

## Editorial

Die außerklinische Intensivpflege ist eine junge Disziplin. Traditionell sind Pflegendе ausgebildet, in der Klinik einen fest gefügten Aufgabenbereich wahrzunehmen. Da gibt es die Anordnungen und den Tagesplan, in die Patienten und Mitarbeiter gleichermaßen eingebunden sind. Im Gegensatz dazu schafft die außerklinische Betreuung Freiräume für alle Beteiligten. Der betreute Mensch entscheidet in eigener Verantwortung, wie er sein Leben gestalten will. Die Pflegenden finden kreative Ansätze für ihre Arbeit. Die Eltern, Kinder, Lebenspartner gewinnen Kraft, weil sie die Verantwortung für das erkrankte Familienmitglied mit einem professionellen Team teilen können.

Während es in der Klinik darum geht, die Auswirkungen einer Erkrankung auf ein Minimum zu begrenzen, liegt der Schwerpunkt der außerklinischen Betreuung darauf, aus den verbliebenen Fähigkeiten ein Maximum an Lebensqualität zu machen. Deshalb heißt diese Zeitung "Gepflegt durchatmen". Der Titel ist ein Motto für die Patienten. Sie dürfen beruhigt sein, weil sie wissen, dass ihre Versorgung in fähigen Händen liegt.

"Gepflegt durchatmen" wendet sich aber auch an die Pflegenden. Sie arbeiten in einem Zweig ihres Berufes, der maximales Können und herausragendes Verantwortungsbewusstsein voraussetzt.

Bislang fehlen einheitliche Standards in der außerklinischen Intensivpflege, doch zahlreiche Gremien führen lebhaft Diskussionen zur Qualitätssicherung, erarbeiten Finanzierungsmodelle, gestalten die politischen Voraussetzungen.

"Gepflegt durchatmen" hat sich zum Ziel gesetzt, diesen Prozess kritisch zu begleiten und Denkanstöße zu liefern.

Die Redaktion

## Den Weg nach Hause ebnen

Professionelles Überleitungsmanagement ermöglicht die reibungslose Beziehung zwischen Patienten, Angehörigen und dem therapeutischen Team



Mit dem Schritt aus dem Krankenhaus beginnt ein neuer Abschnitt im Leben des Patienten und seiner Angehörigen.

Die außerklinische Intensivpflege bietet Schutz und Sicherheit.

Foto: Christoph Jaschke

Obwohl die ambulante Intensivpflege bereits seit mehreren Jahren als ideale Versorgungsform für chronisch schwerkranke Menschen etabliert ist, leidet sie unter ihrem mangelnden Bekanntheitsgrad. Ärzte, die sich mit der stationären Therapie dauerhaft beatmeter Patienten befassen, sind häufig unzureichend über die Leistungsfähigkeit ambulanter Intensivpflegedienste orientiert. Auch die Sozialdienste der Kliniken können Betroffene bei der Suche nach einer geeigneten nachstationären Betreuung oft nicht adäquat beraten, weil Informationen über die regional tätigen Pflegedienste fehlen.

Die Ursache liegt unter anderem in der Zersplitterung der Versorgungslandschaft. Sie erschwert den Überblick über Anbieter, Leistungen und den Bedarf an außerklinischer Intensivpflege. Inzwischen haben sich jedoch Arbeitsgemeinschaften zusammen-

geschlossen, um Netzwerke zu bilden und die Interessen der Patienten, Pflegenden und Therapeuten aller Berufssparten zusammenzuführen (siehe Seite 3).

Die schwierige Informationslage beeinflusst auch das Überleitungsmanagement. Der Begriff umfasst den gesamten Prozess, mit dessen Hilfe ein Patient aus der stationären in die außerklinische Versorgung wechselt.

Gleichzeitig markiert er den Zeitpunkt des ersten Kontaktes zwischen dem Betroffenen und dem Pflegedienstleister, der künftig die Verantwortung für das körperliche und seelische Wohlergehen des Pflegebedürftigen übernimmt.

Dieser Schnittpunkt zwischen der klinischen und außerklinischen Versorgung entscheidet über die Lebensqualität des Patienten. Hier sind die maßgeblichen Weichen zu stellen:

Fühlen sich der Patient und seine Angehörigen in guten Händen?

Kann der Klinikarzt darauf vertrauen, dass die umfassende Versorgung seines Patienten weiterhin gewährleistet ist?

Überleitungsmanagement erfordert kreative Ansätze zur Lösung von Problemen.

Es geht darum, einen weichen Übergang zwischen zwei völlig entgegengesetzten Systemen zu ermöglichen: Das Krankenhaus bildet eine Struktur, in die der Patient eingefügt wird – in der außerklinischen Intensivpflege bestimmt der Patient und sein individueller Bedarf die Form der Versorgungsstruktur, die um ihn herum aufzubauen ist.

Die für die Überleitung verantwortlichen Pflegenden behalten sämtliche Lebensbereiche im Blick. Das bezieht sich ebenso auf die architektonischen Voraussetzungen der Wohnung (z.B.: Ist die Tür des Badezimmers breit genug für einen Rollstuhl?) wie auf die jeweilige familiäre Situation (siehe Seite 2).

Es gilt, Kontakte zu Therapeuten und niedergelassenen Ärzten herzustellen, die Erfahrungen in der Behandlung beatmungspflichtiger Patienten haben.

Die Kommunikationswege, auf denen sich die Berufsgruppen zuverlässig und schnell austauschen können, sind zu schaffen. Medizinprodukte, Hilfsmittel und Verbrauchsmaterialien müssen schon zu Beginn der außerklinischen Versorgung in ausreichender Menge zur Verfügung stehen (siehe Seite 6). Das pflegerische Team ist unter den Gesichtspunkten fachlicher Eignung und persönlicher Neigungen zusammenzustellen. Dieser Punkt verlangt besonderes Fingerspitzengefühl. Zwischen den Mitgliedern des Teams und dem Patienten sowie seinen Angehörigen stellt sich zwangsläufig eine große Nähe ein.

Nicht zuletzt bereitet die Frage der Finanzierung oft ein erhebliches Problem, das in der Phase der Überleitung zufrieden stellend zu lösen ist. Dazu sind unter Umständen Verhandlungen mit Krankenkassen, Pflegekassen oder Sozialämtern notwendig, für die der Patient und seine Angehörigen zumindest Hilfe benötigen.

Es liegt in der Verantwortung der überleitenden Pflegenden, den Umfang des Dienstleistungsaufwandes in enger Absprache mit allen Beteiligten abzustecken. Nicht immer ist eine 24-Stunden-Versorgung notwendig oder sinnvoll. Sind Kinder betroffen, besteht häufig der Wunsch der Eltern, selbst einen Teil der Pflege zu übernehmen. Mit Augenmaß schätzen Pflegendе in diesen Fällen die Belastungsfähigkeit der Familie ein. Sie beachten vor allem die Art der Erkrankung und den daraus erwachsenden Bedarf an Assistenz. Er kann hoch sein, wenn davon auszugehen ist, dass lebensbedrohliche Situationen im Verlauf der Versorgung häufiger auftreten und er ist niedriger, wenn die Verfassung des Patienten stabil eingeschätzt wird. Die Professionalität außerklinischer Intensivpflege beweist sich auch in dem Grundsatz "So viel wie nötig und so wenig wie möglich." Die Basis dazu legt das gewissenhafte Überleitungsmanagement. bh



# Angehörige begleiten

*Pflegerische Assistenz umfasst schon in der Überleitung die ganze Familie*

Die außerklinische Versorgung eines Patienten ist ein Prozess, der sich über Jahre erstrecken kann. Er bezieht neben dem Betroffenen und seinen engen Angehörigen auch das weitere soziale Umfeld ein. Deshalb ist es für alle Beteiligten hilfreich, bereits im Zuge der Überleitung ein möglichst genaues Bild vom künftigen Alltag zu entwerfen.

Meistens empfinden es die Angehörigen als Verpflichtung, sich aktiv an der Pflege des Patienten zu beteiligen. Dies gilt insbesondere für Eltern, deren Kinder von einer schweren Erkrankung betroffen sind. Dabei spielen finanzielle Erwägungen eine nicht unerhebliche Rolle. Die Kostenträger sind bestrebt, die Zeiträume professioneller Assistenz möglichst klein zu halten.

