewältigen. Dr. Grolle: „Wir planen eine Erweiterung der Intensivstation für langzeitbeatmete Kinder und Jugendliche um weitere sieben Betten. Dabei wird ein besonderer Schwerpunkt bei der Betreuung von Jugendlichen und jungen Erwachsenen einschließlich einer strukturierten Transition in die Erwachsenenmedizin liegen.“

Ein ganz besonderes Anliegen von Dr. Grolle ist die Vernetzung, insbesondere der Pädiater, die langzeitbeatmete Kinder behandeln. In seiner Funktion als Mitglied des Vorstands der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. engagiert er sich zudem für die Qualifizierung zur „Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung“ und ist Mitglied der Zertifizierungskommission. Außerdem gehört er dem Wissenschaftlichen Beirat des MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress an und wirkt als Berater und Referent mit.

Wer mehr über den „Lufthafen“ erfahren oder spenden möchte, kann sich informieren unter www.kinderkrankenhaus.net.

Eine starke und mutige Frau

Gutes tun! Nicht wegschauen, sondern anpacken und helfen! Das ist das Motto der Preisträgerinnen des Medienpreises „Die GOLDENEN BILD der FRAU 2015“. Am 29. Oktober 2015 zeichnete Deutschlands größte Frauenzeitschrift BILD der FRAU, ein Titel der FUNKE MEDIENGRUPPE, zum 9. Mal fünf ganz besondere Frauen aus, die sich ehrenamtlich engagieren.

Gesucht worden waren fünf Alltags-Heldinnen, die ein soziales Problem erkannt haben und mit ihrem eigenen Verein oder Projekt für Verbesserungen kämpfen. Zu den glücklichen Preisträgerinnen gehörte Christine Bronner, Gründerin der Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München. Seit dem 30. Juli 2015 waren die Anwärterinnen auf einen Preis in der bundesweiten Plakatkampagne „Starke Frauen, starkes Land“ vorgestellt worden. Viele Unterstützer hatten für Christine Bronner gestimmt und dazu beigetragen, dass die Stiftung nun ein Preisgeld erhält. Es ist ein wahrer Segen für die Stiftung, da sie ihre Arbeit zu 80 Prozent aus Spenden finanziert. Rund 150 betroffene Familien mit lebensbedrohlich schwerst erkrankten Un-, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen werden von der Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München in ganz Bayern betreut.

Fotocredit: Volker Hartmann/FUNKE MEDIENGRUPPE

Der Auftritt von Christine Bronner bewegte die über 500 Gäste sehr, denn sie gedachte bei ihrer Dankesrede des vierjährigen Sten, dessen Familie sie mit ihrer Stiftung lange betreut hatte – und der kurz zuvor gestorben war. „Sten war ein so besonderer Junge! Er hat jeden Moment seines Lebens genossen, obwohl er so krank war. Wir können viel von diesen Kindern lernen: Sie füllen nicht das Leben mit Tagen, sondern die Tage mit Leben.“ Die festliche Preisverleihung fand am 29. Oktober 2015 statt. **Wir gratulieren Frau Bronner sehr herzlich!** Mehr unter: www.goldenebildderfrau.de/2015.html

11. Tagung Außerklinische Beatmung von Kindern und Kleinkindern

Für den 20. und 21. November 2015 hatten Chefarzt Dr. med. Jörg Winckelmann, Dr. med. Kurt H. Wollinsky, Oberarzt i.R. und Facharzt Dr. med. Bernd Kutter zur 11. Tagung "Außerklinische Beatmung Kinder und Kleinkinder" nach Ulm-Seligweiler eingeladen. Hierzu konnten die Veranstalter an beiden Tagen rund 200 Teilnehmer/innen begrüßen.

Unter dem Vorsitz von **Dr. med. Kurt Wollinsky** und PD **Dr. med. Hans Fuchs** ging es an beiden Tagen schwerpunktmäßig um die ärztliche Entscheidungsfindung in der Pädiatrie und um die Frage „Beatmung Ja/Nein? - bei welcher Lebensqualität", um die invasive Langzeitbeatmung und die Behandlung von Kompliationen, die Entwicklung in der Kinderbeatmung aus historischer Sicht, um das querschnittgelähmte Kind und die Einstellung des Beatmungsgerätes bei einem Kind mit Ateminsuffizienz.

In acht rotierenden Workshops und fünf Industrieworkshops wurden praxisnah „Troubleshooting – Fehlererkennung bei der Beatmung von Kindern", „Kindernotfälle: Reanimation", „Alles zur Trachealkanüle bei Kindern", Beatmungseinstellung im Selbstversuch, Sekretmanagement, Sprechen beim invasiv beatmeten Kind und Physiotherapie beim inkooperativen Kind vorgestellt. In den Industrieworkshops wurden intensives Hustenmanagement, Hustenassistenz, Alarmmanagement in der außerklinischen Beatmung, Mundstückbeatmung und moderne Kommunikationshilfen sowie intrapulmonale Perkussionsventilation zur Sekretlösung vorgestellt. In einer interaktiv gestalteten Ethikrunde ging es um lebensverlängernde Maßnahmen aus Sicht verschiedener Glaubensbekenntnisse. Daran wirkten ein evangelischer Klinikgeistlicher und ein islamischer Theologe mit. Sehr lebhaft ging es auch in einer Runde zu, in der das aktuelle Thema „Geräteumversorgung" diskutiert wurde. Diese war vor allem für die Vertreter von Sanitätshäusern, Providern, Kostenträgern, Verordnern sowie Kinderintensivpflegediensten interessant.

Gelungener musikalischer Abschluss des ersten Tages war wieder eine Get-Together-Party, auf der eine Auswahl der DIGAB- und Ulm-Allstars für die Musik sorgte. Die Tagung in Ulm-Seligweiler war rundum ein voller Erfolg!

Vor 11 Jahren hat Dr. Kurt Wollinsky diese Tagung initiiert, um eine Brücke zwischen stationärer und außerklinischer Versorgung zu schlagen und Pflegenden das Spezialwissen zu vermitteln, das bei der Versorgung außerklinisch beatmeter Kinder wichtig ist. Nach dieser inspirierenden Veranstaltung darf man sich schon auf die 12. Tagung freuen. Informationen unter www.rku.de/index.php/ausfort-und-weiterbildung4

Dr. med. Kurt Wollinsky, *Oberarzt i.R.*
RKU - Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm

WISSEN VERMITTELN

BASISKURS AUSSERKLINISCHE BEATMUNG

7. bis 11. März 2016
in Leonberg

13. bis 17. Juni 2016
in Unterhaching

07. bis 11. November 2016
in Bad Kissingen

akkreditiert durch die

DIGAB
Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung

Veranstalter:
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH

Infos und Anmeldung unter:
info@ihcc.mobi und
www.ihcc-akademie.de

Möchten Sie immer auf dem Laufenden bleiben?
Dann abonnieren Sie unseren Fortbildungskalender unter
www.ihcc-akademie.de/ihcc-akademie/termine-und-anmeldung/kalender.html

09. – 10. März 2016 | Messegelände Hannover

Workshop am 9. März 2016
Wachstumsmarkt außerklinische Intensivpflege – ohne Qualität geht es nicht!

Zielgruppe
Neueinsteiger, Geschäftsführer und PDL ambulanter Dienste und stationärer Einrichtungen

Inhalte
- Betriebswirtschaftliche Voraussetzungen und Kalkulation
- Sozialrechtliche Bestimmungen und Hürden
- Konzepte für Qualität und Mitarbeiterqualifizierung
- Fallbeispiele aus der Praxis

Workshop am 10. März 2016
Lebensqualität bei außerklinischer Beatmung – Chancen und Grenzen

Zielgruppe
Geschäftsführer und PDL ambulanter Dienste und stationärer Einrichtungen, Altenpflegekräfte

Inhalte
- Herausforderungen in der Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen
- Außerklinische ärztliche Versorgung von Menschen mit Beatmung
- Entlassungsmanagement Entscheidungsträger und Versorgungsstrukturen für die Betroffenen
- Fallbeispiele aus der Praxis

FACHAUSSTELLUNGEN HECKMANN
UNTERNEHMENSGRUPPE DEUTSCHE MESSE

www.altenpflege-messe.de

VINCENTZ

Ambulante Versorgung von onkologischen Kindern und Jugendlichen aus Sicht der Pflege

Bei der Hausmesse „Emmering – Die Erste“ am 17. und 18. September 2015, veranstaltet von der F. G. Streifeneder KG Rehatechnik und der WKM - Werkstatt für Körperbehindertenhilfsmittel, Orthopädie, Reha und Medizintechnik GmbH München, wurde ein hochkarätiges Programm an Vorträgen und Workshops geboten. Sabine Zehentmeier referierte über die Rolle der Pflegekräfte in der ambulanten Versorgung von onkologischen Kindern und Jugendlichen.

Wenn oben nicht mehr oben ist –
Die Mitte
nach außen gerückt -

Wenn gute Wünsche wie eine Farce
und ein Sonnentag wie Nebel wirkt –

Wenn nichts mehr ist
wie es vorher war –

Dann wünsche ich dir
Menschen,
die wie ein Ring um dich sind,
damit du nicht fällst.

(Ludwig Kugler)

In Deutschland leben gegenwärtig ca. 22 000 Kinder und Jugendliche mit einer lebenslimitierenden Erkrankung, jährlich wird bei rund 4000 jungen Patienten eine solche Erkrankung diagnostiziert. Als „lebenslimitierend“ werden Erkrankungen bezeichnet, bei denen die Kinder / Jugendlichen mutmaßlich vor Erreichen des Erwachsenenalters versterben werden. Tatsächlich sterben mehr als 1500 jährlich, davon ca. 500 an einer Krebserkrankung. Erhalten ein Kind und seine Familie die Diagnose, so tut sich vor ihnen ein Abgrund auf. Einen solchen Ring, wie Ludwig Kugler in seinem Gedicht beschreibt, bilden um das Kind und seine Familie in München und Umgebung die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, Kleine Riesen, das AKM Ambulante Kinderhospiz München, das die Familie ab der Diagnose einer lebensverkürzenden Erkrankung, im Leben und Sterben und über den Tod der Kinder hinaus begleitet, und die SMN FANKI (Familiennachsorge und Krisenintervention). All diese Partner streben die umfassende Betreuung an dem Ort an, der dem Wunsch des Kindes und seiner Familie entspricht. Neben der Förderung im „Selfmanagement“ geht es um mehr Lebensqualität durch Symptomlinderung und Schmerztherapie.

Grundlage ist die international anerkannte Leitlinie ACT-Charta für Kinder und Jugendliche mit lebensbedrohlichen oder terminalen Erkrankungen und ihrer Familien.

Und was kann die Pflege neben den medizinischen Interventionsmöglichkeiten tun? Die Pflegekräfte müssen entsprechend qualifiziert sein und Freude an der Anleitung der Familienangehörigen haben. Denn diese brauchen Schulung z.B. im Umgang mit der Ambulanten Infusionstherapie, und Informationen über Hygienemaßnahmen und den Umgang mit einem zentralen Katheter. Die Pflegekräfte können viel zur Organisation des Zubehörs beitragen. Wichtig ist der Beziehungsaufbau zwischen Patient und Pflegeperson. Letztere muss eine Zukunftsorientierung geben und das Sicherheitsgefühl stärken, damit sich die Familien nicht alleine fühlen.

Über die Grenzen geschaut … Kinderbeatmung in Moskau!

Vor mehr als 20 Jahren steckte die außerklinische Beatmung noch in den Kinderschuhen. Die Versorgung der Klienten hatte noch keine klare Struktur, der rechtliche Anspruch auf Pflege und Hilfsmittel war noch ungeklärt oder auch umstritten, und das Wissen um außerklinische Beatmung und die dafür erforderliche Technik war unzureichend. Inzwischen hat sich hierzulande viel getan. Auch wenn die Situation nicht wirklich gut ist, haben wir zumindest die Anfangsprobleme überwunden. So müssen wir nicht mehr über Monate um den Finanzierungsanspruch von Pflege und Hilfsmitteln kämpfen. Aber uns fehlt qualifiziertes Personal. Dass unsere Probleme dennoch eher Luxusprobleme sind, wurde mir bei einer Reise nach Moskau bewusst.

