GEPFLEGT DURCHATMEN

FACHZEITUNG
für außerklinische Intensivpflege

Nummer 5 ■ April 2007

Editorial

Der Faktor Zeit bestimmt die Pflege aus vielen Richtungen. Kostenträger und Berufsverbände pokern untereinander aus, wie viel Zeit eine Pflegehandlung in Anspruch nehmen darf, soll heißen, wie wertvoll die Arbeit der Pflegenden in Euro und Cent ist.
Eine nahezu entgegengesetzt wirkende Forderung an Pflegende lautet, sie sollen sich Zeit nehmen.
Gespräche, bei denen die Uhr keine Rolle spielt, gestatten die Bearbeitung von schwierigen Themen und starken Gefühlen, wie sie in der Nähe von Krankheiten stets auftauchen. Auch die Beratung der Patienten in formalen und rechtlichen Angelegenheiten, von der Anne Mosbauer ab Seite 13 berichtet, benötigt vor allem Zeit.
Es dauerte mehrere Jahrtausende, bis die Menschen Mittel und Wege fanden, mit Wunden angemessen umzugehen. Christine Keller beschreibt die Entwicklung und erklärt die Irrtümer, die diesen Prozess begleiteten. (Seite 7)
Um das Sparen von Zeit geht es Dieter Weber (Seite 9).
Der Krankenpfleger erarbeitete in einem Qualitätszirkel Dokumentationsbögen für die außerklinische Intensivpflege. Ein gutes Dokumentationssystem ist leicht zu handhaben, frei von Redundanzen, juristisch unanfechtbar und schnell auszufüllen.
Bei dieser Routineaufgabe lässt sich Zeit sparen für die wesentlichen Dinge der Pflege, dem bewussten Miteinander, zum Beispiel.
Zeit, daran lässt die Schriftstellerin Monika Feth im Interview auf der Seite 15 keinen Zweifel, kann auch ein Geschenk sein. Diese Gabe besitzt einen unersetzlichen Wert, denn aus Gegenwart wird zwangsläufig Vergangenheit.
Im besten Fall bleibt die zurückgelegte Zeit als Erinnerung bei dem Menschen.

Die Redaktion

Sicher hinter Schloss und Riegel

Für die Aufbewahrung von Arzneimitteln in Haushalten fehlen Richtlinien und auch sachdienliche Ratschläge sind schwer zu bekommen

Die Binsenweisheit "Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren" findet sich auf jeder Tablettenschachtel. Praktische Tipps zur Umsetzung dieser Forderung sind hingegen nicht leicht zu erhalten.

Foto: Andreas Walle (http://walle.net)

Der Weg eines Arzneimittels ist von dem ersten Entwicklungsschritt im Labor bis zur Abgabe an den Patienten durch Verordnungen und Gesetze exakt geregelt. Ab dem Moment, in dem der Verbraucher ein Präparat in der Apotheke entgegennimmt, gelten all die strengen Bestimmungen jedoch nicht mehr. Dahinter steckt dasselbe Prinzip, das für den Umgang mit Lebensmitteln gilt. Allerdings machen Nahrungsmittel bei nachlässiger Anwendung höchstens dick. Falsch dosierte Arzneimittel können töten.
Die Grenze zwischen dem scharf bewehrten Bereich der professionellen Handhabung von Medikamenten und dem nahezu grenzenlosen Freiraum für den Privatgebrauch verläuft radikal. Präparate, die einmal in den Besitz eines Verbrauchers übergegangen sind, dürfen laut Gesetz nicht mehr für andere Patienten verwendet werden. Der Akt der Aushändigung an den Kunden lässt aus juristischer Sicht die Arzneimittel unbrauchbar werden, auch wenn die Verpackung intakt ist und das Präparat sich nur für kurze Zeit in den Händen eines Patienten befand.
In diesem Punkt ist das Gesetz sehr gründlich, denn das Verbot der Wiederverwendung bezieht sich nicht nur auf Privathaushalte, sondern auf alle Orte außerhalb von Apotheken, Krankenhäusern, Arztpraxen und anderen autorisierten Institutionen. So dürfen professionell Pflegende in Heimen oder anderen stationären Wohn- und Betreuungsformen die Arzneimittel eines Patienten nicht für einen anderen Patienten verwenden, sondern müssen überzählige Pillen, Tropfen und Injektionslösungen entsorgen.
Dies könnte einer der Gründe dafür sein, dass in Deutschland jährlich Arzneimittel im Wert von rund vier Mrd. Euro im Müll landen. (1)
Manche Mediziner vermuten, den Pharmaunternehmen und Händlern sei die Rechtskonstruktion gar nicht unangenehm.
Immerhin bedeutet es für sie ein besseres Geschäft, wenn die Apotheker-Theken Einbahnstraßen für Medikamente sind. (2) Niemand kann wissen, sagen viele Apotheker, wie in den Privathaushalten das jeweilige Präparat gelagert worden ist. Eine Falschbehandlung beschleunige den Verfall des Medikaments.
Kritiker halten dieser Auffassung entgegen, ein großer Teil der Arzneimittel, insbesondere Tabletten und Kapseln, sei einzeln sowie völlig dicht verpackt und deshalb unempfindlich gegen Einflüsse von außen. Inzwischen haben einige Hausärzte begonnen, so etwas wie Arzneimittelbörsen einzurichten. Sie nehmen in eigener Verantwortung Arzneimittel von Patienten zurück, um sie kostenlos an andere weiterzugeben. (2)
Die Unklarheiten über den Umgang der Verbraucher mit Arzneimitteln gehen auch darauf zurück, dass sich die individuelle Situation einer Kontrolle entzieht. Andrerseits ist ein signifikanter Mangel an Richtlinien festzustellen. Auf Nachfrage verweist die Bundesvereinigung deutscher Apothekerverbände (ABDA) lediglich auf die Beipackzettel, die der Hersteller in die Schachteln legen muss. "Dort finden sich alle relevanten Hinweise", heißt es aus der ABDA-Pressestelle.