Ambulante Intensivpflege verfolgt das Ziel, eine intakte Familienstruktur zu sichern. Die Auseinandersetzung der Angehörigen mit der jeweiligen Erkrankung, ihren Auswirkungen und der Bedeutung für den Alltag ist eine Voraussetzung dafür, dass sie das betroffene Familienmitglied annehmen und in ihr Leben integrieren können.

Für Laien ist es oft nur schwer vorstellbar, in welcher Weise die unausgesetzte Abhängigkeit von lebenserhaltender Medizintechnik in die Lebensführung eingreift. Sie sind auf die Hilfe professionell Pflegenden angewiesen, um einen realistischen Eindruck zu gewinnen. Die sachlichen Schilderungen der Bedingungen müssen ein Bestandteil der Gespräche wäh-



*Im Gespräch bleiben:  
Pflegerische Assistenz hilft, intakte Familienstrukturen zu sichern.*

Foto: Christoph Jaschke

rend der Überleitung sein. Es wäre nicht ehrlich, den Angehörigen zu sagen, sie könnten ihr Leben ohne Einschränkungen wie bisher weiterführen. Andererseits ist es notwendig, ihnen Mut zu machen für die Entscheidung, das erkrankte Familienmitglied zu sich nach Hause zu holen.

Zunächst ist zu überlegen, welches Zimmer der Patient beziehen soll. Die räumlichen Bedingungen einer Wohnung wirken sich stark auf die familiäre Atmosphäre aus.

Manchmal lässt ihr Zuschnitt kaum Alternativen zu. Ideal wäre ein Zimmer, das von allen Teilen der Wohnung aus leicht erreichbar ist, also zentral liegt, aber gleichzeitig einen abgeschlossenen Raum bildet, in dem der Patient die Möglich-

keit zum Rückzug vom Familienleben hat und Ruhe finden kann. Dieses sensible Thema behandeln professionell Pflegenden sehr vorsichtig. Angehörige neigen dazu, dem Patienten in jeder Beziehung Priorität in ihrem Leben einzuräumen und alle anderen Bedürfnisse zur Seite zu schieben. Dieser Wunsch ist verständlich, weil die Sorge um das erkrankte Familienmitglied das ganze Denken bestimmt. Wenn der Patient ein Kind oder gar ein Säugling ist, empfinden die Eltern oft auch Schuldgefühle. Pflegenden nehmen diese Gefühle ernst und bieten sich als Gesprächspartner an. Es kann lange dauern, bis Verwandte in der Lage sind, die Erkrankung ihres Angehörigen anzunehmen.

Für diesen Prozess benötigen sie Kraft, die sie nur gewinnen können, wenn Sie auch ihren eigenen Bedürfnissen nachkommen. Eltern sind besonders gefordert, wenn das erkrankte Kind Geschwister hat. Kinder nehmen Erkrankungen als sehr bedrohlich wahr, weil sie die Situation nicht mit ihrer Erfahrungswelt abgleichen können. Deshalb brauchen sie intensive Zuwendung. Pflegenden ermutigen die Eltern, sich ohne schlechtes Gewissen Zeit für die gesunden Kinder zu nehmen und auch mit sich selbst sorgsam umzugehen. Besondere Aufmerksamkeit verdienen die Zeiträume, in denen die Angehörigen selbst die Pflege übernehmen. In der Beratung gibt ihre psychische und physische Belastungsfähigkeit den Ausschlag. Trotz aller Hilfsmittel bleibt die Pflege eine körperlich anstrengende Aufgabe, der besonders ältere Menschen ohne entsprechende Ausbildung oder Wissen über Pflegetechniken, kaum gewachsen sind. Nicht zu unterschätzen ist, dass die lebenserhaltende Medizintechnik bei den Angehörigen oft Ängste auslöst.

Sie sind einer doppelten Belastung ausgesetzt. Einerseits stehen sie einer schweren Erkrankung gegenüber, andererseits müssen sie sich damit auseinandersetzen, dass körperliche Funktionen eines Familienmitgliedes maschinell unterstützt werden.

Kenntnis schafft Vertrauen, und deshalb ist das gesamte therapeutische Team aufgerufen, den Angehörigen sowohl das Krankheitsbild als auch die Medizintechnik in allen Einzelheiten zu erklären und sie im Umgang anzuleiten und zu unterstützen. Die dafür erforderliche Zeit geht in der Regel weit über die Phase der Überleitung hinaus.

Gehen die Angehörigen einem Beruf nach, kollidiert die Pflege mit den Arbeitszeiten. In Familien mit einer traditionellen Verteilung der Geschlechterrollen stehen dann die weiblichen Mitglieder oft allein in der Pflicht, die Versorgung zu leisten. Dies kann zu schweren Belastungen und innerfamiliären Spannungen führen, die im schlimmsten Fall in Erkrankungen oder dem Zerbrecen einer Ehe münden.

Professionelles Überleitungsmanagement berücksichtigt diese Auswirkungen und plant idealerweise eine "Rückzugspflege". Das bedeutet: In der Anfangsphase stehen die professionell Pflegenden bis zu 24 Stunden zur Verfügung.

Diese Zeit dient vor allem der Einweisung der Angehörigen in die pflegerischen Arbeitsabläufe. Eine enge Kommunikation zwischen den Beteiligten zeigt dann, ob die Betreuungszeiten der Angehörigen erweitert werden sollten. Bei Patienten, die mit einem hohen Risiko von Notfallsituationen leben, wird diese Möglichkeit jedoch stark limitiert sein.

Nach der theoretischen Vorbereitung in der Überleitungsphase ist die Assistenzpflicht der Pflegedienste den Angehörigen gegenüber keineswegs abgeschlossen. Sie geht nahtlos in eine psychosoziale Betreuung über, die kontinuierlich parallel zur Patientenversorgung läuft. Es ist ideal, wenn der Pflegedienst für diese Aufgabe über Sozialpädagogen verfügt. Regelmäßige Gespräche (mindestens einmal pro Monat) helfen, zwischenmenschliche Probleme, die sich auch aus der großen Nähe zwischen den Pflegenden und der betroffenen Familie ergeben können, zu lösen. *bh*

## Ihr Recht: Verordnung der häuslichen Krankenpflege

Die Verordnung Vordruck "Muster 12" der häuslichen Krankenpflege hat für Intensivpflegedienste aus vielen Gründen Bedeutung. Die Krankenkassen genehmigen nur, was der Arzt verordnet hat – und das bestimmt den Umfang des Arbeitsauftrages. Hier fangen die ersten Probleme mit der Kasse häufig schon an. Denn was genau darf in welchem Umfang verordnet werden? Doch nicht nur bei der Übernahme des Patienten hat die Verordnung Bedeutung. Sie begleitet die gesamte Versorgung. Meistens übernehmen Pflegedienste die Aufgabe, die Verordnung für Ihre Patienten bei der Krankenkasse einzureichen. Ist das Formular unvollständig oder falsch ausgefüllt, wird der Antrag von der Krankenkasse gar nicht oder nur schleppend bearbeitet.

Neben dem steigenden Verwaltungsaufwand entsteht so für die Pflegedienste und ihre Patienten die ständige Unsicherheit, welche Leistungen die Kostenträger genehmigen und welche nicht. Um diese Situation zu vermeiden, gelten folgende Grundsätze:

1. Zur Verordnung der häuslichen Krankenpflege ist der Vordruck "Muster Nr. 12" zu verwenden. Die Verordnung ist vom behandelnden Arzt auszufüllen. Er muss sich am Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen der Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege des Bundesausschusses orientieren.

### Merke:

Das Bundessozialgericht hat am 10. November 2005 (AZ: B 3 KR 38/04 R) entschieden, dass die Richtlinien der häuslichen Krankenpflege nicht abschließend ausgestaltet sind. Die Richter stellten in ihrer Entscheidung klar, dass die Beobachtungs- und Betreuungszeiten zur Behandlungspflege gehören.

Das heißt, dass sie verordnet werden können, auch als Stundenzahl.

2. Die Verordnung der häuslichen Krankenpflege kann in zwei Fällen ausgestellt werden. Zum einen, wenn die Beauftragung eines ambulanten Pflegedienstes eine Krankenhausbehandlung (§ 37 I SGB V) vermeidet. Oder wenn sie der Sicherung der ärztlichen Behandlung (§ 37 II SGB V) dient. Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung können nur dann verordnet werden, wenn die Satzung der Kasse dies vorsieht. Ansonsten sind sie Leistungen der Pflegeversicherung.