Im Juni 2015 durfte ich nach Moskau fahren, um dort zum Thema „Außerklinische Beatmung bei Kindern“ zu referieren. Die Anfrage kam vom Kinder Palliativ Verein Moskau. Die Firma Börgel GmbH versorgt seit einiger Zeit in Russland und Tschechien, mit Hilfe einer engagierten russischsprachigen Mitarbeiterin, betroffene Kinder. Entstanden ist dies aus einem Kontakt mit einer Familie, deren Kind in Deutschland versorgt wurde. Julia Logunov, die Mutter des Kindes, engagiert sich nun stark mit Hilfe des Kinder Palliativ Vereins für die in Russland und Umgebung lebenden, doch sehr unterversorgten Kinder. In Zusammenarbeit mit einer dortigen HNO Ärztin wurde so eine Informationsveranstaltung für Eltern und Angehörige von Kindern mit Beatmungspflicht und ein weiterer Termin für interessiertes medizinisches Personal geplant. Inhalt sollten die Grundlagen sein: Was ist ausserklinische Beatmung, welche Beatmungsformen, welche technischen Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien gibt es, wie häufig wird eine Kanüle gewechselt. Die Inhalte für beide Tage sollten ähnlich sein, da auf beiden Seiten wenig Wissen vorhanden sei. Das war meine Information.

So reiste ich mit meiner russischsprachigen Kollegin Anastasia Altvater nach Moskau, und sie übersetzte dort meine Vorträge. Am ersten Tag kamen ca. 15 Angehörige mit Anreisezeiten von bis zu einem Tag. Die Teilnehmer nahmen die Informationen mit vollstem Interesse auf und hatten Zeit, noch viele Fragen zu stellen. Deutlich wurde für mich, dass die Unterstützung, die sie in ihrer Heimat und von den Kliniken erhielten, dem Zustand glich, wie er hier vor vielen, vielen Jahren war. Zwar ausgestattet mit zum Teil modernen Beatmungsgeräten, sind dort die Optionen und Möglichkeiten nahezu unbekannt. So bekam ich ein Gespräch zwischen Eltern mit, in welchem der Vater eines achtjährigen Jungen mit Muskeldystrophie der Mutter eines zweijährigen Mädchens mit einer Stoffwechselerkrankung anbot, deren Beatmungsgerät so einzustellen wie das seines Sohnes, weil es dem ja schließlich sehr gut damit ginge!!! Auch erfuhr ich, dass es auf Intensiv Stationen nicht üblich ist, für verschiedene Absaugvorgänge und verschiedene Kinder neue Absaugkatheter zu benutzen. Keine der dort anwesenden Familien hatte zu Hause fachliche Unterstützung bei der Pflege und der medizinischen Versorgung der Kinder. Viele hatten hier das erste Mal Kontakt zu anderen betroffenen Familien. Am zweiten Tag kamen dann etwa dreißig Mediziner und Mitarbeiter aus der Pflege. Auch hier war das Interesse groß, besonders was die Durchführung und Möglichkeiten der häuslichen Beatmung anging. Materialwechsel und Therapiemöglichkeiten, besonders zum Sekretmanagement, waren ein wichtiges Thema. Die Besucher beider Tage waren dankbar für die erhaltenen Informationen und den Austausch, sowohl mit uns als auch untereinander. Die in Moskau gemachte Erfahrung zeigt mir nun wieder, wie gut doch in Deutschland die Versorgungsstruktur, die Möglichkeiten und die Qualität sind, und wie weit uns die fachliche und inhaltliche Arbeit der letzten Jahre gebracht hat. So erschreckend war aber auch die Tatsache, dass in einer Weltstadt, in der es in jeder noch so tiefen Metrostation freies WLAN gibt und wo versucht wird, Entwicklung, Moderne und Wohlstand nach außen hin zu demonstrieren, die Versorgung von Kindern mit Beatmungspflicht noch so viel Unwissenheit und so wenig Unterstützung aufweist.

Anastasia Altvater** mit **Meike Grimm

Teilnehmer

Meike Grimm
Krankenschwester, Dipl. Sozialarbeiterin, Management für Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, Case Manager DGCC, Börgel GmbH

Case Management bei einer Klientin mit Maskenbeatmung (Teil 1)

Im Januar 2014 absolvierte Meike Grimm, Krankenschwester, Dipl. Sozialarbeiterin, Management für Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, erfolgreich die Zertifizierte Weiterbildung nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) e.V. zum Case Manager im Sozial- und Gesundheitswesen. Ihre Facharbeit anhand eines Fallbeispiels mit dem Titel „Case Management bei einer Klientin mit Maskenbeatmung“ dürfen wir in den nächsten Ausgaben dankenswerter Weise veröffentlichen.

1. Einleitung

Einige Fachkliniken sind mittlerweile in der Überleitung erfahren und haben eine Entlassungsplanung entwickelt. Trotzdem stehen gerade die Leistungserbringer häufig als Vermittler zwischen den Patienten, Kliniken, Krankenkassen und Pflegediensten. Es bestehen Schnittstellen in fast alle Richtungen. Der Betroffene und auch sein soziales Umfeld sind zunächst überfordert und benötigen dringend Hilfe, um die veränderte Situation im Leben wieder bewältigen zu können. Häufig bedarf es, gerade bei Menschen mit Beatmung, einer Vielzahl Beteiligter, die in Absprache miteinander und unter genauer Planung zusammen ar-

beiten: Verordner, Pflegepersonal, verschiedene Kostenträger, Therapeuten usw.. Hierbei kommt es häufig in erheblichem Maße zu Versorgungsstörungen und Konflikten. Die Notwendigkeit verordneter Geräte wird in Frage gestellt, Materialien werden nicht korrekt angewendet, es kommt zu Überversorgungen, eine sinnvolle Anwendung der Hilfsmittel und deren Umgang im Alltag ist nicht möglich, Kosten werden nicht übernommen. Es könnten noch viele weitere Unwägbarkeiten aufgezeigt werden. Leidtragender ist zumeist der Patient, oft ist dieser durch seine erheblichen Einschränkungen im Alltag nicht in der Lage, diese Probleme selbständig zu lösen oder zu organisieren. Gründe hierfür können kognitiver, körperlicher, als auch struktureller Art sein.
Bei all diesen Problemen könnte ein professionelles Case Management Abhilfe schaffen. Dies ist mittlerweile sogar auf sozial- und gesundheitspolitischer Ebene erkannt worden. Anfänglich nur im SGB III im Rahmen des Fallmanagements erwähnt, wurde im SGB V im Rahmen des Versorgungsmanagement der Gedanke des Case Managements aufgenommen: §11 Abs. 4 SGB V – Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement insbesondere zur Lösung von Problemen beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche; dies umfasst auch die fachärztliche Anschlussversorgung. Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung des Versicherten und übermitteln sich gegenseitig die erforderlichen Informationen.
Im weiteren Verlauf erhielt das Case Management im Rahmen des Pflegeweiterentwicklungsgesetzes im SGB XI in der Pflegeberatung weitere Bedeutung und eine rechtliche Grundlage. Weitere leistungsrechtliche Grundlagen sind auch im SGB II, VII, VIII, IV, und XII vorhanden.

1.1. Was ist Case Management?

Case Management steht unter dem Dach des Systemischen Arbeitens: „Case Management soll, nach der Definition der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC), Fachkräfte im Humandienstleistungsbereich befähigen, unter komplexen Bedingungen Hilfemöglichkeiten abzustimmen und die vorhandenen Ressourcen im Gemeinwesen oder Arbeitsfeld koordinierend heranzuziehen.“ (Eichler 2013, S.3). Das Case Management hat den Anspruch, Fachlichkeit, Wirtschaftlichkeit und Humanität miteinander zu verbinden. Das Ziel besteht darin, eine Verbesserung der Versorgungsqualität zu erreichen, bestehende Ressourcen sinnvoll einzusetzen und Überversorgungen zu vermeiden. Case Management findet auf der Fall- und Systemebene statt: Fallsteuerung bedeutet hierbei die auf den individuellen Einzelfall bezogene Steuerung der Hilfe, Systemsteuerung meint einmal die organisationsbezogene und fallübergreifenden Hilfen, sowie auf der politischen Ebene die versorgungsbezogene und einrichtungsübergreifende Steuerung. „Beim Case Management ist es in hohem Maße sinnvoll und erforderlich, dass sektorenübergreifend zusammengearbeitet wird.“ (DGCC, 2008). Wir finden Case Manager mittlerweile etabliert in Krankenhäusern in der Akutversorgung, als auch für die Langzeitversorgung in der Peripherie. Die Neutralität der Beratung ist eine der wichtigsten Eigenschaften des Case Managers und absolut wünschenswert. So sehe ich einen klaren Vorteil in einer neutralen Koordinationsstelle. Meist wird aber Case Management durch Leistungserbringer und durch Kostenträger angeboten. Hier muss großer Wert darauf gelegt werden, dass die Interessen der Organisation bei der Vermittlung nicht im Vordergrund stehen. Jedem unserer Patienten muss bei Bedarf ein Zugang und das Recht auf Case Management gewährt werden. So können ganzheitliche Hilfen geleistet werden.
Ich sehe meine Rolle als Case Manager im Gefüge eines Providers der Beatmungsmedizin sehr kritisch. In unserem Unternehmen ist Case Management zwar nicht offiziell implementiert oder festgeschrieben, allerdings lebt das Unternehmen die Vision, den Patienten im Zentrum einer ganzheitlichen Versorgung zu sehen. Eine vermittelnde Tätigkeit zwischen Klienten, Kostenträger, ärztlichen Dienst und Verordner sowie Pflegedienst und auch der eigenen Organisation sind klarer Inhalt der Tätigkeit. Betriebswirtschaftliche Interessen dürfen keinesfalls im Vordergrund stehen. Auch wenn mir dies noch gelingt, so glaube ich, dass ein jeder, der sich mit dem Unternehmen, für welches er arbeitet identifiziert, nicht uneingeschränkt allen Situation objektiv gegenübersteht. Auf Grund der Zugehörigkeit und des Lernens in einem Betrieb wird eine Meinung gebildet. So werden vielleicht einige Geräte, Materialen, Vorgehensweisen oder Handhabungen bevorzugt gesehen und beeinflussen

Fortsetzung Seite 22

Außerklinische Beatmung

Als erstes Unternehmen haben wir 1982 in Deutschland damit begonnen, Menschen mit Beatmungspflicht unterschiedlicher Grunderkrankungen und jeden Alters ganzheitlich zu betreuen und zu versorgen.

Unser Konzept, das neben der medizintechnischen Versorgung eine umfassende Betreuung der Patienten/Versicherten beinhaltet, wurde in Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachkreisen entwickelt.

BÖRGEL GmbH
Beatmungsmedizinische Dienstleistungen und Technik

www.boergel-gmbh.de

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 unterstützten und kontrollierten Beatmung
- Phrenicusnervenstimulatoren (PNS)
- Geräte zur Unterdruckbeatmung
- Meß- und Überwachungsgeräte, Absauggeräte
- sämtliche Zubehör- und Verbrauchsmaterialien zur Beatmung

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

Vorgehensweisen bei Planungs- oder Vermittlungsaufgaben.
Hier möchte ich nun ein Fallbeispiel darstellen welches einen Ausschnitt meiner täglichen Arbeit darstellt. In Ermangelung von anderen, „neutralen“ Angeboten habe ich die Vermittlerfunktion im Rahmen des Handlungskonzeptes „Case Management“ übernommen, um der betroffenen Patientin in Not Hilfe von außen zu bringen und um eine drohende Verschlechterung der Situation abzuwenden, die sie selber nicht bewältigen konnte. Das Fallbeispiel soll die gesamte Arbeit begleiten, was im Text durch einen Hinweis darauf geschieht.
Bei der Darstellung der Vorgehensweisen und Methodik des Handlungskonzeptes und bei der Beschreibung und Anwendung von Instrumenten werde ich zusätzlich zur Verdeutlichung der Praxis einzelne Sequenzen einpflegen.

Im dargestellten Fall reicht die aktuelle Versorgungsstruktur nicht aus, um eine drohende Gefahr innerhalb der bestehenden Gesundheitsversorgung abzuwenden. Die Schwierigkeit des Falls liegt in der Dringlichkeit, mit welcher einige Teilbereiche bearbeitet werden müssen, um so die Versorgung und den Verbleib der Klientin im häuslichen Bereich zu sichern. Es handelt sich um eine Versorgung mit palliativem Charakter.

2. Vorstellung der Patientin

Frau Monika B. ist 69 Jahre alt, sie ist an einer Amyotrophen Lateralsklerose (ALS) erkrankt, die im Frühjahr 2011 diagnostiziert wurde. Bereits ein gutes Jahr zuvor zeigten sich erste Symptome, die aber nicht zugeordnet werden konnten. Frau B. lebt seit 20 Jahren zusammen mit ihrem etwa gleich alten Lebensgefährten in einer Mietwohnung in der ersten Etage. Sie hat aus erster Ehe eine Tochter, die mit Ehemann und erwachsenem Sohn in der gleichen Stadt wohnt. Der Kontakt ist soweit gut. Die Tochter kommt einmal in der Woche zu Besuch.