Rätsel Beipackzettel

Das Arzneimittelgesetz verpflichtet die Pharmaunternehmen, ihre Produkte mit Packungsbeilagen zu versehen, auf denen unter anderem die Art und Wirkung des Medikaments sowie Hinweise zur Anwendung genannt sein müssen. Allerdings ist die Form dieser Information nicht festgelegt.
Seit Jahren beschweren sich Patientenverbände und Verbraucherschützer über die benutzerunfreundliche Aufmachung der "Waschzettel". Die Hinweise kommen zumeist in geschraubter und verklausulierter Sprache daher und sind unter Verwendung eines Wortschatzes abgefasst, der für Nichtexperten nahezu unverständlich klingt.
Auch Hinweise zur Aufbewahrung finden sich auf dem Beipackzettel, doch die erschöpfen sich überwiegend in zwei allgemein gehaltenen Floskeln:

- "Arzneimittel für Kinder unzugänglich aufbewahren!"
- "Nicht über 25 °C (oder ein anderer Wert) lagern!"

Natürlich dürfte die Annahme richtig sein, die meisten Eltern seien verantwortungsbewusst genug, Arzneimittel dem Zugriff von Kleinkindern zu entziehen. Allerdings würde es nicht schaden, ihnen dazu ein paar Tipps an die Hand zu geben.

Lagerung von Arzneimitteln

Grundsätzlich gilt: Arzneimittel sind kühl, trocken und in Dunkelheit zu verwahren. Damit scheidet vor allem das für diesen Zweck allgemein beliebte Badezimmer als Aufbewahrungsort aus. Der Wasserdampf aus Dusche und Badewanne widerspricht der Forderung nach einem trockenen Raumklima, dessen Luftfeuchtigkeit nicht höher als 45 Prozent steigen sollte. (3)
Besser wäre es, auf das Schlafzimmer auszuweichen, denn hier ist die Heizung üblicherweise auch im Winter nicht weit aufgedreht. Schlafforscher empfehlen, die Temperatur auf etwa 21 °C zu begrenzen. Dies dient nicht nur der Qualität der Nachtruhe, sondern erfüllt auch die Voraussetzung für die angemessene Aufbewahrung von mäßig temperaturempfindlichen Arzneimitteln (z.B. Suppositorien, Tropfen, Salben).