### Tipp:

Achten Sie darauf, dass die Verordnung von einem zugelassenen Vertragsarzt ausgestellt wird. Krankenhausärzte dürfen die Krankenhausvermeidungspflege nur anordnen, wenn sie hierzu ermächtigt sind. Ein aktueller Beschluss des Bewertungsausschusses der Kassenärztlichen Vereinigung erlaubt es vielen Fachärzten (z.B. Haut-, Augen-, Hals-Nasen-Ohren-, Kinderärzte, Anästhesisten, Psychiater, Neurologen) wieder, häusliche Krankenpflege zu verordnen.

3. Die verordnete Behandlungspflege muss den Richtlinien zur häuslichen Krankenpflege entsprechen. Die Verordnung muss folgende Punkte enthalten:

- Die Diagnose, sowie eine kurze medizinische Begründung der Verordnung der häuslichen Krankenpflege
- Die zu erbringende Leistung (z.B. häusliche Intensivkrankenpflege)
- Beginn, Dauer und Häufigkeit (ab dem 01. März 2006 für 24 Stunden täglich).

4. Folgeverordnungen müssen immer mindestens drei Tage vor Ablauf der vorhergehenden Verordnung ausgestellt werden.

5. Die Verordnung ist der Antrag des Versicherten auf Leistung. Sie muss daher vom Patienten unterschrieben sein und schriftlich bei der Kasse eingereicht werden. Hat der Patient einen Betreuer, so muss dieser unterschreiben. Zu beachten ist, dass die Verordnung

der Krankenkasse spätestens drei Tage nach Ausstellung vorliegt. Bei Verzögerungen besteht die Gefahr, dass die Verordnung erst ab dem Tag der Einreichung und nicht rückwirkend genehmigt wird.

6. Leistungen können grundsätzlich nicht rückwirkend verordnet werden. Die Krankenkasse ist immer erst ab dem Moment zur Leistung verpflichtet, zu dem sie durch das Einreichen eines Antrags Kenntnis von ihrer Leistungsverpflichtung erhält.



Christina Loy-Birzer, Rechtsanwältin

# Netzwerk für die Pflege

Arbeitsgemeinschaft "Lebenswelten beatmeter Kinder und Jugendlicher" koordiniert außerklinische Versorgung bundesweit

Die Versorgung von langzeitbeatmeten Kindern und Jugendlichen außerhalb von Kliniken stellt erhebliche Anforderungen an die betreuenden Einrichtungen. Sie müssen über speziell geschultes Pflegepersonal verfügen. Sofern die Patienten nicht bei den Eltern leben, sind angemessen eingerichtete Wohnräume bereitzuhalten. Vor allem aber die Frage der Finanzierung ist in Deutschland noch immer uneinheitlich geregelt. Die Arbeitsgemeinschaft "Lebenswelten beatmeter Kinder und Jugendlicher" hat sich zum Ziel gesetzt, den Fragen rund um die außerklinische Versorgung auf den Grund zu gehen.

In diesem Gremium haben sich Experten, Institutionen und Dienstleister aus dem gesamten Bundesgebiet zusammengeschlossen. Es soll ein Netzwerk bilden, das die gesamte Versorgungslandschaft umfasst.

"Bislang ist die außerklinische Versorgung von langzeitbeatmeten Kindern und Jugendlichen kaum koordiniert. Es ist nicht einmal bekannt, wie viele dieser Patienten wir in Deutschland haben", sagt



Fachkundige ambulante Pflege ermöglicht auch schwerkranken, beatmungspflichtigen Kindern, das Leben im Schutz der Familie zu genießen.

Foto:  
Heimbeatmungsservice  
Brambring und  
Jaschke GmbH

Jörg Brambring, 2. Sprecher der Arbeitsgemeinschaft "Lebenswelten". Deshalb ist es so schwierig,

den Bedarf zu ermitteln, um beispielsweise eine betreute Wohngruppe einzurichten. Auch Eltern,

die für ihr Kind eine geeignete Form der Versorgung suchen, haben große Mühe, Informationen zu erhalten. "Hier sieht die Arbeitsgemeinschaft eine ihrer Hauptaufgaben", sagt Brambring. Die Fachleute beraten kostenlos und behalten dabei die individuellen Lebensumstände des Kindes im Blick.

Die Gesetze weisen Lücken auf, die zu Unsicherheiten führen. Deshalb sind die Sozialgerichte – bis hinauf zum Bundessozialgericht – immer wieder mit der außerklinischen Langzeitbeatmung befasst und haben in aktuellen Urteilen unmissverständlich auf die Zahlungspflicht der Krankenkassen für die Behandlung hingewiesen.

"Die besondere Schwierigkeit liegt darin, dass Kindern eigentlich immer Pflege, Therapie und Wiedereingliederung gleichermaßen benötigen, also eine Mischung aus allen drei Aspekten vorliegt. Weil die Bereiche verschiedenen Kostenträgern, z.B. Krankenkassen, Pflegekassen und Sozialämtern zugeordnet sind, spielen sich diese Institutionen gegenseitig die Verantwortung zu. Es kann einige Zeit dauern, bis die Eltern eine Finanzierungszusage erhalten", sagt Jörg Brambring.

"Wichtig ist in jedem Fall, dass die Versorgung eine pädagogische Komponente enthält, denn auch für

beatmungspflichtige Kinder gilt selbstverständlich die allgemeine Schulpflicht." In den Beratungen versucht die Arbeitsgemeinschaft "Lebenswelten" zunächst, den Eltern und ihren Kindern den Weg in ein normales Leben zu ermöglichen. "Das Ziel, also die intakte Familie, lässt sich am besten durch eine ambulante Versorgung erreichen, bei der das Kind mit seinen Eltern und Geschwistern in einer häuslichen Gemeinschaft lebt", sagt Brambring. Hier hilft die Arbeitsgemeinschaft, indem sie den Eltern beispielsweise Kontakte zu Therapeuten und Ärzten vermittelt, die sich mit den Bedürfnissen beatmeter Kinder auskennen.

"Wir geben Empfehlungen zur Ausstattung stationärer Einrichtungen und vergleichen bundesweit die Tagessätze. Sie sind ein Kriterium für die Versorgungsqualität, denn darin zeigt sich, wie realistisch der Anbieter die Kosten der Dienstleistung kalkuliert", sagt Brambring.

Die Arbeitsgemeinschaft "Lebenswelten" ruft alle ambulanten Pflegedienste und die Anbieter stationärer Versorgung auf, daran mitzuarbeiten, den beatmungspflichtigen Kindern und Jugendlichen eine Zukunft zu sichern.

Weitere Informationen und Kontaktadressen finden sich im Internet unter:

[www.lebens-welten.com](http://www.lebens-welten.com) bh



WERKSTATT FÜR KÖRPERBEHINDERTEN-HILFSMITTEL, ORTHOPÄDIE, REHA- UND MEDIZINTECHNIK GMBH MÜNCHEN



## Patienten-Überleitungsmanagement für Kinder & Erwachsene

Das bedeutet individuelle, produktneutrale Vollversorgung des Patienten unter Berücksichtigung des nachstationären Umfeldes, um eine sinnvolle, ganzheitliche und therapiesichernde Versorgung sicher zu stellen.

## Fachbereiche der WKM

- Heimbeatmung
- Sauerstofftherapie
- Tracheostomaversorgung
- Inhalations- und Atemtherapie
- Enterale künstliche Ernährung
- Dekubitusprophylaxe und -therapie
- Wundversorgung und -beratung
- Patientenüberwachung
- Pflegehilfsmittel und Verbrauchsmaterialien
- Rehaversorgung
- Kontinenzförderung

Sprechen Sie mit uns - Wir helfen Ihnen gerne weiter!

WKM · Zentrale München · Wildermuthstraße 88 · 80993 München  
Telefon: 089 14337-6 · Telefax: 089 14337-777



**Produkte im Test**

Das Material eines Cuffs spielt eine wichtige Rolle in der sach- und fachgerechten Pflege tracheotomierter Patienten. Der seit längerer Zeit etablierte Microcuff löst gleich mehrere Versorgungsprobleme.

**Indikationen für eine gecuffte Trachealkanüle**

In der außerklinischen Versorgung sind aufgrund der hochwertigen klinischen medizinischen und pflegerischen Möglichkeiten immer häufiger Patienten mit Tracheostoma anzutreffen. Im häuslichen Umfeld sind neben anderen Krankheitsbildern vor allem invasive Beatmungsformen und die Reduktion des Aspirationsrisikos bei Bewusstseins- und Schluckstörungen für die Wahl einer gecufften Kanüle entscheidend.