Ich lernte Frau B. im November 2011, ein halbes Jahr nach der Diagnosestellung kennen. Sie klagte über Atemschwäche und wurde im Heimatkrankenhaus, auf der pneumologischen Beatmungsstation, auf eine nichtinvasive Maskenbeatmung eingestellt. Hierbei erfolgt der Beatmungszugang über eine Beatmungsmaske. Nach ihrer Entlassung konnte Frau B. sich noch nicht so recht auf die Beatmung einlassen und nutzte das Gerät nur in kleinen Einheiten über Tag. Ziel sollte es sein, zur Entlastung eine nächtliche Beatmung von ca. acht Stunden durchzuführen, um am Tag die eigenen Ressourcen (Kraftreserven) besser einsetzen zu können. Nach verschiedenen Hausbesuchen und Absprache mit der Klinik passte ich Ende Januar einige Beatmungsparameter der individuellen Situation der Patientin noch einmal an und optimierte somit die Beatmung. Zu diesem Zeitpunkt saß Frau B. schon fest im Rollstuhl und konnte das Haus nur mit Hilfe des Rollstuhls, einer Treppenraupe und dem Fahrdienst verlassen. Die Pflege wurde von dem Lebensgefährten Herrn K. vollständig übernommen. Frau B. war in die Pflegestufe 1 eingestuft.

Zum Jahresende hin nutzte die Patientin dann das Beatmungsgerät regelmäßig während des Mittagsschlafs und für zwei Stunden zu Anfang in der Nacht. Eine erneute Aufnahme in die Klinik zur Kontrolle und Parameteroptimierung lehnte sie ab, da sie Angst hatte dort „noch kränker“ zu werden. In das Ehebett wurde ein Pflegebettrahmen eingebaut und ein Toilettenstuhl verschrieben. Das Paar konnte seine Angelegenheiten gut bewältigen, Hilfe in der Pflege lehnten beide ab. Bei Fragen und Unsicherheiten in Bezug auf die Beatmung, meldeten sie sich selbständig bei mir.

Im Mai bat die Patientin um einen Hausbesuch, ihre Atmung sei nicht mehr ausreichend, sie nutzte das Gerät nun regelmäßig in der Nacht und am Mittag. Nach Rückversicherung mit der behandelnden Ärztin der Klinik erhöhte ich den Beatmungsdruck, einen stationären Kontrolltermin lehnte Frau B. erneut ab. Nach kurzer Besserung meldete sich die Patientin vier Wochen später erneut. Die Beatmung nutzt sie nun nahezu 20 Stunden am Tag und sie klagte über Druckstellen auf dem Nasenrücken. Da es sich um eine offene Wunde handelte, versorgte ich sie akut mit einer weiteren Maske mit anderen Auflagepunkten und bat um ärztliche Abklärung und Behandlung der Wunde. Weiter empfahl ich eine Verordnung für eine individuelle Mund-Nasen-Maske zu beantragen, da bei 20-stündiger Maskentragezeit Druckstellen mit Standardmasken nahezu unumgänglich sind. Individuelle Masken werden auf Basis eines Gesichtsabdruckes von spezialisierten Firmen angefertigt.
“Diskomfort durch Masken kann am allerbesten durch individuelle Maskenanpassung gelöst werden. Durch absolute Passgenauigkeit ist der erforderliche Bänderzug gering, somit werden Druckstellen vermieden.“ (Karg, O., Geiseler, J., S. 149). „In der Regel sind konfektionierte Masken ausreichend. Maßangefertigte Masken können jedoch bei hohen Beatmungsdrücken, langen Beatmungszeiten, schlechter Passform der konfektionierten Masken oder empfindlicher Haut notwendig sein. … Bei langen Beatmungszeiten können zur Druckstellenentlastung mehrere verschiedene Masken notwendig sein.“ (DGP 2010, S. 5)
Auch informierte ich die Patientin darüber, dass bei solch langen Beatmungszeiten laut DGP-Leitlinie ein zweites Beatmungsgerät verordnet werden müsse. (DGP, 2010, S. 4)
Die Verordnung einer individuellen Maske und des Gerätes solle sie bitte mit der behandelnden Ärztin besprechen. Frau B. hatte eine Hausärztin, die im Notfall nach Hause kommt und eine Neurologin, welche leider keine Hausbesuche durchführte. Ein Klinikaufenthalt wird auch jetzt, bei doch extremer Verschlechterung der Situation von Frau B. abgelehnt.
Frau B. und Herrn K. legten nach eigenen Aussagen immer wieder wert darauf, alleine klar zu kommen. Eine Hilfe durch einen Pflegedienst konnten sie sich nicht vorstellen. Allerdings erschien mir Herr K. gerade in der letzten Zeit doch sehr belastet.

2.1. Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)

Des Verständnisses halber möchte ich an dieser Stelle eine kurze Beschreibung der Amyotrophen Lateralsklerose geben. Die ALS ist die häufigste Systemerkrankung wobei das 1. und 2. Motoneuron durch Degenration betroffen sind. Dies führt im Verlauf zu einer fortschreitenden Funktionseinschränkung der gesamten Skelettmuskulatur. Eine klare Ursache wurde bisher nicht beschrieben, toxische und immunologische Ursachen werden diskutiert, die genetische Komponente ist gering. (Berlit, P. 1998, S.184) Die Erkrankungshäufigkeit liegt bei 2/100.000 mit einem mittleren Erkrankungsalter von 50 Jahren. Die mittlere Überlebenszeit nach Diagnosestellung liegt bei etwa drei Jahren. Häufig ist dies durch die zunehmende chronisch ventilatorische Ateminsuffizienz (CVI), infolge einer Schwäche der Atemmuskulatur begründet. (Schönhofer, B., 2005 S. 74). Die Verläufe der Erkrankung können vielfältig sein. Bei manchen Patienten steht eine Lähmung der Extremitäten im Vordergrund, bei anderen die Lähmung der Atemmuskulatur wobei auch die Sprache und das Schlucken in Mitleidenschaft gezogen werden. Ich habe in den letzten Jahren viele Patienten mit diesem Krankheitsbild versorgt, kein Verlauf mit seinen Symptomen war wie der andere. Die Gruppe der an ALS erkrankten Menschen macht in der Beatmungsmedizin einen nicht unerheblichen Anteil aus. In den meisten Fällen kann und sollte der Betroffene selber entscheiden, in welchem Umfang und Intensität eine Beatmung durchgeführt wird. So stehen diese Menschen vor der Entscheidung, ob und wie (invasiv/nichtinvasiv = Masken-/Trachealbeatmung) sie medizinisch versorgt werden wollen. Bei älteren Menschen erlebe ich meist eine Ablehnung zur trachealen Beatmung, was in letzter Konsequenz auch eine Lebenslimitierung bedeutet. Jüngere Betroffene entscheiden sich eher zur trachealen, invasiven Unterstützung mittels Tracheostoma. Diese Form der Beatmung ist im Regelfall effektiver und als Dauerbeatmung durchführbar. Allerdings schreitet die Lähmung der Muskulatur unbeeindruckt fort. Bei ausgeprägtem Krankheitsbild ist keine Bewegung mehr durchführbar. Einzig die willkürliche Steuerung der Augäpfel ist möglich, worüber diese Menschen mittels Sprachcomputer kommunizieren können.

Fortsetzung folgt in Heft 32

Literaturangaben:
Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) e.V. (2008): Frommelt M., Klie, T., Löcherbach, P., Mennemann, H., Monzer, M., Wendt, W-R.: Pflegeberatung, Pflegestützpunkte und das Case Management. Freiburg: Verlag Forschung-Entwicklung-Lehre
Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) e.V. (2010): S2-Leitlinie Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. Stuttgart. Thieme Verlag. S.5
Eichler, N. (2013): Casemanagement. Folien Systemmanagement. Essen Karg, O., Geiseler, J. (2005): Nicht-invasive Beatmung bei chron.-ventilatorischer Insuffizienz. In: Becker, H.F., Schönhofer, B., Burcharki, H. (Hg): Nicht-invasive Beatmung. Stuttgart: Thieme Verlag. S. 147 – 153
Berlit, P. (1998): Basiswissen Neurologie. Berlin Heidelberg: Springer, S. 184
Schönhofer, B. (2005): Nicht-invasive Beatmung bei CVI. In: Becker, H.F., Schönhofer, B., Burcharki, H. (Hg): Nicht-invasive Beatmung. Stuttgart: Thieme Verlag. S. 74

servona
Medizintechnik plus!

Kompetenzen vereint
für unsere Patienten

Die Servona Unternehmensgruppe

- Ihr Beatmungsspezialist für eine erfolgreiche Therapie zu Hause und in der Klinik
- Komplettversorgung – Alles aus einer Hand
- Ihr Ansprechpartner für Beatmung und Home Care

servona Medizintechnik plus!

HOFFRICHTER servona Respiratory Care

Servona GmbH
Biberweg 24-26 | D-53842 Troisdorf
service@servona.de | www.servona.de
Tel. 0800 73 78 69 24

Partnerschaftliches Miteinander der Kostenträger und Pflegeanbieter

Gut besucht war der MAIK-Workshop „Professionalisierungsbedarf in der außerklinischen Intensivpflege: Der Patient steht im Mittelpunkt - partnerschaftliches Miteinander der Kostenträger und Pflegeanbieter", den Christoph Schubert, Gründer und Geschäftsführer der Deutschen Fachpflege Gruppe durchführte.

Die Deutsche Fachpflege Gruppe ist 2011 gegründet worden. Inzwischen gehören ihr 17 ambulante Pflegedienste an. Die zur Gruppe zählenden Pflegedienste versorgen bundesweit ca. 400 Patienten in der Einzelversorgung und ca. 200 Patienten in Wohngruppen. Inzwischen ist die Deutsche Fachpflege Gruppe Markt- und Qualitätsführer im Bereich der ambulanten Intensivpflege. Schubert, der den noch jungen Bereich der außerklinischen Intensivpflege aus persönlicher Betroffenheit entscheidend mitprägen und gestalten möchte, gilt inzwischen als ausgewiesener Experte der Branche.
Die wesentlichen Herausforderungen in der außerklinischen Intensivversorgung liegen, wie er ausführte, in den folgenden Bereichen:

1. Die **Pflege- und Versorgungsqualität** bedarf der Erhöhung und Standardisierung der Qualitätsstandards. Wichtigstes Ziel ist, dass die Pflegequalität mess- und vergleichbar wird, es transparente und eindeutige Regelungen für Wohngruppen gibt und man sich auf Behandlungserfolge, wie beispielsweise beim Weaning, fokussiert.

2. Die **Mitarbeiterrekrutierung und Zufriedenheit** bedarf der Kommunikation des Berufes der „außerklinischen Intensivpflegekraft" und es müssen in Unternehmen beispielsweise Mitarbeiterzufriedenheitsprogramme durchgeführt werden. Wichtige Komponenten der Zufriedenheit sind Fortbildungen, Entwicklungsmöglichkeiten, die gute Ausbildung der Führungskräfte, Vergütung u.v.m.

3. Ein Unternehmer hat für eine **adäquate Vergütung** zu sorgen. Als Grundlage müssen einheitliche messbare Qualitätsstandards auch für die Qualifkation der Mitarbeiter festgelegt und kontrolliert werden. Wichtig ist auch die Akzeptanz einer adäquaten, der Ausbildung der Mitarbeiter angemessenen, Vergütung durch die Kostenträger.

4. Unter **Professionalisierung** versteht Schubert die Einführung intensivpflegespezifischer nachprüfbarer Regeln, Prozesse und Mindeststandards sowie die Identifikation und Ablösung „schwarzer Schafe".

Die Branche, die außerklinisch beatmete Kinder und Erwachsene versorgt, handelt in Schuberts Augen in Teilbereichen höchst unprofessionell. Eigentlich hätte die Schwachstellenanalyse, die der Unternehmer in seinem Workshop vornahm, einen Aufschrei zur Folge haben müssen. Ebenso hätten viele aufhorchen müssen, was Deutschlands Markt- und Qualitätsführer in der Branche der ambulanten Intensivpflege unter Professionalisierung versteht und was er intern in Gang setzt. Dies wird in absehbarer Zeit weder an den ambulanten Pflegediensten noch an den anderen in der außerklinischen Intensivversorgung tätigen Gruppen sowie den Kostenträgern spurlos vorüber gehen. Die Realisierung all dieser Maßnahmen wird sich spürbar auf die Lebensqualität der außerklinisch beatmeten Menschen, auf die Zufriedenheit der Pflegekräfte und die Kostenverhandlungen mit den Krankenkassen auswirken. Vor allem wird sich zeigen, wer „unprofessionell" handelt, wer Versorgungsverträge nicht einhält, wer Qualitätsstandards missachtet und seine Mitarbeiter schlecht behandelt.