Als Lagerungsort eignet sich am besten ein Schrank, der mit einem Schloss versehen ist. Aus diesem Grund scheiden Spiegelschränke, wie sie über vielen Waschbecken zu finden sind, von Vornherein aus. Natürlich sollte der Schlüssel nicht im Schloss stecken bleiben.
Arzneimittel, die eine Kühlung verlangen, sind am besten in einem handelsüblichen Kühlschrank aufgehoben. Er sollte mit einem Thermometer ausgestattet sein, an dem sich die erreichte Temperatur überwachen lässt. Das Thermometer soll sich in unmittelbarer Nähe der Arzneimittel befinden, da in Kühlschränken deutliche Temperaturunterschiede in den verschiedenen Fächern auftreten können. Vor allem Arzneimittel, die Eiweiße enthalten (z.B. Insulin, Impfstoffe, Blutbestandteile) verlieren ihre Wirksamkeit nach einiger Zeit unter zu warmen Bedingungen, reagieren jedoch auch sehr empfindlich, wenn die Temperatur zu weit sinkt. Der ideale Kühlbereich liegt zwischen 2 - 8 °C. (4)
Im Kühlschrank sind die Arzneimittel am besten in einem verschließbaren Fach untergebracht (lässt sich in haushaltsüblichen Geräten nachrüsten). Vor allem bei größeren Arzneimittelmengen bietet es sich an, sie im Gemüsefach

Abschließbarer Apothekenschrank. Foto: Andreas Walle (http://walle.net)

zu lagern. Diese Fächer befinden sich meist im unteren Kühlschrankbereich. Auslaufende Flüssigkeit könnte zu hygienischen Problemen führen (z.B. bei Stechampullen mit Antibiotika). Deshalb ist es sinnvoll, feuchtigkeitsdichte Kunststoffdosen (z.B. Gefrierboxen) zu verwenden.
Tiefkühlung ist für Arzneimittel in der außerklinischen Intensivpflege nur extrem selten erforderlich. In diesen Fällen muss die Temperatur bei -25 bis -30 °C liegen. (4)

Grenzbereich außerklinische Pflege

Mitarbeiter von Einrichtungen der außerklinischen Intensivpflege bewegen sich bei Fragen des sachgerechten Umgangs mit Arzneimitteln in einem Spannungsfeld. Sie sind in ihrer Arbeit abhängig von der Wohnungsausstattung und den familiären Bedingungen bei jedem einzelnen Patienten. Andrerseits sind sie aufgefordert, ihrer Sorgfaltspflicht gerecht zu werden. Professionell Pflegende sollten in jedem Fall versuchen, auf die Patienten oder deren Angehörige so einzuwirken, dass zumindest die minimalen Sicherheitsstandards zur Anwendung kommen. Sofern sie in diese Richtung nichts bewirken können, obliegt es ihrer Verantwortung, die Arzneimittel vom unmittelbaren Bewegungsbereich der Mitbewohner eines Hauses fern zu halten. Im Zweifel ist es besser, Medikamente in eine Schublade oder einen Schrank zu legen, selbst wenn sie nicht verschließbar sind, als sie offen herumliegen zu lassen.
In diesem Zusammenhang ist auch der Hinweis wichtig, dass Arzneimittel stets bis zum Zeitpunkt der Verwendung in der Originalverpackung bleiben sollen, um Verwechslungen oder andere Unfälle so weit wie möglich zu vermeiden.
In stationären Pflegeeinrichtungen oder alternativen Wohnformen für pflegeabhängige Menschen kommt der eindeutigen Zuordnung von Arzneimitteln zu dem jeweiligen Patienten eine große Bedeutung zu. Wenn mehrere Bewohner ein und dasselbe Arzneimittel verordnet bekommen, ist es nicht statthaft, sie regellos gemeinsam aus einer Packung zu versorgen. (5)
Dabei geht es vor allem um den finanziellen Aspekt, denn jeder Patient erhält sein Medikament von seinem Arzt persönlich verordnet und eine Abweichung vom vorgesehenen Verbrauch, wie sie bei ungeordneter Verwendung der Packungen nahezu unvermeidbar ist, kann auf Dauer zu Problemen mit den Kostenträgern führen. *bh*

Literaturnachweis

(1) **Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Soziales, Familie und Frauen:** Pressemitteilung 076.06, Feb. 2006.
(2) **WDR:** Sendung "Markt" vom 23. Mai 2005.
(3) **Berg-Schmidt, Jutta:** Wissenstransfer Arzneimittel. Untersuchungen zu Packungsbeilagen. Dissertation am Fachbereich II der Univ. Trier, Aug. 2003.
(4) **Otth, Simon:** Temperaturüberwachung im Medikamentenlager. ApA-News in Ars Medici 16/2005.
(5) **Landesjugendamt des Landes Brandenburg:** Infoblatt zur Medikamentengabe in Kindertageseinrichtungen, April 2006.