**Wie funktioniert der Cuff?**

Der Cuff (Ballon) ist am Hals der Trachealkanüle befestigt und durch eine dünne Leitung, die vom Inneren der Trachea (Lufröhre) nach außen reicht, zu befüllen. Durch das äußere Ansatzstück der Zuleitung wird Luft in den Ballon gepumpt, der sich nun in der Lufröhre entfaltet. Dieser Vorgang platziert die



Microcuffs dichten die Lufröhre bereits bei sehr geringem Innendruck zuverlässig ab.

Foto: Microcuff GmbH

Trachealkanüle mittig in der Trachea. Das Blocken der Manschette trennt die unteren von den oberen Atemwegen, der Weg des Atemgases erfolgt bei korrekter Blockung über das Innere der Kanüle. Das System ermöglicht die Beatmung mit Überdruck zur Entfaltung der Lungenbläschen

und sichert die Atemwege vor Aspiration.

**Probleme bei der Cuff-Benutzung**

Der im Cuff herrschende Druck wirkt direkt auf die Schleimhaut. Außerdem entstehen bei Kopfdrehungen und Nicken zusätzliche Scherkräfte durch die Bewegung der Kanüle. Zu hohe Cuffdrücke

oder eine falsche Handhabung des Cuffs führen mit hoher Wahrscheinlichkeit u.a. zu Ischämie, Stauung und Bildung eines Schleimhautödems. Ein idealer (bisher nicht verfügbarer) Cuff würde die Kanüle in der Trachea halten, ohne dass Kräfte auf die Schleimhaut wirken. Es besteht auch bei adäquat geblocktem Cuff das Problem der Mikroaspiration, denn stets diffundieren Sekrete aus dem "Jammereck" (subglottischer Raum) am Cuff vorbei in die unteren Atemwege. Dort können diese bakteriell kolonisierten Sekrete u.a. Infektionen auslösen, z.B. die regelmäßig auftretenden klinischen beatmungsassoziierten Pneumonien. Tunnelbildungen an der Schleimhaut können zu Beatmungsleckagen führen. Materialschwächen des Cuffs verursachen Druckverluste im Atmungssystem und Beatmungsprobleme.

**Ansätze zur Problemlösung**

Jeder Hersteller dieser semikritischen Medizinprodukte hat sich intensiv mit der Materialauswahl beschäftigt. Einen Erfolg verzeichneten die Entwickler von Microcuff aus Weinheim. Das deutsche Unternehmen ist in der Lage, einen mikrodünnwandigen Cuff aus Polyurethanfolien (PUR) herzustellen. Seine Wanddicke beträgt zwi-

schen 5-10 µm. Das Material ist hohen mechanischen Ansprüchen gewachsen, eine effiziente Blockung ist im Vergleich zu Wettbewerbsprodukten auch bei niedrigerem Cuffdruck bedeutend besser möglich. Mikrodünne PUR-Ballons entfalten sich nachweislich besser und dichten die Trachea zuverlässig bereits bei Fülldruckwerten, die nur wenig über dem tatsächlichen Umgebungsdruck liegen (Oikkonen et al, 1996). Diese Cuffs wirken mit geringeren Kräften auf die Schleimhaut. Durch die Verwendung von sehr wenig und dünnem Material verliert der Cuff auch nach mehrmaligem Entblocken seine ursprüngliche Geometrie nicht. Der innovative Microcuff wird von der Firma Tyco unter dem Namen "SealGuard® Polyurethan-Cuff" vertrieben und ist im medizinischen Fachhandel erhältlich.



Stefan Hille, Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin

**FAHL**

Kompetente Beratung bei der Hilfsmittelversorgung von Schädel-Hirnverletzten und Schlaganfall-Patienten.

*Produktvielfalt für eine gute Versorgung*

**INHALATION**



z.B. Ultraschallvernebler Tracheosonic

**KÜNSTLICHE NASEN**



z.B. HumidoTrach® HumidoTwin®

**KANÜLENZUBEHÖR**



z.B. Tracheoskin® Kompressen

**TRACHEALKANÜLEN**



z.B. Duracuff® SUCTION Trachealkanüle

z.B. Duravent® UNI-KOMBI Sprechkanüle



Weitere Informationen über unser Hilfsmittelangebot finden Sie in unserem aktuellen Hilfsmittelkatalog „Hilfen zur Rehabilitation 2006“, den Sie kostenlos und unverbindlich bei uns anfordern können.

**ANDREAS FAHL**

**MEDIZINTECHNIK-VERTRIEB GMBH**

August-Horch-Straße 4a · D-51149 Köln · **Telefon 0 22 03/29 80-0**  
Fax 0 22 03/29 80-100 · e-mail [vertrieb@fahl.de](mailto:vertrieb@fahl.de) · Postfach 92 03 44 · 51153 Köln

*www.fahl.de*

# MDK Baden-Württemberg setzt Maßstäbe

Experten erstellen Arbeitshilfe für Begutachtungen

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherungen (MDK) in Baden-Württemberg erarbeitet eine neue Arbeitshilfe für die Begutachtung krankheitsbedingt technologieabhängiger Menschen. Die Arbeitsgruppe, die aus Mitarbeitern des MDK, Vertretern der Leistungsträger, Ärzten der Kliniken, in denen Patienten auf die Heimbeatmung vorbereitet werden sowie Pflegenden dieser Krankenhäuser und ambulanten Pflegedienste besteht, hat in den vergangenen Monaten ein Papier auf den Weg gebracht, das alle Aspekte der komplexen Versorgungen in der ambulanten Intensivpflege berücksichtigt.

Die Vorlage enthält sämtliche Ablaufbeschreibungen und Beurteilungsbögen, die erforderlich sind, um z.B. den Hilfebedarf des Patienten genau einzuschätzen. Die Umsetzung dieser Arbeitshilfe wird den Überleitungsprozess für

die Betroffenen extrem verkürzen. Die Klinik bzw. der Überleitmanager des Pflegedienstes erstellt einen Überleitungs- und Berichtsbogen, der alle relevanten Daten aus Arztbriefen und Pflegedokumentationen zusammenfasst. Er vereinfacht die Kommunikationswege, erspart lange Telefonate mit den Klinikärzten und die mühsame Auswertung der meist sehr umfangreichen Patientenakten. Der Arzt des Medizinischen Dienstes, der z.B. eine Neubegutachtung eines Patienten vornehmen soll, kann sich anhand dieses Berichtes in wenigen Minuten ein exaktes Bild von der medizinischen Situation machen und eine gutachterliche Stellungnahme zum grund- und behandlungspflegerischen Hilfebedarf noch vor der Entlassung aus der Klinik abgeben.

Im Anhang des Papiers finden sich Definitionen fachspezifischer Termini, z.B.: "beatmete Menschen"

oder "technologieabhängige Menschen". Sie beschreiben das Maß der Abhängigkeit von lebenserhaltenden Medizinprodukten und damit das erforderliche Niveau der pflegerischen Versorgung. Bisher sind diese Begriffe uneinheitlich besetzt gewesen.

Der baden-württembergische MDK setzt überdies einen weiteren Maßstab für außerklinische Intensivversorgungen, der bundesweite Wirkung zeigen könnte:

Er legt die strukturellen Voraussetzungen für Pflegedienste, die in diesem Bundesland außerklinische Intensivpflege anbieten möchten, sehr detailliert und auf einem für die Szene untypisch strengen Qualitätsniveau fest. Unter anderem ist vorgesehen, ausschließlich examinierte Krankenschwestern und -pfleger mit Intensivverfahren für die ambulante Versorgung von langzeitbeatmeten Menschen zuzulassen. *cj*

# Experten empfehlen Grippe-Impfung

Serum schützt nicht vor Vogelgrippe

Die jährliche Grippewelle verursacht nach einer Schätzung des Robert Koch-Institutes (RKI) etwa 10.000 Todesfälle. Besonders gefährdet sind Menschen, die älter als 60 Jahre sind, und alle, die an Herz-Kreislauf-Erkrankungen, chronischen Lungenkrankheiten, Diabetes oder Immunschwäche leiden. Zu dieser Gruppe gehören auch Patienten, die im Rahmen der außerklinischen Intensivpflege betreut werden. Wie schon in den Vorjahren, rät die Ständige Impfkommission am RKI in dieser Grippe-saison erneut zur Schutzimpfung. Die Empfehlung umfasst auch alle Berufsgruppen, die mit der Versorgung von Patienten betraut sind. Die verwendeten Seren enthalten einen Tot-Impfstoff, rufen also selbst keine Grippe hervor. Während dieser Grippesaison verzeichnen die Experten des RKI ein erhöhtes Interesse an der Impfung. Der Grund liegt vor allem im Auf-

treten der Vogelgrippe (aviäre Influenza). Allerdings schützt der aktuelle Impfstoff nicht vor dem H5N1-Virus, das die Vogelgrippe auslöst.