DEUTSCHE FACHPFLEGE GRUPPE
Qualität verbindet.

Die Professionalisierung der Deutschen Fachpflege Gruppe setzt sich aus den folgenden Komponenten zusammen:

- **Öffentlicher verbindlicher Verhaltenskodex** für alle Mitglieder der Deutschen Fachpflege Gruppe (www.deutschefachpflege.de)
- Klar definierte hohe **Anforderungen für die Aufnahme neuer Mitglieder** in die DFG
- Durchführung von **unangekündigten, externen Visiten** gem. auf Intensivpflege spezialisierten Katalog
- **Kooperation** mit **Ärzten** und **Kliniken** zur **Qualitätssicherung**, z.B. zur frühzeitigen Erkennung von Weaningpotential
- Unternehmensweite Richtlinien und Kontrollfunktionen zu **Qualität** und **Personaleinsatz**
- Einführung einer lückenlosen elektronischen **Echtzeit-Leistungsdokumentation** (Personal, Qualifikation, Fortbildungsstatus, etc.)
- **Aktive Mitarbeit** in Arbeitsgruppen von **Transparency International** mit entsprechenden Selbstverpflichtungen
- **Enge Zusammenarbeit** mit den jeweiligen **Ministerien für Gesundheit** (Anitkorruptionsgesetze, Professionalisierung der Intensivpflege)
- Lösungsorientierte **Partnerschaft mit Kostenträgern** zur Bewältigung der anstehenden Herausforderungen im Sinne der Patienten
- Erfassung und Nachhalten **qualitätsbezogener Erfolgskennzahlen** (Pflege-/Betreuungsdauern, Weaning-Quote, Therapieabbruch, Rückführung ins häusliche Umfeld)
- Einführung von **Assessmentinstrumenten** für die außerklinische Intensivpflege (**Erwartungsmanagement** bei Patienten und Angehörigen)

***Christoph Schubert** Gründer und Geschäftsführer der Deutschen Fachpflege Gruppe*

- Optimierung der **Versorgungs-** und **Überleitungskette**
- Aufgreifen von **E-Health Entwicklungen** (Monitoring und Informationstransparenz)

Besonders am Herzen liegt Herrn Schubert die Identifikation und Ablösung der „schwarzen Schafe" im Markt der außerklinischen Intensivpflege.

Die Deutsche Sozialversicherung ist ein gesetzliches Versicherungssystem.
Wie jedermann auf der Homepage www.deutsche-sozialversicherung.de nachlesen kann, versteht sie sich „als Solidargemeinschaft" zum „wirksamen finanziellen Schutz vor den großen Lebensrisiken und deren Folgen wie Krankheit, Arbeitslosigkeit, Alter, Betriebsunfällen und Pflegebedürftigkeit". Finanziert wird der jeweilige Träger der Sozialversicherung „grundsätzlich von den Beiträgen der versicherten Mitglieder und deren Arbeitgeber." Es ist also das Geld der Allgemeinheit, das die „schwarzen Schafe" in der Branche den Versicherten stehlen.
Für jeden, der sich als ehrlicher Unternehmer versteht, ist Professionalisierung hingegen eine Selbstverständlichkeit. Wenn der Workshop dazu beigetragen hat, dies bewusst zu machen und den Anstoß gegeben hat, als Anhänger der Professionalisierung enger zusammen zu rücken, dann hat er seinen Zweck voll und ganz erfüllt.

Die Angst in Stich gelassen zu werden

Dort, wo die Kassen den Pflegediensten wenig Geld bezahlen, können die Pflegedienste ihr Personal nur niedrig entlohnen. Pflegedienste werden so in die Lage versetzt, ihre Fachpflegekräfte nicht in Anlehnung tariflicher Löhne bezahlen zu können. Die Folge: hochqualifiziertes Personal kündigt, geht dorthin, wo es angemessen vergütet wird – in die Kliniken oder etwa ins Ausland. Personalnot in der Intensivpflege ist keine neue Erkenntnis. Aber neu ist – zumindest für mich als Vater eines beatmeten Mädchens – dass im Bereich der häuslichen Intensivpflege die gesetzlichen Krankenkassen den Fachkräftemangel forcieren.

Rückblick: Deike – so heißt meine 14-jährige Tochter – erlitt einen Geburtsstillstand, der einen Sauerstoffmangel auslöste, der wiederum Grund für ihren Hirnschaden ist. Meine Frau Anja und ich sorgen zusammen mit hervorragenden Intensiv-Pflegekräften und Therapeuten sowie mit Unterstützung erstklassiger Ärzte dafür, dass es Deike zuhause so gut geht, wie irgend möglich.
Unsere Tochter hat nach ärztlicher Verordnung Anspruch auf eine 24-stündige tägliche Behandlungspflege. Leider ist es unserem alten Pflegedienst mit den über viele Jahre unveränderten Kassenkonditionen nicht mehr möglich gewesen, ausreichend geeignetes Pflegefachpersonal zu bekommen, weswegen meine Frau und ich neben unseren beruflichen Tätigkeiten die nächtliche intensive Pflege an unserer Tochter durchführten. Kündigte in Deikes Team ein Mitarbeiter, weil er woanders besser verdienen konnte, ist es diesem Pflegedienst unmöglich gewesen, die entstandenen Personal-Lücken zu ersetzen. Weil Fachpersonal fehlte, fielen in den letzten Monaten bei Deike immer mehr Schichten aus, zunehmend auch komplette Tage neben den Nächten. Die endgültige Kündigung ist schließlich zum 30. Juni 2015 ausgesprochen worden. Wir baten unsere Krankenkasse sofort darum, uns einen Nachfolge-Pflegedienst zu benennen. Die Kasse hat aber keinen Pflegedienst benannt, der die Versorgung hätte übernehmen können. Die Kasse versuchte für Deike in einem Altenheim einen Platz zu finden. Aus unserer Sicht ist das keine Alternative für ein Kind.

Wir haben uns selbst auf die Suche gemacht nach einem Intensiv-Pflegedienst. Nach vielen Absagen haben wir einen Anbieter gefunden, der die Pflege hätte im verordneten Rahmen sofort bei uns in Schleswig-Holstein übernehmen können, zu einem Stundensatz, der 4 Euro über dem Alten lag. Ein Vertrag zwischen der Kasse und dem neuen Pflegedienst kam aber nicht zu Stande, weil die Kasse es nicht für nötig hielt, die gesetzlich vorgesehenen Vergütungsverhandlungen mit dem von uns gefundenen Pflegedienst zu beginnen. Weil wir in der Luft hingen, blieb uns zur Sicherstellung der ärztlich verordneten Pflege nichts anderes übrig, als den neuen Pflegedienst für die Ausfalltage des alten Pflegedienstes im Mai selbst zu beauftragen. Jetzt greift normalerweise das Kostenerstattungsprinzip (§ 13 Abs. 2 SGB V) im Gegensatz zum Sachleistungsprinzip. Jedenfalls glaubten meine Frau und ich an das Gesetz.

Als wir begannen, über diese Situation in der Öffentlichkeit zu sprechen, hat der Verband der Ersatzkassen (VdEK) am Freitag, 19. Juni 2015 auf Bestreben der BARMER GEK ein Verwaltungsverfahren zum Entzug der Zulassung gegen den neuen Pflegedienst eingeleitet, weil dieser uns eine Rechnung stellte, für eine Leistung, die wir selbst beauftragt hatten. Das fatale an dieser Situation: Die Kasse gefährdete so nicht nur die Versorgung von Deike, sondern auch vieler anderer Patienten dieses Pflegedienstes.

Ich habe daraufhin am 19. Juni 2015 den Patientenbeauftragten der Bundesregierung, Karl-Josef Laumann (CDU), auf einer Veranstaltung in Anwesenheit eines Fernsehteams abgefangen und persönlich von dem Fall unserer Tochter Deike berichtet. Der Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit versicherte mir vor laufender Kamera, dass das Vorgehen der Kasse im Fall Deike nicht von der Bundesregierung und nicht vom Gesetzgeber beabsichtigt sei. So etwas müsse verhindert werden. Der Beauftragte der Bundesregierung versprach mir, dass er sich persönlich und umgehend für die Sicherstellung der Versorgung meiner Tochter einsetzen werde. Die Krankenkassen müssten ihren gesetzlichen Sicherstellungs-Auftrag erfüllen, so Karl-Josef Laumann.

Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung intervenierte tatsächlich am Morgen des 25. Juni 2015 beim Vorstand der BARMER GEK, der wiederum noch am selben Vormittag die Fachabteilung in Kiel kontaktierte. Zeitgleich saß der Pressesprecher der BARMER GEK in einem Interview des ZDF und versuchte hier noch die bisherige Position der BARMER GEK zum Fall Deike zu vertreten nach dem Motto „Preisverhandlungen seien zweitrangig, der Pflegedienst müsse auch ohne Preisverhandlung tätig werden“.

Am Mittag des selben Tages ruderte die Kasse zurück, wir erhielten die telefonische Nachricht aus dem Büro des Patientenbeauftragten sowie von der Landesvertretung der BARMER GEK in Kiel, dass der VdeK das Verfahren einstellen werde und man sich mit dem neuen Pflegedienst einigen will, damit Deike ab 1. Juli im häuslichen Bereich weiterversorgt werden kann. Das Verfahren vor dem VdeK gegen den neuen Pflegedienst wurde sofort eingestellt. Die Einsätze des neuen Pflegedienstes, den Mai betreffend, konnten plötzlich durch die BARMER GEK voll bezahlt werden. Erst sieben Wochen nach Abgabe des Angebots durch den Pflegedienst, erfolgte eine Kostenübernahmeerklärung der Kasse. Seit dem 1. Juli 2015 steht die Versorgung.

Deike ist kein Einzelfall. Der Gesetzgeber geht lediglich davon aus, dass die Preise für die Leistungen der häuslichen Intensivpflege reine Verhandlungssache zwischen den Krankenkassen und den Pflegediensten sind. Nach mei-

Fortsetzung auf Seite 26

nen Recherchen ist diese Annahme, nicht nur mehr als „blauäugig“, sie wird seit vielen Jahren von der Realität widerlegt. Es finden zwischen den gesetzlichen Krankenkassen nachweislich massive Preisabsprachen über die in einem Bundesland an die Pflegedienste zu zahlende Vergütung (die sog. „ortsübliche“ Vergütung) statt. Infolge dessen laufen die „Verhandlungen“ zwischen den Pflegediensten und den Krankenkassen in der Regel ins Leere und werden von den Kassen oft über Jahre hin verschleppt.
Wie mir verschiedene ambulante Pflegedienste – unabhängig voneinander – versichert haben, wird von den Pflegediensten die Vorlage einer betriebswirtschaftlichen Kostenkalkulation verlangt. Legt der Pflegedienste diese Zahlen den Kassen vor, werden die Angaben der Pflegedienste oft als falsch oder überhöht zurückgewiesen. Aus verschiedenen Verhandlungen mit Krankenkassen berichteten mir die beteiligten Pflegedienste, dass die Verhandlungsführer der Krankenkassen den Pflegediensten sogar vorwerfen, ihr Pflegefachpersonal „zu gut“ zu bezahlen. Diese Aussage wird von den Verhandlungsführern der Kassen damit untermauert, dass ihnen bekannt sei, dass es andere Pflegedienste gäbe, die ihrem Fachpersonal „viel weniger“ bezahlen würde.

Scheitern die – oft jahrelangen – Verhandlungen zwischen Pflegediensten und Krankenkassen – was nicht selten der Fall ist – , so ist nach § 132 a Abs. Satz 6 SGB V zwischen Krankenkasse und Pflegedienst eine Einigung über eine Schiedsperson erforderlich. Diese kommt in aller Regel nie zustande, so dass stets der Pflegedienst gezwungen ist, eine Schiedsperson nach § 132 a Abs. 2 S. 7 SGB V durch die Aufsichtsbehörde der jeweiligen Krankenkasse bestimmen zu lassen. Dabei fällt auf, dass die Aufsichtsbehörden in vielen Fällen Schiedspersonen bestimmen, die die Wunschkandidaten der Kassen sind oder sich doch zumindest bereits in der Vergangenheit als sehr „verlässliche“ Partner der handelnden Behörden erwiesen haben.
Sollte es in einem Schiedsverfahren – wider Erwarten – zu einer höheren Vergütung kommen, so erheben die Kassen gegen den Schiedsspruch Klage vor den Sozialgerichten und verhindern oft über Jahre hinweg die Umsetzung einer höheren Vergütung. Zusammenfassend kann man feststellen, dass die Kostenträger die von dem Gesetzgeber eingeräumten Verhandlungsspielräume bei der Preisbildung dermaßen massiv missbrauchen, dass die Bundesregierung dringend eine gesetzliche Regelung über eine bundesweit einheitliche Vergütung schaffen muss, die es den Pflegediensten auf Dauer ermöglicht, die gleichen Vergütungen entsprechend zu bezahlen, wie es in den Krankenhäusern üblich ist.
Das Bundeskartellamt schreibt in seiner Internetpräsenz, dass ein besonderes Augenmerk darauf läge, dass die vom Gesetzgeber zur Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung geöffneten Verhaltensspielräume nicht durch die Krankenkassen wieder zu Lasten der Patienten verengt würden. Aus meiner Sicht geschieht jedoch genau das mit der Versorgung im ambulanten Bereich – im Ergebnis letztendlich zu Lasten meiner Tochter und vieler anderer Patienten. Passt der öffentlich-rechtliche Versorgungsauftrag überhaupt zusammen mit dem tatsächlichen Geschäftsgebaren der gesetzlichen Krankenkassen, die sich die Kompetenzen eines Unternehmens herausnehmen?
Wer nicht kämpft hat schon verloren. Ohne Widerspruch oder Klage keine Leistung. Für Patienten ist die derzeitige Gesetzeslage in Wahrheit nichts anderes als eine Lotterie: Wer einen Pflegedienst bekommt, hat Glück, wer nicht, zieht den Kürzeren und muss sehen, wo er bleibt. Das ist kein Zustand, der Gesetzgeber ist gefordert. *Tilman Holweg*
www.132a.de

Transparenz in der außerklinischen Intensivpflege – die andere Seite

Zweifellos gibt es im Bereich der außerklinischen Intensivpflege „schwarze Schafe“ und Abrechnungsbetrug. Und dies geht zu Lasten aller, der Klienten, der Kassen, der Solidargemeinschaft. Wieso aber, so fragt sich Dieter Weber, zielen die Forderungen nach Transparenz und Ehrlichkeit nur in eine Richtung, nämlich in die der Leistungserbringer außerklinischer Intensivpflege?

Eine wahre Begebenheit: Ein Leistungsträger ruft an und fragt nach der Möglichkeit einer 1:1-Versorgung. Eine Klientin befindet sich in der Klinik und soll nicht mehr in die bisher versorgende Wohngemeinschaft zurückkehren. Die Gründe hierfür bleiben zunächst unklar – nur soviel: Die Angehörigen teilen mit, dass sie das Vertrauen in den bisherigen Pflegedienst vollständig verloren hätten, sprechen konkret von vertauschten Medikamenten und deuten an, dass noch viel mehr passiert sei.

Soweit – so üblich, Tagesgeschäft! Nachdem die Personalkapazitäten geprüft sowie Gespräche mit Klientin und Angehörigen geführt wurden, ist klar, dass wir helfen können. Folgerichtig schicken wir dem Leistungsträger eine Verordnung mit dem Kostenvoranschlag zu. Wie zu erwarten, beginnt das übliche Prozedere: Der angebotene Preis, na, der sei viel zu hoch! Rückzugspflege, Personalqualifikation, Anfahrtswege etc., all das zählt nicht, das muss viel günstiger werden! Und außerdem: Die Angehörigen würden inzwischen andere Versorgungsmöglichkeiten, gar einen anderen Pflegedienst ins Auge fassen, und man könne selbst weitere, sehr viel günstigere Leistungserbringer empfehlen! Wir haben verstanden und sind bereit, mit dem Preis noch etwas entgegen zu kommen. Und dann folgt das, was wir meistens erleben: Wir sind noch immer viel zu teuer!

Das kleine, aber sehr ärgerliche Detail an der Geschichte ist, dass es seitens der Angehörigen weder ein Bemühen um eine andere Versorgungsform noch ein Interesse an einem Mitbewerber gibt. Es gibt auch keinen Mitbewerber, der der Krankenkasse die Versorgung zu günstigeren Konditionen anbietet. Nichts von dem, was der Verhandlungsführer der Krankenkassen behauptet, ist wahr!
Intransparenz ist, liebe Krankenkassen, noch ein beschönigender Ausdruck für ein solches Gebaren. Ein solcher Umgang mit Klienten, Angehörigen und Leistungserbringern ist alles andere als fair! Mit Unwahrheiten Preise drükken zu wollen und Klienten sowie ihre Angehörigen so zu verunsichern, grenzt in meinen Augen an Betrug! Es mag ja sein, dass sich dieses „Spiel“ über viele Jahre etabliert hat. Gerade deshalb ist es an der Zeit, im Sinne einer neuen Transparenz und Ehrlichkeit, ein solches Verhalten zu korrigieren. Die Ressourcen, die auf beiden Seiten mit einer derartigen „Beschäftigung“ gebunden werden, kosten neben Nerven auch Geld! Geld, das wir schlichtweg sparen oder beispielsweise in Mitarbeitergewinnung, Aus- und Fortbildungen investieren könnten. Und ist es nicht alarmierend, dass man lieber Zeit und Mühe darauf verschwendet, Klienten und Angehörige zu instrumentalisieren, anstatt sich mit den Leistungserbringern über stichhaltige Argumente wie beispielsweise Versorgungsqualität oder Erfahrungs- und Ausbildungsstand der Pflegekräfte auseinander zu setzen? Wenn einer solchen Denke nicht Einhalt geboten wird, erleben wir es vielleicht demnächst auch noch, dass Leistungsträger in Kliniken marschieren oder Angehörige anrufen, um ihre Versicherten zur Entscheidung für minderwertige Medizinprodukte zu überreden.
Wenn Ehrlichkeit und Transparenz in diesem schlecht regulierten Markt eine Rolle spielen sollen, müssen sich beide Verhandlungspartner darauf verpflichten! Lassen Sie uns in diesem Sinne, und vor allem im Sinne unserer Klienten, mit den oben beschriebenen Szenarien aufhören! Es darf, ja es muss, verschiedene Vergütungsmodelle geben, aber lassen Sie uns die Leistungsvergütung an nachvollziehbaren Fakten festmachen und nicht am Angstpotential aller Beteiligten!

Dieter Weber, *Prozessmanager*
Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH

Abrechnung häuslicher Intensivpflege ohne Datenträgeraustausch

Krankenkassen haben die Möglichkeit, Rechnungen über häusliche Krankenpflege um bis zu fünf Prozent des Rechnungsbetrages zu kürzen. Wie lassen sich solche Abzüge rechtfertigen? Die Abrechnung häuslicher Intensivpflege wird auf Grund der in diesem Bereich üblichen Einzelverhandlungen zwischen den Leistungsanbietern und den Krankenkassen sehr unterschiedlich gehandhabt. Auch gibt es kaum Richtlinien, nach denen die Rechnungen erstellt werden.

Um hier eine größere Transparenz und Vereinheitlichung zu erreichen, hat der Gesetzgeber den elektronischen Datenträgeraustausch § 302 Abs. 1 SGB V auf den Weg gebracht. Dies bedeutet, dass mit Hilfe einer notwendigen Branchensoftware sämtliche Abrechnungsdaten der Behandlungs- bzw. Grundpflege elektronisch oder auf maschinell verwertbaren Datenträgern übermittelt werden. Auf den elektronischen Rechnungen müssen u.a. die grundlegende Verordnung, Kostenzusage der jeweiligen Krankenkassen, DTA Positionsnummer, Arztnummer zzgl. Betriebsstättennummer, IK Nummer des Leistungserbringers sowie eine Genehmigungsnummer hinterlegt sein.

- Der Pflegedienst hat die Möglichkeit, seine Abrechnung durch ein Rechenzentrum ausführen zu lassen. Diesem müssen die abrechnungsrelevanten Daten übermittelt werden, um sie entsprechend in den erforderlichen Datenträger umzuformatieren. Dies ist allerdings relativ kostspielig
- der Pflegedienst kauft die hierfür notwendige Abrechnungssoftware und meldet den elektronischen Datenträgeraustausch bei der jeweiligen Krankenkasse und ggf. Pflegekasse an.

Der Beginn des elektronischen Abrechnungsverfahrens ist von Kasse zu Kasse sehr unterschiedlich. Grundsätzlich gehen alle nach dem gleichen Schema vor:

1. interne Testphase
2. Erprobungsphase: sämtliche Abrechnungsdaten werden vom Leistungserbringer auf maschinell verwertbaren Datenträgern wie beispielsweise Disketten oder mittels Datenüberträger beispielsweise E-Mail übersandt und zudem in bisheriger Papierform übermittelt.
3. Die Erprobungsphase endet, wenn das elektronische Abrechnungsverfahren problemlos funktioniert. Ab dann entfallen die Rechnungen in Papierform.

Für den Leistungserbringer bedeutet die Abrechnung mittels Datenträgeraustausch eine enorme Umstellung und Herausforderung, die zudem einen hohen Kostenfaktor mit sich bringt. Hinzu kommt, dass die Voraussetzungen der Krankenkassen über die in einer Rechnung dargestellten Leistungen sehr unterschiedlich sind. In der Regel erwartet der Kostenträger, dass die täglich geleisteten Stunden in der Intensivversorgung auf der Rechnung angegeben werden, um so die tatsächlich geleisteten Stunden/Tag nachvollziehen zu können. Oft genug akzeptiert der Leistungserbringer kein Monatskontingent, auch wenn grundsätzlich wesentlich weniger Stunden täglich geleistet werden als genehmigt.

Mit wenigen Ausnahmen verzichten die Krankenkassen bis heute auf die Abrechnung im Datenträgeraustausch, weil auch ihnen die Problematik bewusst ist. Doch gibt es dennoch vereinzelt Kostenträger, die auf der elektronischen Abrechnung bestehen. Diese haben per Gesetz die Möglichkeit, die Rechnung über die geleistete Versorgung um bis zu fünf Prozent zu kürzen. Dies bedeutet beispielsweise, dass der Kostenträger bei einem monatlichen Rechnungsbetrag von gesamt 20.000,00 Euro diesen Betrag um bis zu 1.000,00 Euro kürzen kann. Es stellt sich hierbei nun allerdings die berechtigte Frage, in welcher Relation ein solch hoher Betrag zum tatsächlichen Aufwand des Kostenträgers steht. Es ist davon auszugehen, dass eine Rechnung in Papierform binnen weniger Minuten digitalisiert und in die vorliegende Software formatiert ist. Wodurch sich die hohen Abzüge rechtfertigen lassen, bleibt somit weiterhin unverständlich.

Dorothee von Zobel

Zwei Jubiläen im Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft in Schmallenberg

Im Rahmen einer Fachveranstaltung wurden am 24. Oktober 2015 gleich zwei Jubiläen im Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft in Schmallenberg gefeiert. Es war eines der ersten Krankenhäuser, das ein umfassendes Konzept zur Entwöhnung und Früh-Rehabilitation entwickelte.

Zur Feier und zum Symposium eingeladen hatten Geschäftsführer Stefan Schumann, Chefarzt PD Dr. Dominic Dellweg, Dr. Stephan Böckling, Oberarzt Pneumologie, und Dr. Karsten Siemon, Oberarzt Pneumologie und 1. Vorsitzender der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V.. Der erste Anlass für eine Feier war die Tatsache, dass seit nunmehr 25 Jahren im Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft das Weaning, also die Entwöhnung von der Beatmungsmaschine, durchgeführt wird. Dafür und zur Früh-Rehabilitation wurde damals ein umfassendes Konzept entwickelt. Bei der Entwöhnung wird die Beatmungsmaschine nicht von einem Augenblick zum anderen abgestellt, sondern der Prozess verläuft in Phasen. Sobald man bei dem Patienten Anzeichen von Erschöpfung sieht, wird die Maschine wieder in Gang gesetzt. Während der Eigen-Atmung bei abgestelltem Beatmungsgerät entwickelt sich langsam die Atemmuskulatur zurück. Diese muss dann noch trainiert werden. Das Weaning gelingt oft sehr zeitnah – im Durchschnitt -, laut Chefarzt PD Dr. Dominic Dellweg, acht Tagen.