In seiner derzeitigen Form ist das Vogelgrippevirus nicht von Mensch zu Mensch übertragbar. Da es jedoch zu schnellen Erbgutveränderungen fähig ist, kann das Virus auf einen Schlag in die Lage versetzt werden, auch unter Menschen eine Pandemie auszulösen.

Pflegende sollten ihre Patienten genau auf Krankheitszeichen einer Grippe (Influenza) beobachten. Sie bestehen nicht in den klassischen Symptomen eines grippalen Infektes (z.B. Schnupfen, Husten, erhöhte Temperatur). Eine echte Grippe zeigt sich durch plötzliches hohes Fieber, Schüttelfrost, Gelenkschmerzen und trockenen Husten. In diesen Fällen sollte sofort ein Arzt hinzugezogen werden. Die Virusgrippe ist meldepflichtig.

## GEPFLEGT DURCHATMEN

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

Name/Vorname

ggf.: Institution/Einrichtung/Unternehmen

Straße/Hausnummer oder Postfach

PLZ/Ort

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

Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH,  
Von-Stauffenberg-Straße 25, 82008 Unterhaching,  
Fax: 089 - 61 10 09 66

Sie können das Abonnement auch gern per E-Mail bestellen:  
[info@heimbeatmung.com](mailto:info@heimbeatmung.com)

Hinweis:

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

Der Förderverein für Heimbeatmung und Betreutes Wohnen e.V.  
unterstützt dauerhaft beatmete Kinder und Erwachsene.



Atmen  
ist  
Leben

– aber Krankheiten können jeden treffen  
und medizinische Hilfsmittel sind sehr teuer.  
Helfen Sie mit, beatmeten Menschen ein selbständiges Leben  
daheim zu sichern.  
Werden Sie Mitglied. Spenden Sie.

FHB e.V.

**Spendenkonto:**  
**Volksbank Fürstfeldbruck**  
**BLZ: 701 633 70 Konto: 10 35 991**

Der Förderverein für Heimbeatmung und Betreutes Wohnen  
ist ein eingetragener, gemeinnütziger und mildtätiger Verein.  
Für weitere Informationen:

FHB e.V., Postfach 1364, 82003 Unterhaching, Tel./Fax: 089 - 61 10 09 67

E-Mail: [mail@heimbeatmung.tv](mailto:mail@heimbeatmung.tv), Internet: [www.heimbeatmung.tv](http://www.heimbeatmung.tv)



# Angemessen versorgen

Bedingungen für die Ausstattung der Patienten

Es ist eine Kernaufgabe des Überleitungsmanagements, den Bedarf des Patienten an Hilfsmitteln und Medizinprodukten noch vor der Entlassung aus der Klinik eingehend zu analysieren. Dies erhöht die Qualität der Versorgung, gestattet einen reibungslosen Wechsel in die außerklinische Versorgung und hilft, Unstimmigkeiten bei der Kostenübernahme durch die Krankenkassen zu klären.

Für alle Hilfsmittel gilt zu 100 Prozent das Gebot der Wirtschaftlichkeit. In der Regel erhält der Patient leihweise ein gebrauchtes, aufbereitetes Hilfsmittel, das seinem Krankheitsbild und seinen Bedürfnissen entspricht. Eine Antidekubitusmatratze – außerordentlich wünschenswert, um die Entstehung von Hautschäden zu verhindern – genehmigt die Krankenkasse nur nach einem schriftlichen Gutachten mit Begründung durch den Lieferanten. Tritt ein Dekubitus auf, bezahlt die Krankenkasse das Hilfsmittel hingegen ohne größere Formalitäten. In diesem Fall kann sie prüfen, ob ein Pflegefehler zu seiner Entstehung geführt hat, um ggf. die Pfe-

genden oder die stationäre Einrichtung in Regress zu nehmen. Der Gesetzgeber hat z.B. sterile und unsterile Handschuhe sowie Händedesinfektionsmittel aus der Leistungspflicht der Krankenkassen gestrichen, da sie der Arbeitserleichterung der Pflegenden dienen und somit über die Pflegekasse (oder das Pflegegeld) abgegolten sind. Sterile Handschuhe sind jedoch bei der endotrachealen Absaugung zur Vermeidung von Infektionen unverzichtbar. Deshalb sind darüber gesonderte Verhandlungen mit dem Kostenträger zu führen. Auch sterile Urinbeutel und Blasenkateter werden den Patienten ab Mitte 2006 nur noch in einer definierten Stückzahl pro Monat zur Verfügung stehen. Sogar die waschbaren Patientenunterlagen sind inzwischen budgetiert.

Heilmittel (z.B. Sondennahrung, Trinknahrung) aber auch das Verbandmaterial (z.B. Kompressen für Trachealkanüle oder PEG, feuchte Wundversorgung) sowie alle Medikamente und Desinfektionsmittel unterliegen grundsätzlich der Budgetierung, die für die niedergelassenen Ärzte gilt. Sofern

sie ihren Rahmen überschreiten, müssen sie für die zusätzlichen Beträge nach den Richtlinien der Ärztekammer selbst aufkommen. Allerdings, und das ist sehr ratsam, besteht die Möglichkeit, dass der Arzt für einen Patienten in außerklinischer Intensivpflege bei der Ärztekammer eine Freistellung beantragt. Wird sie gewährt, zählen diese Verordnungen nicht zum Budget seiner Praxis.

Neue Finanzierungsmodelle der Krankenkassen verlangen von den beteiligten Berufsgruppen erhebliche Erfahrung. So zahlen viele Krankenkassen z.B. für die enterale Ernährung einen festen, aber geringen monatlichen Betrag, von dem alle Ausgaben zu bestreiten sind, die für dieses Versorgungssegment anfallen. Darin enthalten sind z.B. alle Leistungen rund um die Ernährungspumpe (z.B. Reparaturen, Ersatz, Notdienst bei Ausfall) sowie das gesamte Zubehör. Selbst die Sondennahrung verrechnen manche Kostenträger pauschal. Deshalb sollte jeder Pfegende das Wirtschaftlichkeitsgebot beachten. Nur so lässt sich langfristig die Versorgung der Patienten sichern. *bh/si*

Checkliste: "Erstausstattung für außerklinische Intensivpflege"	
<b>Standardhilfs- und Verbrauchsmittel</b>	
Krankenbett	höhenverstellbar, mit Aufrichter und Seitengittern; wird leihweise zur Verfügung gestellt
Antidekubitusmatratze	erfordert ein Gutachten vom Leistungserbringer; wird leihweise zur Verfügung gestellt
Lagerungsmaterial	haushaltsübliche Kopfkissen können diesen Zweck meist ausreichend erfüllen; professionelle Lagerungsmittel bezahlen die Krankenkassen nicht zwingend; Stillkissen sind für Säuglinge, Kleinkinder und Erwachsene gleichermaßen empfehlenswert
Patientenlifter	wird leihweise zur Verfügung gestellt
Duschstuhl	nur, wenn der Patient eigenständig sitzen kann, sonst Patientenlifter
Rollstuhl	wird leihweise zur Verfügung gestellt; ggf. Vorrichtungen zum Transport der Medizingeräte für beatmungspflichtige Patienten mit beantragen
Stehbrett	nur, wenn die therapeutischen Voraussetzungen dafür gegeben sind; wird leihweise zur Verfügung gestellt
fahrbarer Tisch (mindestens zwei Ebenen) mit Schwenkarm	zur Deponierung von Beatmungszubehör
fahrbarer Infusionsständer	
Steckbecken	
Urinflasche (mit Aufhängevorrichtung)	
Krankenunterlagen (verschiedene Größen)	unterliegen einer Budgetierung der Kranken- bzw. Pflegekasse
Inkontinenzprodukte	Windeln oder Vorlagen, Urinbeutel, Katheter, Urinkondome; unterliegen einer Budgetierung der Kranken- bzw. Pflegekasse
Enterostomaprodukte	bei künstlichem Darmausgang
Waschschüssel und Gefäße für die Desinfektion	haushaltsübliche Schüsseln erfüllen diesen Zweck
kochfeste Bettwäsche, Handtücher und Waschlappen	haushaltsübliche Materialien erfüllen diesen Zweck
Haarwaschbecken	
Pflegehilfsmittel	u.a. Seife, Creme, Rasierer, Artikel zur Mundpflege
Fieberthermometer	digitale Thermometer sind den quecksilberhaltigen Glasthermometern vorzuziehen
Blutdruckgerät und Stethoskop	nur bei Patienten, bei denen regelmäßig der Blutdruck zu kontrollieren ist
Instrumente	z.B. Scheren, Pinzetten, Klemmen, Knopfkanülen, Trachealspreizer, Nagelpflegeset
ggf. Blutzuckertestgerät mit Zubehör	auf ärztliche Verordnung
sterile und unsterile Handschuhe	verschiedene Größen, gepudert oder ungepudert, ggf. latexfrei; bezahlen Krankenkassen meist nicht
ggf. Mund-Nasen-Schutz	nur in Einzelfällen bei infektiösen Patienten; bezahlen Krankenkassen meist nicht
Mehrfachstecker mit Überspannungsschutz	bezahlen Krankenkassen nicht
Taschenlampe	bezahlen Krankenkassen nicht
Desinfektionspräparate	für Haut, Flächen und Instrumente; bezahlen Krankenkassen meist nicht
Verbandmaterial	z.B.: Allevyn®-Kompressen, Kompressen (steril + unsteril), Hydrokolloidplatten, Pflaster, sterile Stiellupfer, Binden; unterliegen der Budgetierung des verordnenden Arztes
<b>Medizintechnik</b>	
<b>Beatmung/Sauerstoffversorgung</b>	
Beatmungsgerät(e) mit externen (Ersatz)Akkus	nach ärztlicher Verordnung; wird ggf. als Gebrauchtgerät zur Verfügung gestellt; Einweisungspflicht durch den Leistungserbringer, 24h-Stunden-Notdienst zwingend erforderlich; invasiv beatmete Patienten sind in der Regel aus Sicherheitsgründen mit zwei Beatmungsgeräten auszustatten
Beatmungszubehör	Schläuche nach Einzelfall: Mehrweg, Einweg, passive Befeuchtung, aktive Befeuchtung, Peepventile, Expirationsventile, Filter, Adapter
Sauerstoff	Sauerstoffkonzentrator (nur für die Wohnung); für unterwegs: mobile Systeme (2 Liter) bei niedrigem Bedarf, Flüssigsauerstoff bei hohem Bedarf
Pulsoxymeter mit Elektroden/Sensoren	für invasiv beatmete Patienten obligatorisch; wird häufig leihweise zur Verfügung gestellt
Vaporisator (mit Laborwasser)	zur Desinfektion der Medizinprodukte
<b>Tracheostomaversorgung</b>	
Trachealkanülen	Notfallkanüle, die eine Nummer kleiner als die liegende Kanüle ist
Ambu-Beutel (mit Maske)	für den Notfall
Verbrauchsmaterialien für das Tracheostoma	Tracheostomakompressen, Haltebändchen, feuchte Nasen, Stomaöl, Reinigungsmittel (z.B. Reinigungspulver, Bürsten) bei mehrteiligen oder Mehrweg-Kanülen
<b>Absaugsystem</b>	
Absauggerät(e) mit Spülbehältnis und Köcher für die Katheter	empfehlenswert ist die Ausstattung mit zwei Geräten; wird leihweise zur Verfügung gestellt
Absaugkatheter	sollten atraumatisch sein
<b>Enterale Ernährung</b>	
Ernährungspumpe	wird leihweise zur Verfügung gestellt
Ernährungssysteme, -sonden	je nach Einzelfall: PEG, nasogastrale Sonden, Button
Sondennahrung	nach Bedarf des Patienten; unterliegen der Budgetierung des verordnenden Arztes
<b>Parenterale Ernährung</b>	
Infusionspumpen	zur Flüssigkeitssubstitution oder Medikamentengabe; Lösungen dürfen ausschließlich über eine Apotheke bezogen werden; unterliegen der Budgetierung des verordnenden Arztes
Infusionssysteme	Infusionssysteme, Dreiwegehähne, Interlinksysteme, Verschlussstopfen, Kanülen, Spritzen; evtl. Portpunktionsnadeln, Venenverweilkanülen
<b>Medikamente</b>	
	sollten zu Beginn der Versorgung in ausreichender Menge zur Verfügung stehen und können nur über eine Apotheke bezogen werden; unterliegen der Budgetierung des verordnenden Arztes

**smiths**  
Smiths Medical

**Die Tracheostomie-Spezialisten**

Fauchter atmen...  
Sicherer tracheostomieren...  
Leichter sprechen...

mit der neuen künstlichen Nase Thermovent T2  
mit der Blue Line Suctionaid-Tracheostomiekanüle zur Sekretabsaugung

Smiths Medical Deutschland GmbH  
Hauptstraße 45 - 47  
85614 Kirchseon  
Telefon +49 08091 551 300  
Telefax +49 08091 551 310  
smiths-medical.com

Diese Liste zeigt das Maximum der Einrichtung eines Patientenplatzes in der ambulanten Intensivpflege. Es ist nicht in jedem Fall nötig, alle aufgeführten Produkte bereits zum Beginn der Versorgung bereitzuhalten.



# Die Luft ist mein diskreter Freund

Teilzeitbeatmeter und Vollzeitmusiker:

Klaus Kreuzeder spricht über den Stoff, den wir zum Atmen brauchen

Auf der Bühne überragen die Kollegen Klaus Kreuzeder. Aber nur, bis er sein Saxophon an die Lippen setzt. Dann zeigt der 55-Jährige, wie man auch aus dem Rollstuhl heraus das Publikum fesselt. Tausende in einem Stadion genauso wie wenige Dutzend bei einer Session. Kreuzeder sitzt, spielt, lässt die Musik funkeln. Drei seiner Alben heißen "Sax as Sax can" – und es kann verdammt viel, dieses Saxophon.

Was fällt Ihnen ein, wenn Sie an Luft denken?

Die Luft ist gemeinsam mit der Lunge eines der wichtigsten Elemente in unserem Körper. Ich bin ja kein Theoretiker, sondern sehe das Ganze eher von der praktischen Seite. Es hat sich so ergeben, dass ausgerechnet ich nach etwa anderthalb Jahrzehnten mit dem Saxophon die Zirkularatmung gelernt habe. Das ist eine Technik, mit der man gleichzeitig blasen und einatmen kann. Sie ist durch die australischen Aborigines bekannt geworden, die ihre Didgeridoos nur mithilfe der Zirkularatmung spielen können. Weil ich plötzlich viel flüssiger blies, hat sich mein Zugang zum Saxophon noch einmal deutlich verändert.

Haben Sie sich das selbst beigebracht?

Man kann die Technik eigentlich nicht wirklich lernen. Ich habe damals Filmaufnahmen von Musikern gesehen und mitgekriegt, dass da irgendwas passiert, wusste aber nicht, was es ist. Irgendwann ist der Groschen von selbst gefallen. Die Zirkularatmung ist aber nur beim Spielen einsetzbar, weil ich den Widerstand brauche, den das Mundstück der Luft entgegengesetzt, um nachatmen zu können. Es war lange unklar, ob die Fähigkeit, den kleinen Muskel am Gaumen zu bewegen, von einer Erbanlage abhängig ist. Inzwischen weiß man, dass theoretisch jeder Mensch zur Zirkularatmung in der Lage ist. Trotzdem beherrschen sie nicht alle Musiker.

Ist die Luft ein Freund oder ein Feind?

Tja, ich würde sagen, sie ist mein Freund, aber ein sehr diskreter. Man nimmt sie eigentlich erst richtig wahr, wenn man Atemprobleme hat. Ich habe zum Beispiel gerade eine leichte Bronchitis und das zeigt mir wieder mal, was für ein positives Ding die Luft ist.

Sind Sie besonders vorsichtig, um keine Erkältung aufzuschnappen?

Ich lasse mich jedes Jahr gegen Grippe impfen. Schnupfen und Husten bleiben mir trotzdem leider



Klaus Kreuzeder und sein Saxophon:  
Eine Zufallsbekanntschaft, die seit 40 Jahren hält.