In den Jahren 2007 bis 2011 konnten an der Klinik in Schmallenberg 616 von 867 Patienten entwöhnt werden. Die meisten dieser erfolgreich Behandelten, das sind 58 Prozent, kamen nach der Entlassung aus dem Weaningzentrum ohne äußere Unterstützung der Atmung aus. 42 Prozent benötigten noch eine intermittierende Maskenbeatmung (NIV), eine Sauerstoffzufuhr über eine Atemmaske. Erst kürzlich, im April 2015, wurde das Weaningzentrum bzw. eine 2014 publizierte Arbeit über das Weanen in Schmallenberg, mit dem DMW Walter Siegenthaler Preis, den die Deutsche Gesellschaft für innere Medizin vergibt, ausgezeichnet. Von 1986 bis 2014 war Prof. Dr. Dieter Köhler Ärztlicher Direktor des Fachkrankenhauses Kloster Grafschaft, Gründungsmitglied und Ehrenvorsitzender der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V.

Vor 10 Jahren wurde im Fachkrankenhaus sodann die Abteilung „Frührehabilitation nach Langzeitbeatmung“ eröffnet. In dieser Spezialabteilung, die als ein vom Bund gefördertes Modellprojekt für Deutschland begann, konnte gezeigt werden, dass mit dem Weaning und mit dem Verlassen der Intensivstation die Behandlung noch lange nicht zu Ende ist. In der Regel dauert eine Früh-Reha vier bis sechs Wochen, bis der Patient seine Selbständigkeit erreicht hat und entweder nach Hause oder in eine Anschluss-Heil-Behandlung wechseln kann.

Mit etwa 200 Patienten pro Jahr ist das Fachkrankenhaus übrigens eines der größten Weaningzentren in Deutschland und gehört zu den Top Drei. Beim Symposium referierten Dr. Thomas Barchfeld, Dr. Peter Haidl, Dr. Stephan Böckling, Dr. Stephan Straßmann, Dr. Simone Rosseau, Dr. Christian Bernd, Dr. Karsten Siemon, Dr. Eckehard Frisch und PD Dr. Dominic Dellweg sowohl über Themen rund um die Beatmung und die Entwöhnung als auch über Antibiotikaregime, Ernährung, Sedierung, Inhalationstherapie, Sekretmanagement, Mobilisation sowie Lagerung und Wundversorgung.

Dr. Karsten Siemon, *Oberarzt*
Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft GmbH
Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin Schlaf- und Beatmungsmedizin und Pneumologische Frührehabilitation Weaningzentrum/DGP
1.Vorsitzender Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V.

Dr. Dominic Dellweg, *Chefarzt*
Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft GmbH
Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin
Schlaf- und Beatmungsmedizin und Pneumologische Frührehabilitation Weaningzentrum/DGP

100 Fragen zu Palliative Care

Unter Palliativ Care versteht man die ganzheitliche, aktive Behandlung von Patienten mit einer progredienten weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung der Schmerzen, anderer Krankheitsbeschwerden, psychischer, sozialer und spiritueller Probleme höchste Priorität besitzt. Hierüber ist im Brigitte Kunz Verlag das Buch „100 Fragen zu Palliative Care" in einer 2. Auflage erschienen. Tobias Brentle nimmt zur Neuausgabe Stellung.

Dürfen Patienten aus stationären Pflegeeinrichtungen zum Sterben in ein stationäres Hospiz umziehen? Dies ist eine der 100 Fragen, die in diesem Buch behandelt werden. Die Antwort lautet: Sie dürfen es nicht, da diese Menschen als versorgt betrachtet werden. Konkret bedeutet dies, dass solche Einrichtungen für die Entstehung einer guten palliativen Kultur selbst sorgen müssen. Leider sieht die Wirklichkeit häufig so aus, dass die Patienten dann in Kliniken eingewiesen werden und häufig keine optimale Betreuung in der Lebensendphase erfahren. In Einzelfällen kann man den MDK überprüfen lassen, ob doch Kriterien einer Anspruchsberechtigung vorliegen und warum eine angemessene Versorgung der oder des Sterbenden in der Wohn- und Pflegeeinrichtung nicht mehr möglich ist. Selbstverständlich ist auch die Versorgung durch ein Team der SAPV in Pflegeeinrichtungen möglich und sinnvoll.

Wichtig ist eine palliative Kultur. Gemeint ist damit einerseits eine Abschieds- und Trauerkultur, die in Einrichtungen etabliert werden sollte, andererseits aber auch ein menschenfreundlicher Umgang mit Patienten und Personal, die Bereitstellung personeller Ressourcen, die Schaffung ethischer Rahmenbedingungen und natürlich auch die Qualifizierung des Personals im Bereich der Palliativ Care. Damit kann auch in Alten- und Pflegeeinrichtungen eine menschenwürdige und gute Versorgung gewährleistet werden.

Neben der palliativen Kultur wird in diesem Buch ein weiterer wichtiger Punkt behandelt: die Biographiearbeit. Um den Patienten eine möglichst gute Lebensqualität zu bieten, ist es wichtig, sich mit der jeweiligen Geschichte der Menschen, ihren Vorlieben, ihren Ängsten, ihren Wünschen und Abneigungen zu beschäftigen. Dies betrifft sowohl die tägliche Pflege in Bezug auf Rituale oder bestimmte Pflegeprodukte als auch die psychosoziale und spirituelle Dimension. Dabei denke ich zum Beispiel an religiöse oder nichtreligiöse Weltanschauungen, Kriegs- oder Gewalterfahrungen und familiäre Bindungen oder Besonderheiten.

Ein Teil des Buches befasst sich auch mit der theoretischen Darstellung der Sterbephasen und des Sterbeablaufs. Es ist sicher recht Interessant, sich mit diesen Theorien zu beschäftigen und sie zu kennen, man sollte aber bedenken, dass das theoretisches Wissen die praktische Erfahrung nicht ersetzt.

Der letzte wichtige Part, auf den ich noch näher eingehen möchte, ist die Gesetzes- und Rechtslage. Alle Menschen, die professionell, insbesondere lebensbegrenzt erkrankte Menschen, pflegen, sollten sich sehr genau über die aktuelle Gesetzeslage informieren. Das Aufgabengebiet von professionellen Pflegekräften umfasst auch die Beratung der Patienten oder Angehörigen. Im Buch werden deshalb auch die Themen Betreuung, Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung ausführlich behandelt. Ich möchte noch hinzufügen, dass bei Kindern und Jugendlichen unter dem 18. Lebensjahr und auch bei schwerstmehrfachbehinderten Menschen über 18, die noch nie in der Lage waren, selbst ihren Willen kundzutun, die klassische Patientenverfügung nicht geeignet ist. Hierfür gibt es das Instrument der Eltern- oder Betreuerverfügung. Ingesamt ist dieses Fachbuch von Ingrid Hametner, Diplom-Pädagogin, Krankenschwester und Lehrerin für Pflegeberufe sowie Management und Personaltrainerin, für Pflegende und Laien gut geeignet, um sich über Palliativ Care zu informieren und bei konkreten Fragestellungen und Problemen eine kompetente Antwort zu finden. Etwas gewöhnungsbedürftig ist der Frage-Antwort-Stil, in dem das Buch gehalten ist. Konkrete Schlagworte können aber im Register gesucht und entsprechend nachgeschlagen werden. Leider klammert das Buch eine kleine, aber wichtige Minderheit in der Palliativversorgung aus: Kinder und Jugendliche. Dies ist umso mehr bedauerlich, da es hierzu ohnehin kaum Literatur gibt.

Tobias Brentle, *Krankenpfleger*
Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Fachpfleger
für Palliativ Care für Kinder und Jugendliche

Tobias.Brentle@heimbeatmung.com

Ingrid Hametner
100 Fragen zu Palliative Care
Brigitte Kunz Verlag Hannover 2015
2. aktualisierte Auflage
144 Seiten, **14,95 Euro**

Einladung zum DIGAB-Kongress 2016 im schönen Bamberg

Der 24. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. zusammen mit dem 11. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. findet vom 2. bis 4. Juni 2016 in Bamberg statt.

Die Wissenschaftliche Leitung haben Dinah Christine Radtke (Zentrum für Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V., Erlangen), PD Dr. med. habil. Martin Winterholler (Krankenhaus Rummelsberg, Neurologische Klinik, Schwarzenbruck) und Dr. med. Jens Geiseler (Asklepios Fachkliniken München-Gauting, Klinik für Intensivmedizin, Schlaf- und Beatmungsmedizin, Gauting) inne. Schwerpunkte des Kongresses sind neuromuskuläre Erkrankungen, Intensivmedizin, Frührehabilitation sowie ärztliche und pflegerische außerklinische Versorgung. „Erstmals organisieren wir auch Teile des Kongresses zusammen mit der Deutschen Gesellschaft für neurologische Rehabilitation (DGNR). Nachdem gerade in den Kliniken der neurologischen Frührehabilitation in den letzten Jahren die Anzahl der Beatmungs- und Weaning-Patienten deutlich zugenommen hat, ist hier eine umfangreiche Expertise entstanden. Der Kongress soll hier als Forum des Austausches und gegenseitigen Lernens dienen“, kündigen die Kongresspräsidenten in ihrem Grußwort an.

Am **29. Februar 2016** endet die Frist für die Einreichung von Abstracts sowie der Frühbucherrabatt.
DIGAB-Mitglieder profitieren von vergünstigten Kongressgebühren!

Am **2. Juni 2016** findet außerdem wieder die Jahreshauptversammlung der DIGAB e.V. statt. Eine Reise ins schöne Bamberg lohnt sich! Die fränkische Traditionsstadt gehört zum Weltkulturerbe mit über 1000 jähriger Geschichte, hat 9 Brauereien und unzählige Biergärten und verfügt über ein neues Kongresszentrum, das zum Teil in alte Industriebauten integriert wurde. Mehr unter www.digab-kongresse.de

Systemische Perspektiven im Gesundheitswesen

Im Rahmen des DGSF-Fachtags zum Thema "Systemische Perspektiven im Gesundheitswesen" der Katholischen Hochschule Köln in Zusammenarbeit mit der Fachgruppe Systemische Beratung findet am 7. März 2016 erstmals auch ein Workshop „Gepflegt durchatmen“ statt.

Professionelle in der Pflege befinden sich in der Klemme von „verschiedenen“ Systemen und deren oft widersprüchlichen Aufträgen. Das berufliche Leben in Organisationen und die permanente Konfrontation mit körperlich-seelischen Engpässen im Leben der von Pflege betroffenen Menschen bleibt nicht in den Kleidern hängen. Gesund durch das eigene berufliche und persönliche Leben zu kommen, kann zur Farce werden, obwohl man gesundheitlich gut involviert und beruflich motiviert unterwegs ist. An dem Fachtag wird den Fragen nachgegangen, welche Systeme wie wirkmächtig sind und wie die eigenen Ressourcen erhalten und gestärkt werden können. Insofern lenkt die Tagung den Blick auf die handelnden Personensysteme in ihren strukturalen Rahmungen und stellt neue Zugangswege vor, sich systemisch-orientiert gesund zu erhalten.

Im Workshop „Gepflegt durchatmen“ soll der Fokus auf das Familien- und Pflegesystem von Menschen, die technologieabhängig sind oder andere intensiv-medizinische Bedarfe haben, gelegt werden. Referentin in diesem Workshop ist **Martina Friedrichs**, Dipl. Sozialpädagogin, Systemische Beraterin und Familientherapeutin DGSF/DGfB, Niederlassungsleiterin Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH. In weiteren Workshops geht es um „Sorgen für sich und andere – ein (Arbeits-)Leben lang!?“, „Wege aus der Belastung“, „Angehörige im System der Pflege“, „Partnerschaft bei Pflegebedürftigkeit“, „Darüber habe ich noch nie gesprochen“ und um „Lerne klagen ohne zu leiden.“
Tagungsort ist die Katholische Hochschule Köln, Wörthstraße 10.
Mehr unter www.dgsf.org/aktuell/termine/termine/systemische-perspektiven-im-gesundheitswesen

6. Intensivpflegetag Nordbayern

Die Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege Nordbayern e.V. lädt zum 6. Intensivpflegetag Nordbayern am 13. April 2016 in das Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken ein. Die Teilnahme an der Veranstaltung mit spannenden Vorträgen und Workshops ist, wie in den vergangenen Jahren, kostenfrei.

„Wir freuen uns, dass der Landrat für Bad Kissingen, Herr Thomas Bold, die Schirmherrschaft über den **6. Intensivpflegetag Nordbayern** übernommen hat“, so die beiden ARGE-Vorsitzenden Ingo Nolte und Dieter Weber. Gemeinsam mit den ARGE-Mitgliedern haben sie das Programm mit den folgenden Themen konzipiert: Intensivpflege-Wohngemeinschaften aus Sicht des MDK, Intensivmedizin vs. Palliativmedizin, neue Arbeitszeitmodelle zur Personalgewinnung sowie die Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. In den Workshops erhalten die Teilnehmer fundierte Informationen über Bronchoskopie, intensivmedizinische Notfälle, Reanimation und Entbürokratisierung. Praktische Übungen sind inbegriffen! Außerdem ist im Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken hoch oben auf dem Michelsberg in Münnerstadt wieder eine begleitende Industrieausstellung in Planung. Die Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege Nordbayern e.V. ist ein eingetragener Verein, bestehend aus verschiedenen, regionalen Intensivpflegediensten, Kliniken und medizintechnischen Anbietern, die durch Kooperationen und intensive Zusammenarbeit die ausserklinische Intensivpflege in der Region für mehr Betroffene ermöglichen möchten. Ihr Ziel ist es, den Menschen zu helfen, die zuhause oder in einer stationären Einrichtung auf eine intensivmedizinische Betreuung angewiesen sind. An erster Stelle steht dabei die selbstbestimmte, individuelle Lebensführung des Betroffenen und höchstmögliche Lebensqualität für Klient und Angehörige. Infos und Anmeldung unter
www.intensivpflege-nordbayern.de

Ein unverzichtbares Handbuch für Pflegedienstleitungen

Die 6. vollständig überarbeitete Ausgabe „Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen“ der Herausgeberin Karla Kämmer stellt eine hervorragende Zusammenfassung von wesentlichen Themenfeldern für Pflegedienstleitungen oder anderen im Pflegemanagement beschäftigten Personen dar. Jetzt ist die 6., aktualisierte Auflage erschienen.

Frau Kämmer ist es gelungen, die Pflege in ihrer Komplexität darzustellen. Das Werk bietet einen guten Einblick in die gesellschaftspolitischen Dimensionen, in ethische Fragestellungen, Pflegesysteme und auch Pflegeprozessplanung. Im Bereich Pflegeeinstufungen und MDK werden bereits Hinweise auf das Pflegeneuausrichtungsgesetz und die Umstellung auf Pflegegrade gegeben. Auch das Thema Entbürokratisierung in der Pflege wurde aufgenommen. Den Themen Personalmanagement und Führung sowie Kommunikation wurde viel Raum gegeben. Pflegecontrolling und Qualitätsmanagement runden das Werk ab. Trotzdem kann letztlich das Buch die einzelnen Themen nur anreissen. Die Herausgeberin verweist aber auf vertiefende Literatur oder gibt Internetlinks an, um den interessierten Leser weitere Einblicke zu ermöglichen. Die Autoren bieten ein aktuelles und gut übersichtliches Gesamtwerk an. Es ist nicht nur für Altenpflegeeinrichtungen, sondern auch für die außerklinische Intensivpflege und für Tätige in Wohngruppen bzw. ambulant betreuten Wohngemeinschaften ein gut verständliches Grundlagenwerk. Der hervorragende Aufbau und die in sich geschlossenen Kapitel machen das Buch zu einem idealen Nachschlagewerk. Wichtige Zusammenfassungen und Graphiken sind in blau hinterlegten Kästen zu finden. Allerdings ist dies in meinen Augen kein Lehrbuch für angehende Pflegemanager oder Studierende der Pflegewissenschaften. Aber diese gehören wohl auch nicht zur Zielgruppe der Autoren. Auf jeden Fall ist das Werk ein praxisorientiertes Handbuch, das auf keinem Schreibtisch von Pflegedienstleitungen fehlen sollte.

Autorin Karla Kämmer ist Diplom-Sozialwissenschaftlerin, Diplom-Organisationsberaterin, in der Erwachsenenbildung tätig, lösungsorientierter Coach, Gesundheits- und Krankenpflegerin und Altenpflegerin. Sie ist seit vielen Jahren aktiv im nationalen und internationalen Gesundheits-, Sozial- und Pflegewesen.

Martina Friedrichs

Karla Kämmer
Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen Zukunftsorientiert führen, konzeptionell steuern, wirtschaftlich lenken
Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG 2015, 6., aktualisierte Auflage, 512 Seiten, 70 Abbildungen **59,95 Euro**

Martina Friedrichs
Dipl Sozialpädagogin
Systemische Beraterin DGSF
Systemische Familientherapeutin DGSF
Niederlassungsleitung NRW
Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH

WISSEN VERMITTELN
IHCC AKADEMIE
Unsere Seminare für Mitarbeiter/innen in Management und Pflege
Grundlagen der Beatmung
Basale Stimulation
Managementseminare
Kinästhetik
Basiskurs – Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung/DIGAB*
Erfolgsfaktor Mensch
-verschiedene Fokusthemen-
Hygienischer Umgang mit Sonden und Kathetern
Tracheostomaversorgung, Hygiene, Notfall-/Megacodetraining
Veranstaltungsorte
Augsburg | Bad Kissingen | Berlin | Leonberg | München | Unterhaching
• Dozenten mit langjähriger Berufserfahrung | Praxisbezug
• Arbeit in kleinen Gruppen | Interaktion
Potenziale entdecken, nutzen, weiterentwickeln
Terminkalenderdownload unter:
www.ihcc-akademie.de
*akkreditiert durch die DIGAB Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
Ottobrunner Straße 43 | 82008 Unterhaching
Tel. 089 540 42 68 -0 | Mail info@ihcc.mobi

CSR Jobs Award 2015

Die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH aus Unterhaching erhielt am 1. Oktober 2015 im Rahmen des CSR Jobs Award 2015 den Sonderpreis Pflege als Arbeitgeber mit Verantwortung.

Die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH aus Unterhaching, die in Süd- und Nordbayern, Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz und Nordrhein-Westfalen ausserklinisch beatmete Kinder und Erwachsene versorgt, gehört somit zu zwölf Arbeitgebern, die für ihr soziales und gesellschaftliches Engagement mit dem CSR Jobs Award ausgezeichnet wurden. Unter der Leitidee „Hier arbeite ich gerne – mein Wunsch-Arbeitgeber mit Verantwortung“ hatte www.csr-jobs.de, die Plattform für engagierte Arbeitgeber, in Kooperation mit einer hochkarätigen Jury Arbeitgeber aufgerufen, sich mit ihren besonderen Leistungen für Mitarbeiter als „Arbeitgeber mit Verantwortung“ zu bewerben.

*(v.li.n.re.) Geschäftsführer **Christoph Jaschke**, **Dr. Maria Panzer**, **Dr. Stefan Rennicke**, Geschäftsführer von CSR j&c GmbH, Geschäftsführer **Jörg Brambring**.*

Zahlreiche Unternehmen aus vielfältigen Branchen waren dem Aufruf gefolgt und hatten sich beworben. Mit gutem Grund: Alle Einsendungen haben gezeigt, dass eine Vielzahl an Arbeitgebern besondere Programme und Projekte ins Leben gerufen hat, um die Beschäftigten für die Firmenphilosophie zu begeistern, an das Unternehmen zu binden und sich gleichzeitig sozial und gesellschaftlich zu engagieren. „Die hohe Teilnehmerzahl am Wettbewerb zeigt, dass Unternehmen in Deutschland den Stellenwert von Corporate Social Responsibility erkannt haben, um Mitarbeiter/innen nachhaltig an ihr Unternehmen zu binden“, freut sich Dr. Stefan Rennicke, Geschäftsführer von CSR j&c GmbH und Betreiber der Plattform. Nominierte und Gewinner sowie die Begründungen für die Entscheidung der Jury sind unter dem oben genannten Link veröffentlicht. Die beiden Geschäftsführer, Jörg Brambring und Christoph Jaschke waren zur Preisverleihung nach Berlin gereist, die im Rahmen eines mehrstündigen Festakts stattfand.

Naturheilverfahren bei Pflegebedürftigen

Eine neue Studie verdeutlicht: Weniger Bedarfsmedikamente bei Bewohnern in Seniorenwohnheimen, die regelmäßig naturheilkundliche Maßnahmen anwenden.

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) führte in Kooperation mit der Charité und dem Kneipp-Bund e.V. eine Studie durch, deren Ergebnis nun zeigt, dass sich Naturheilverfahren positiv auf die Gesundheit von Pflegebedürftigen und Pflegenden auswirken können. Ausserdem sind sie gut in den Pflegealltag integrierbar. Gefördert wurde die Studie vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ). Aus den Einzelergebnissen geht hervor, dass die Einbindung naturheilkundlicher Maßnahmen eine sinnvolle Ergänzung bei der Versorgung älterer und pflegebedürftiger Menschen sein kann. „Laut Studie wurden weniger Bedarfsmedikamente in Kneipp-Seniorenwohnheimen als in den anderen Pflegeheimen eingesetzt. Zudem gibt es Hinweise, dass sich herausforderndes Verhalten von demenzkranken Menschen durch die Anwendung von naturheilkundlichen Maßnahmen reduzieren“ ließen, heißt es in einer Presseerklärung. Dies könnte wiederum bei den Pflegekräften das Stressniveau senken, erläuterten die Studieninitiatoren. Unabhängig davon, ob Kneipp- oder Nicht-Kneipp-Einrichtung, zeigte die Untersuchung, dass sich bei Bewohnern mit mehr als 30 pflegerischen Anwendungen im Monat das persönliche Wohlbefinden und damit die Lebensqualität verbesserten.

Einen vielversprechenden Ansatz bieten auch, so das ZQP, „komplementäre, naturheilkundlich ausgerichtete Konzepte und Methoden.“ Diese würden innerhalb der Bevölkerung zunehmend nachgefragt und gewönnen auch zur Gesundheitsförderung in der Altenpflege an Bedeutung. Für pflegende Angehörige hat das ZQP in Kooperation mit der Charité einen Ratgeber zum Einsatz von Naturheilmitteln in der Pflege entwickelt. Er enthält wichtige Tipps und leicht anwendbare Praxishinweise, wie Naturheilmittel im Pflegealltag genutzt werden können. Alle Empfehlungen sind, laut ZQP, qualitätsgesichert. Sie basieren auf aktuellem Fachwissen, wie zum Beispiel Studien, medizinischen und pflegerischen Leitlinien oder Erfahrungen ausgewiesener Expertinnen und Experten. Der Ratgeber zeigt anhand typischer Pflegeprobleme, beispielsweise Appetitlosigkeit, Verdauungsbeschwerden oder chronischen Schmerzen, wie Naturheilmittel gesundheitsfördernd eingesetzt werden können. Der neue Ratgeber „Natürliche Heilmittel und Anwendungen für pflegebedürftige Menschen. Praxishinweise für den Pflegealltag“ steht unter dem Link http://zqp.de/upload/content.000/id00214/attachment02.pdf zur Verfügung.

Tag zur Naturheilkunde

Vera Kroll, die Gesundheitsbeauftragte der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, besuchte in Bad Neuenahr den Tag zur Naturheilkunde. Jährlich stellt dort die Fördergemeinschaft Natur und Medizin der Carstens-Stiftung verschiedene Themenbereiche vor und gibt Einblick in die Vielfältigkeit der Naturheilkunde.

Dr. Markus Wiesenauer erläuterte in seinem Vortrag zur Homöopathie für die Seele den Zusammenhang zwischen verschiedenen Erkrankungen und der Seele. Wie schon der Volksmund sagt: „die Nase von etwas voll haben“, „keinen Bissen runterkriegen, weil´s einem den Hals zuschnürt“ oder „einem sitzt die Angst im Nacken“. Die Seele ist aus dem Gleichgewicht gekommen; sie reflektiert. Die Homöopathie kann mit verschiedensten Naturheilmitteln einen Anstoß / Anschub geben, um die Selbstheilungskräfte zu aktivieren. Auch Nebenwirkungen von zwingend erforderlichen chemischen Medikamenten der Schulmedizin können mit homöopathischen Mitteln gelindert werden. Aber eines – so der Referent – muss uns allen klar sein: Die Verantwortung für uns und unser Leben müssen wir schon selbst tragen. Wir müssen auf uns achten und Ordnung in unserem Leben halten.

Dr. Anna Paul stellte die Essener Klinik mit ihren Behandlungsmethoden vor. Zentrale Punkte für ein glückliches Leben seien Lebensfreude, Selbstliebe und Spaß. Als Säulen des Lebens, die wir selbst aktiv beeinflussen können, nannte sie Bewegung, Ernährung, Entspannung, Atmung und Selbsthilfe. Im Grunde genommen wissen wir, dass Lebensqualität, Freude und Spaß unsere höchsten Güter sind. Wir müssen dieses Wissen nur noch im täglichen Leben umsetzen.