Foto: privat

nicht erspart. Ich bin Gott sei Dank ziemlich abgehärtet. Im vorletzten Winter hatte es mich böse erwischt, als ich bei wichtigen Konzerten mit den Münchner Philharmonikern starken Hustenreiz hatte. Das ist sehr unangenehm, aber durch so was muss man sich halt durchkämpfen. Krankmachen gibt's nicht bei Musikern.

Haben Sie die Hartnäckigkeit erst als Saxophonist gelernt oder ist sie ein Teil Ihrer Natur?

Wenn man wegen jedem Zipperlein ein Konzert absagt, können Sie den Job vergessen. Ich bin hart im Nehmen und habe schon mit tierischen Zahnschmerzen gespielt, bei denen nicht mal mehr Tabletten geholfen haben. Ich glaube, das ist tatsächlich eine Veranlagung.

Nachts brauchen Sie die Hilfe einer Beatmungsmaschine.

Ich habe 1994 eine schwere Erkrankung gehabt. Ich kann gar nicht genau sagen, wie die hieß. Jedenfalls bin ich auf der Intensivstation gelegen. Es war eine ziemlich gefährliche Geschichte. Aber ein paar Tage, nachdem ich aus der Intensivstation entlassen war, habe ich im Keller vom Krankenhaus Bogenhausen schon Zirkulartöne hingelegt und ein halbes Jahr später stand ich wieder auf der Bühne. Seither bin ich nachts per Maske beatmet. Das hat vor allem mit meiner starken Wirbelsäulenverkrümmung zu tun. Im Liegen kann ich nicht tief genug einatmen und bekomme deshalb nicht ausreichend Sauerstoff. Aber tagsüber merke ich keine Einschränkung. Zuhause habe ich ei-

ne ziemlich große Beatmungsmaschine. Auf Reisen nehme ich ein handliches Gerät mit. Das ist sehr praktisch.

Sie sind als Anderthalbjähriger an Kinderlähmung erkrankt und haben in der eisernen Lunge gelegen.

Obwohl es eine ziemlich lange Zeit war, ist sie komplett aus meinem Gedächtnis verschwunden. Ich war ein schwerer Fall, und ein Teil meiner Kindheitserinnerungen besteht darin, mit Blaulicht in die Kinderklinik gefahren zu werden. Die Auswirkungen der Polio waren ja sehr unterschiedlich. Manche Menschen sind daran gestorben, bei anderen ist sie ohne weitere Folgen vorbeigegangen, und ich habe ungefähr sechs Jahre lang schwere Probleme gehabt.

War Musik für Sie zunächst eine Therapie?

Das war eine Idee meiner Eltern. Musiktherapie im eigentlichen Sinne war noch unbekannt. Sie wollten meine Lunge aktivieren und haben mir deshalb Flöten, Mundharmonikas und alle Instrumente, die man blasen kann, in die Hand gedrückt. Daraus hat sich ein richtiges Hobby entwickelt. Ich habe schon als Kind klassische Musik auf der Flöte gespielt. Was übrigens gar nicht so leicht ist, weil man seinen Atem genau einteilen muss, um die Melodie hinzukriegen.

Andere Instrumente sind nie in Frage gekommen?

Das lag auch ein bisschen daran, dass ich eine leichte Lähmung

an der rechten Hand habe und zum Beispiel Klavier oder Gitarre gar nicht richtig hätte spielen können.

Gelegentlich haben Sie Mühe, genug Luft zum Leben zu bekommen. Andererseits geben Sie als Saxophonist volle Lungenkraft. Haben Sie keine Angst, sich zu verausgaben?

Nein, der reine Kraftaufwand ist beim Spielen gar nicht so groß, weil der Druck nicht aus der Lunge, sondern aus dem Bauch kommt. Man spielt ja mit Zwerchfellatmung. Zumindest sollte man sie drauf haben, wenn man ein professioneller Blasmusiker sein will. Mein Lungenvolumen ist ziemlich groß im Verhältnis zu meinem Körper. Das liegt wohl daran, dass ich schon so früh mit den Blasinstrumenten angefangen habe. Außerdem habe ich ab meinem 16. Lebensjahr wirklich nicht mehr viel anderes gemacht als Saxophon zu spielen. Die Schule und die paar Semester Jura liefen so nebenher.

War die Wahl des Saxophons Zufall oder Absicht?

Das Witzige war, dass damals in meiner Schulklasse schon alle möglichen Instrumente vorhanden waren. Nur ein Bläser fehlte. Wir wollten eine Band gründen. Obwohl es vielleicht durch das Flötespielen schon ein bisschen vorherbestimmt war, bin ich dann schicksalsmäßig zum Saxophon gekommen. Es hätte theoretisch auch ein anderes Instrument sein können, aber weil das Griffsystem so ähnlich ist wie bei der Flöte, hatte ich einen relativ leichten Einstieg.

Es ist ein weiter Weg, aus einer Zufallsbekanntschaft einen Lebensinhalt zu machen.

Was hat Sie am Saxophon so fasziniert?

Ein Blasinstrument ist etwas sehr Lebendiges. Außerdem war die Zeit, in der ich ernsthaft zu spielen begann, eine musikalisch außerordentlich interessante Epoche und zwar in allen Stilrichtungen. Ganz egal ob man Jazzmusiker war, Rock, Blues oder Beatmusik machte, wie man das damals nannte, überall war unglaublich viel los. Mit einem Blasinstrument arbeitet man so ähnlich wie ein Sänger mit seiner Stimme, und mir hat es großen Spaß gemacht, mich emotional auf diese Weise auszudrücken. Aber als Jugendlicher denkt man gar nicht so viel darüber nach. Viele Eltern müssen ihre Kinder regelrecht zur Musik zwingen. Bei mir war das eine freiwillige Aktion.

Ist die Tatsache, dass Sie im Rollstuhl sitzen, für ihre Karriere eher ein Vorteil, ein Nachteil oder gleichgültig?

Im Endeffekt ist es eher ein Vorteil, weil es so schwer fällt, sich im Musikgeschäft einen Namen zu machen. Entweder man hat von Anfang an Hits oder man fällt durch Skandale auf. Bei mir hat es sich zu einer Art Markenzeichen entwickelt: "Der Saxophonist im Rollstuhl". Wenn jemand mich vor zwanzig Jahren auf der Bühne gesehen hat, erkennt er mich heute noch sofort wieder. Ich habe mich aber nie als behinderter Saxophonist verkauft, sondern als Saxophonist mit Behinderung. Das ist der berühmte kleine Unterschied.

Verzeiht Ihnen das Publikum einen Fehlgriff leichter als einem Saxophonisten, der gehen kann?

Das spielte für mich, als ich das Studium an den Nagel gehängt habe, um Profimusiker zu werden, eine große Rolle bei den Überlegungen. Es war ja klar, dass es keine leichte Sache ist, von der Musik zu leben. Man muss bereit sein, in den Konkurrenzkampf einzusteigen. Im Endeffekt ist es jedoch gar nicht das Problem, auf der Bühne einen Fehler zu spielen, sondern die Frage, ob man gut genug ist für den Weltmarkt. Glücklicherweise bin ich gleich zu Anfang schon in eine großartige Gruppe eingestiegen. Die hieß Aera, und hat mir eine sehr gute Ausgangsposition geschaffen, weil ich dort gefordert war und mich immer zur Decke strecken musste.

Sehen Sie sich als Vorbild für andere Menschen mit Behinderung?

Das habe ich nicht so programmiert, aber mir ist schon klar, dass jemand, der auf irgendeine Weise erfolgreich ist, immer auch Vorbildfunktion hat. Ich bin als Optimist auf die Welt gekommen und habe nie das Gefühl gehabt, vom Schicksal hart getroffen worden zu sein. Ich möchte mit niemandem tauschen.

Das Interview führte Bernd Hein



**Das aktuelle Buch**

Krankheitserreger begleiten Pflegende ständig. In stationären Einrichtungen bemühen sich mehrere Berufsgruppen um Hygiene. Alle problematischen Bereiche sind per Dienstweisung geregelt. In der ambulanten Versorgung arbeiten Pflegende hingegen alleinverantwortlich. Zusätzlich weisen die gesetzlichen Vorgaben für diese Sparte Lücken auf. Peter Bergen hat das erkannt und vermittelt knapp und verständlich die Grundbegriffe der Hygiene, Infektionslehre und Mikrobiologie. Er beschreibt die Berufspflichten der ambulanten Pflegenden und erklärt, wie Haftungsfragen zu bewerten sind. Sehr detailliert geht Bergen auf die Hygiene in Küche, Bad und Krankenzimmer ein. Er berücksichtigt die Heimbeatmung und widmet auch dem multiresistenten Staphylococcus, der zunehmend im häuslichen Umfeld auftritt, ein Kapitel. Das Konzept des Buches setzt auf Praxisnähe. Besonders anwenderfreundlich hat der Autor die Checklisten und Hygienepläne im Anhang gestaltet. Sie sind allgemein gehalten, zeigen aber, wie solche Anweisungen im Einzelfall aussehen sollten. *bh*  
Bergen, Peter: "Hygiene für ambulante Pflegeeinrichtungen – Tipps rund um die häusliche Versorgung", Elsevier Verlag, München; 2005. 156 Seiten, 25 Euro.

# Messen - Kongresse - Symposien

## April

**06. 04 – 08. 04. Berlin:**  
8. Hauptstadtkongress der DGAI für Anästhesiologie und Intensivtherapie mit Pflegesymposium (HAI)  
Veranstaltungsort: bcc Berliner Congress Center, Alexanderplatz 3, 10178 Berlin  
Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Zerkabelshofstraße 29, 90478 Nürnberg, Tel.: 0911/393 16 16 oder 0911/393 16 40, Fax: 0911/393 16 66, E-Mail: wild@mcn-nuernberg.de  
Internet: www.hai2006.de

**21.04. – 23.04. Heidelberg:**  
XIV. Internationales Heidelberger Anästhesie-Symposium (HASY)  
Veranstaltungsort: Kongresshaus Stadthalle Heidelberg, Neckarstadt 24, 69117 Heidelberg  
Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Zerkabelshofstraße 29, 90478 Nürnberg, Tel.: 0911/39 31 60, Fax: 0911/33 12 04, E-Mail: mcn@mcn-nuernberg.de

**25.04. – 27.04. Stuttgart:**  
"Pflege und Reha" Fachmesse für Altenpflege, Krankenpflege und Rehabilitation mit begleitendem Kongress  
Veranstaltungsort: Messe Congresscenter, Am Kochenhof 16, 70192 Stuttgart  
Kontakt: Projektleitung Fabienne Hofer, Tel.: 0711/258 92 74, Fax: 0711/258 96 54, E-Mail: fabienne.hofer@messestuttgart.de  
Internet: www.messe-stuttgart.de/pflege/

**28. 04. Münster:**  
Symposium "Beratung für Angehörige – ein Aufgabenfeld der Pflege"  
Veranstaltungsort: Agora - Tagungsort am Aasee, Bismarckallee 11 b, 48151 Münster  
Kontakt: Beratung in der Pflege e.V., Pfarrer-Krämer-Straße 15, 44795 Bochum, Tel.: 0234/29 88 56 39, Fax: 0234/29 88 56 38, E-Mail: info@beratunginderpflege.de  
Internet: www.beratunginderpflege.de

grimm@messe-bremen.de  
Internet: www.bremer-pflegekongress.de  
**10.5. – 13.5. Leipzig:**  
"Orthopädie und Reha-Technik" Internationale Fachmesse und Weltkongress  
Veranstaltungsort: Congress Center Leipzig, Messeallee 1, 04356 Leipzig  
Kontakt: ort2006@ot-forum.de  
Internet: www.ort2006.de

**17.05 – 19.05. Berlin:**  
Deutscher Pflegekongress 2006 (im Rahmen des Hauptstadtkongresses "Medizin und Gesundheit")  
Veranstaltungsort: ICC Berlin, Messedamm 22, 14055 Berlin  
Kontakt zum Kongressbüro: Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Palisadenstraße 48, 10243 Berlin, Fax: 030/49 85 50 30, Anmeldung über Bianca Kuras, Tel.: 030/49 85 50 32, E-Mail: info@hauptstadtkongress.de  
Internet: www.hauptstadtkongress.de

**17.05 – 20.05. Leipzig:**  
Deutscher Anästhesiekongress 2006 (DAC) – 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin  
Veranstaltungsort: Congress Center Leipzig, Messeallee 1, 04356 Leipzig  
Kontakt + Teilnehmerregistrierung: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Zerkabelshofstraße 29, 90478 Nürnberg, Tel.: 0911/393 16 36, Fax: 0911/393 16 78,

E-Mail: dac@mcnag.info  
Internet: www.dac2006.de  
**27.05. Osnabrück:**  
Impulstagung Pflegemanagement  
Veranstaltungsort: Fachhochschule Osnabrück, Caprivistraße 30a, 49076 Osnabrück  
Kontakt: Thorsten Buecker, Redaktion "PrInterNet – die Zeitschrift für Pflegewissenschaft", An den Hafergärten 9, 35410 Hungen, Tel.: 06402/50 86 12, Fax: 06402/51 45 05, E-Mail: buecker@printernet.info  
Internet: www.priinternet.info

## Juni

**13.06. Würzburg:**  
6. Würzburger Gesundheitstag "Gesund an Leib und Seele"  
Veranstaltungsort: Fußgängerzone  
Kontakt: Selbsthilfebüro, Karmelitenstraße 43, 97070 Würzburg, Tel.: 0931/37 39 35, Fax: 0931/37 35 04, E-Mail: frau.k.dorschky@stadt.wuerzburg.de

**13.06 – 14.06. Friedrichshafen:**  
1. Internationaler palliative care Kongress "Mehr Lebensqualität durch Integration?"  
Veranstaltungsort: "Graf Zeppelin Haus", Olgastraße 20, 88045 Friedrichshafen  
Kontakt: HomeCare Akademie, Mühlstraße 10, 88085 Langenargen am Bodensee, Tel.: 07543/93 05 32, Fax: 07543/93 05 30, E-Mail: info@home-care-akademie.de, Internet: www.home-care-kongress.de



## Kinderkrankenschwestern Krankenschwestern / Krankenpfleger

# GEPFLEGT DURCHATMEN

## mit unbefristetem Arbeitsvertrag und flexiblen Arbeitszeiten

**Wir** - sind auf Heimbeatmung und ambulante Intensivpflege für Kinder und Erwachsene spezialisiert  
- bieten unsere Dienstleistung in Bayern, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen an  
- halten leistungsorientierte Bezahlung und regelmäßige Fortbildung für selbstverständlich  
- gestalten die Dienstzeiten flexibel (Voll-, Teilzeit, Minijob)

**Sie** - haben Erfahrung in der Intensivpflege  
- begreifen häusliche Pflege als Assistenz für ein selbstbestimmtes Leben  
- sehen den Menschen im Mittelpunkt Ihrer Arbeit  
- arbeiten motiviert und eigenständig

**Gemeinsam** - setzen wir Standards in der ambulanten Intensivpflege  
- sichern wir die Lebensqualität unserer Klienten

Hauptgeschäftsstelle:  
Von-Stauffenberg-Straße 25, 82008 Unterhaching, Tel: 089/61500671  
Niederlassungen:  
Wilhelmstraße 23, 71034 Böblingen, Tel: 07031/721948  
Sieboldstraße 7, 97688 Bad Kissingen, Tel: 0971/7236500  
Sülzburgstraße 103, 50937 Köln, Tel: 0221/4470524

mail@heimbeatmung.com  
www.heimbeatmung.com



## Impressum

**GEPFLEGT**  
DURCHATMEN  
Fachzeitung  
für außerklinische Intensivpflege

Herausgeber: Heimbeatmungsservice  
Brambring Jaschke GmbH  
Geschäftsleitung:  
Jörg Brambring, Christoph Jaschke  
Redaktionsleitung: Bernd Hein  
Layout: Elke Schuhbauer, Grafik Design,  
schuhbauer.design@t-online.de  
Druck: Druck & Medien Schreiber GmbH  
Mitarbeiter dieser Ausgabe:  
Stefan Hille, Christoph Jaschke,  
Christina Loy-Birzer, Sabina Siefert  
Anzeigenleitung: Christoph Jaschke

Derzeit gilt die Anzeigenpreislise  
Nr. 1 vom 1. April 2006.

Anschrift der Herausgeber  
und der Redaktion:  
Heimbeatmungsservice  
Brambring Jaschke GmbH  
Von Stauffenberg-Straße 25  
82008 Unterhaching  
Telefon: 089 - 615 006 71  
Fax: 089 - 611 009 66  
E-Mail: presse@heimbeatmung.com  
Homepage:  
www.gepflegt-durchatmen.de

Die Zeitung erscheint dreimonatlich.  
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.  
Die Rücksendung ist nur gegen Rückporto  
möglich.