Praktische Maßnahmen und Griffe zur Soforthilfe und auch zur Behandlung von Schmerzen und verschiedenen Krankheiten stellte Friedl Weber, Heilpraktikerin aus Bonn, vor. Jin Shin Jyutsu ist eine japanische Heilkunst, die auf die Kraft und die Belebung der Selbstheilungskräfte baut und davon ausgeht, dass durch das Berühren verschiedener Körperstellen mit unseren Händen eine Resonanz zwischen der rechten und der linken Hand entsteht. Mit Hilfe dieser Resonanz beeinflussen wir Reflexstellen oder Energieströme in unserem Körper. Einfache Griffe wie zum Beispiel „Mudra“ - Der Daumen wird auf den Ringfingernagel der selben Hand gelegt – wirkt erweiternd auf Brustkorb, Herz und Lunge. Die Rückenmuskulatur kann sich entspannen. Auch das Drüsen- und Hormonsystem lässt sich durch den folgenden Griff beeinflussen: Die rechte Hand wird auf den Kopf gelegt, die linke auf die Stirn. Hiermit wird der sogenannte Mittelstrom angeregt. Obwohl Jin Shin Jyutsu sehr komplex ist, ermuntert Frau Weber dazu, es einfach einmal an sich selbst auszuprobieren. Diese Heilkunst arbeitet nur mit der Kraft in uns selbst, die jeder von Natur aus hat. Somit kann auch jeder an und mit sich selbst arbeiten.

Verschiedene Methoden im Rahmen der medizinischen Therapien zeigte Sabine Geisler. Das Einklopfen mit speziellen Ölen kann genauso zu einer Therapie gehören wie das Zubereiten von Speisen mit unterschiedlich wirkenden Gewürzen. Ayurveda arbeitet in der Hauptsache mit der Wirkungsweise „Selbstheilung durch Entgiftung“. Wichtig sind hier das „Agni – Das Verdauungsfeuer“ und das „Ama- Stoffwechselschlacken“. Hier erklärt sich, warum der Schwerpunkt dieser Heilmethode in der Ernährung liegt.

Außerdem unterscheidet man zwischen 3 verschiedenen Typen der Konstitution, die jeder in sich hat. Vata (Bewegung), Pitta (Stoffwechsel) und Kapha (Struktur). Sind alle drei Konstitutionen in unserem Körper ausgeglichen, sind wir im Einklang und gesund. Je nach Ausprägung der Konstitution wird mit medizinischen Ölen oder mit entsprechender Ernährung Einfluss genommen. Wichtige Gewürze der Ayurvedischen Küche sind zum Beispiel Kurkuma, Ingwer, Asant, Fenchel oder Bockshornkleesamen. Viele Gewürze werden vor dem Verzehr angeröstet, da dies den Geschmack intensiviert. Weitere Themen des Tages waren die Bedeutung der Arnika bei Multipler Sklerose, Schlaganfall und nach Operationen sowie die Anwendung von Heilpflanzen bei Schlafstörungen. Die Carstens-Stiftung setzt sich seit 1982 für die Verankerung der Naturheilkunde und Homöopathie in der Medizin ein und unterstützt auch viele Förderprojekte. Wer mehr über ihre Arbeit erfahren möchte, kann die Homepage www.carstens-stiftung.de besuchen. Natürlich freut sich die Stiftung auch über neue Mitglieder.

Vera Kroll

***Vera Kroll,** Gesundheitsbeauftragte der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH*

Literaturhinweis

Friedl Weber
Faul & Fit
JIN SHIN JYUTSU mit Hand und Fuß
Narayana Verlag
2. überarbeitete Ausgabe 2014
Preis: **12,80 Euro** (inkl. MwSt.)

Messen - Kongresse - Fortbildung

Januar 2016

9. Januar 2016 in Dortmund
Nicht-invasive und invasive Beatmung bei COPD
Anmeldung: andreas.bosch@hul.de
www.hul.de

12.Januar 2016 in Essen
Workshop-Programm Beatmung Teil 1
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

13. Januar 2016 in Essen
Workshop-Programm Beatmung Teil 2
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

14.Januar 2016 in Essen
Workshop-Programm Beatmung Teil 3
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

16. Januar 2016 in Wiesbaden
Symposium Husten-Helfen-Beatmen
Sekretmanagement und Beatmung
bei neuromuskulären Erkrankungen
www.hul.de

20. Januar 2016 in Leonberg
Notfall/Hygiene/Tracheostomie
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

22. und 23. Januar 2016 in Berlin
Kongress Pflege 2016
Recht • Management • Bildung • Praxis
www.gesundheitskongresse.de/berlin/2016

26. Januar 2016 in Erfurt
Train the Trainer
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

28. Januar 2016 in Unterhaching
Notfall/Hygiene/Tracheostomie
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

Februar 2016

1. Februar 2016 in Bremen
Workshop-Programm Beatmung Teil 1
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

2. Februar 2016 in Bremen
Workshop-Programm Beatmung Teil 2
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

3. Februar 2016 in Bremen
Workshop-Programm Beatmung Teil 3
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

4. bis 6. Februar 2016 in Stuttgart
12. Stuttgarter Intensivkongress (SIK)
www.schwabenlandhalle.de

5. bis 6. Februar 2016 in Aichach
Kindliche Schluckstörungen: Diagnostik und Therapie"
Seminar mit Herrn Dr. med. Paul Diesener
(Ltd. Arzt Intensivmedizin Abt. Frührehabilitation
Hegau – Jugendwerk Gailingen)
und Frau Ulrike Christine Roch (Logopädin)
Anmeldung: praxis@logopaedie-vogt.de
www.logopaedie-vogt.de

10. Februar 2016 in Essen
„Digitales Gesundheitswesen:
Nur für die Eliten?"
5. opta data Zukunftstag
Tagungsprogramm sowie die Anmeldung:
www.optadata-gruppe.de/termine/5-opta-data-zukunftstag

13. Februar 2016 in Iserlohn
Beatmung – quo vadis?
Beatmung im Spannungsfeld von Pathophysiologie, Studiendaten, Ethik und Ökonomie
Anmeldung: andreas.bosch@hul.de
www.hul.de

14. bis 26. Februar 2016 in Bremen
26. Symposium
Intensivmedizin + Intensivpflege
www.intensivmed.de

17. Februar 2016 in München
Train the Trainer
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

23. Februar 2016 in Augsburg
Schmerzmanagement Complete
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

24. bis 26. Februar in Bremen
26. Symposium
Intensivmedizin + Intensivpflege 2016
www.intensivmed.de

25. bis 26. Februar 2016 in Berlin
10. Nachsorgekongress
Wege aus der medizinischen Rehabilitation in die Teilhabe – Lösungen?!
www.nachsorgekongress.de

26. Februar 2016 in Bremen
Nicht-invasive und invasive Beatmung
bei COPD
Anmeldung: andreas.bosch@hul.de
www.hul.de

März 2016

2. bis 5. März 2016 in Leipzig
57. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) www.ccl-leipzig.de

2. März 2016 in Unterhaching
Notfall/Hygiene/Tracheostomie
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

7. bis 11. März 2016 in Leonberg
Basiskurs „Pflegefachkraft außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V)"
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

7. März 2015 in Köln
Fachtag „Systemische Perspektiven im Gesundheitswesen" mit Workshop „Gepflegt Durchatmen" Kontakt bei Anmeldung & Rückfragen Alexandra Schaad
E-Mail: a.schaad@katho-nrw.de
www.katho-nrw.de/koeln

8. bis 10. März in Hannover
Altenpflege – Die Leitmesse 2016
www.altenpflege-messe.de

10. bis 12. März 2016 in Würzburg
7. ICW-Süd / HWX-Kongress in Würzburg
(H = Hygiene W = Wunde X2015 = Spurensuche und Wahrnehmung
Institut Schwarzkopf GbR (Peggy Hauck)
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

10. bis 12. März 2016 in Berlin
Deutscher Pflegetag 2016
Pflege stärken mit starken Partnern
www.deutscher-pflegetag.de

11. März 2016 in Berlin
Versorgung chronisch und mehrfach erkrankter Menschen
Neue Impulse der nutzerorientierten Versorgung aus dem In- und Ausland
Anmeldung: g-plus@uni-wh.de
www.g-plus.org

18. März 2016 in Köln
11. Kölner Heimbeatmungs-Workshop
www.heimbeatmungsworkshop.de

30. März 2016 in Leonberg
Notfall/Hygiene/Tracheostomie
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

April 2016

5. April 2016 in Erfurt
Workshop-Programm Beatmung Teil 1
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

5. April 2016 in Augsburg
Präventive Pflege (Prophylaxen-Workshop)
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

6. April 2016 in Erfurt
Workshop-Programm Beatmung Teil 2
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

7. April 2016 in Erfurt
Workshop-Programm Beatmung Teil 3
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

13. April 2016 in Essen
Train the Trainer
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

13. April 2016 in Münnerstadt
Intensivpflegetag Nordbayern
www.intensivpflege-nordbayern.de

18. bis 22. April 2016 in München
Basiskurs "Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung" - durch die DIGAB zertifiziert
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

20. April 2016 in Unterhaching
Gewalt & Aggression in der Pflege
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

20. April 2016 in Unterhaching
Neue Perspektiven für die Pflege
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

25. April 2016 in Augsburg
Grundlagen der Beatmung (1 von 2)
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

26. April 2016 in Augsburg
Grundlagen der Beatmung (2 von 2)
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

27. April 2016 in Mannheim
Workshop-Programm Beatmung Teil 1
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

28. April 2016 in Mannheim
Workshop-Programm Beatmung Teil 2
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

29. April 2016 in Mannheim
Workshop-Programm Beatmung Teil 3
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

Mai 2016

4. Mai 2016 in Augsburg
Beatmung Complete
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

4. Mai 2016 in Leonberg
Notfall/Hygiene/Tracheostomie
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

11. Mai 2016 individuell oder in Emmering
Reanimation / Notfall-Training - Reanimation 1
www.wkm-medizintechnik.de/seminare/online-anmeldung

11. Mai 2016 in Unterhaching
Sonden / Katheter / Ernährung / Dysphagie
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

25. bis 28. Mai 2016 in Hamburg
29. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e. V.
Inklusion von Menschen mit Querschnittlähmung – eine multiprofessionelle Herausforderung
dmgp@conventus.de
www.dmgp-kongress.de

Juni 2016

2. bis 4. Juni 2016 in Bamberg
24. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. zusammen mit dem 11. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
www.digab-kongresse.de

DIGAB
Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung

8. bis 10. Juni 2016 in Berlin
Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit
www.hauptstadtkongress.de

8. Juni 2016 in Unterhaching
Notfall/Hygiene/Tracheostomie
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

13. bis 17. Juni 2016 in Unterhaching
Basiskurs „Pflegefachkraft außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V)"
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

MAIK
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

28 bis 29. Oktober 2016
Holiday Inn Munich - City Centre
www.maik-online.org

GEPFLEGT DURCHATMEN

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

Bitte ankreuzen ☐ dienstlich ☐ privat

Name/Vorname

E-Mail

ggf.: Institution/Einrichtung/Unternehmen

Straße/Hausnummer oder Postfach

PLZ/Ort

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

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

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

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

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

Impressum

GEPFLEGT DURCHATMEN
Fachzeitung
für außerklinische Intensivversorgung

Herausgeber
Heimbeatmungsservice
Brambring Jaschke GmbH
Ottobrunner Straße 43 - D-82008 Unterhaching
Telefon: 089 - 540 42 68 - 10
Fax: 089 - 540 42 68 30
www.heimbeatmung.com
presse@heimbeatmung.com

Redaktionsleitung: Dr. Maria Panzer

Verlag und Vertrieb
IHCC Intensive **H**ome **C**are **C**onsulting GmbH
Ottobrunner Straße 43 - D-82008 Unterhaching
Telefon: 089 - 540 42 68 0
Fax: 089 - 540 42 68 30
www.ihcc.mobi
presse@ihcc.mobi

Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Kerstin Schreyer-Stäblein, MdL, Johannes Koch, Christoph Jaschke, Dr. Benjamin Grolle, Sabine Zehentmeier, Meike Grimm, Tilman Holweg, Dieter Weber, Dorothee von Zobel, Tobias Brentle, Martina Friedrichs, Vera Kroll.

Anzeigenleitung: Sebastian Herele

Grafik und Layout:
Elke Schuhbauer, Grafik-Design

Druck: Print 24 GmbH

Derzeit gilt die Anzeigenpreisliste vom 1. Oktober 2014.
Die Zeitung erscheint vierteljährlich.

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

BreathCaring Simplicity.
prisma VENT.

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

Fortbildungsveranstaltung „Beatmung - Quo Vadis?“
am Samstag, 13.02.2016 in Iserlohn

Mehr unter www.hul.de.

Weinmann – Quality „Made in Germany“.

prismaVENT.com I hul.de

LÖWENSTEIN medical
HEINEN + LÖWENSTEIN
WEINMANN