Ihr Recht: Anordnung und Durchführung in getrennter Verantwortung

Die ambulante Krankenpflege bringt es naturgemäß mit sich, dass die Pflegekräfte viele Aufgaben zu übernehmen haben, die in den Bereich der ärztlichen Tätigkeit fallen. Häusliche Krankenpflege wäre undenkbar, würden nicht seitens der Pflegenden Tätigkeiten wie das endotracheale Absaugen, die Überwachung des Beatmungsgerätes, Medikamentengabe, Wechsel der Trachealkanüle, PEG-Versorgung sowie eine Vielzahl weiterer behandlungspflegerischer Tätigkeiten ausgeführt. Gesetzliche Regelungen über die Abgrenzung ärztlicher und pflegerischer Tätigkeiten existieren nicht. Vielmehr besteht Einigkeit darüber, dass der Arzt natürlich Maßnahmen anordnen und auch delegieren kann. Keinesfalls darf jedoch der Arzt seine Diagnose- und Therapieentscheidungen auf Pflegende oder anderes nichtärztliches Personal übertragen. Und natürlich darf der Arzt keinesfalls Tätigkeiten an Pflegekräfte delegieren, deren Durchführung auf Grund möglicher Komplikationen und möglicher auftretender Gefahren unbedingt ärztliches Wissen und Können erfordert.
In allen anderen Fällen kann der Arzt Tätigkeiten auf nichtärztliches Personal übertragen. Tut der Arzt dies, so gelten folgende Grundsätze:

- Der Arzt trägt die **Anordnungsverantwortung.** Kommt es zu Komplikationen, haftet der Arzt für die Auswahl der Maßnahme oder des Medikaments sowie für die Auswahl der Person, die mit der Aufgabe betraut wurde
- Die Pflegekraft trägt die **Durchführungsverantwortung.** Unterlaufen der Pflegekraft also bei der Durchführung der Maßnahme Fehler, so muss sie hierfür haften. Die beauftragte Pflegekraft ist verpflichtet, selbst zu überprüfen, ob sie über den Ausbildungsstand verfügt, der sie zu der Durchführung des delegierten Eingriffs befähigt. Jeder einzelne Pflegende, der gemäß seiner Ausbildung über die notwendige Einsicht in die Risiken der übertragenen Handlung verfügt, trägt also ebenfalls die **Übernahmeverantwortung.**

Im Berufsalltag bedeutet dies für die betroffene Pflegekraft z.B., dass sie keine intramuskuläre oder gar intravenöse Injektion verabreichen darf, wenn Sie bisher lediglich subkutan gespritzt hat und in den anderen Applikationsformen keinerlei praktische Erfahrung besitzt. Ebenso wenig darf die Pflegekraft einen Trachealkanülenwechsel durchführen, wenn sie die dafür notwendige Fortbildung noch nicht absolviert hat. Fühlt sich die Pflegekraft der delegierten Maßnahme nicht gewachsen, ist sie verpflichtet, die Durchführung zu verweigern. Führt sie den Eingriff dennoch durch und geht dabei nicht nach den geltenden Regeln vor, macht sie sich strafbar und haftet für etwaige Schadenersatzansprüche.

Voraussetzungen der Delegation

Grundsätzlich müssen bei der Delegation ärztlicher Tätigkeiten folgende fünf Voraussetzungen gegeben sein:

- Die Einwilligung des Patienten liegt vor. Handelt die Pflegekraft ohne die Einwilligung des Patienten, macht sie sich strafbar.

Beispiel: Der Patient weigert sich, dass ihm ein ärztlich verordnetes Medikament über die PEG injiziert wird. Erfolgt die Injektion trotzdem, erfüllt dies den Tatbestand der Körperverletzung

- Die angeordnete Maßnahme wurde vom Arzt inhaltlich unmissverständlich und detailliert festgelegt und verordnet. Vorsicht ist daher bei der weithin üblichen Bedarfsmedikation geboten. Unproblematisch ist diese Form der Verordnung nur dann, wenn der Arzt zuvor exakte Anweisungen zu Art und Dosierung gegeben hat, so dass es sich bei der Verabreichung des Medikaments um reine Routine handelt. Ist die Anordnung jedoch so vage gefasst, dass die Pflegekraft die Art des Medikaments, den Zeitpunkt der Verabreichung oder gar die Dosierung in eigener Verantwortung wählen muss, so handelt es sich um die besagten Therapie- und Diagnoseentscheidungen, die nur dem Arzt zustehen. Im Zweifelsfall ist daher immer dringend Rücksprache mit dem Arzt zu halten. Zu ihrer eigenen Absicherung dokumentieren Pflegende dessen Anordnung so genau wie möglich
- Die Pflegekraft die den Eingriff durchführt, verfügt über die hierzu notwendigen Fähigkeiten. Es geht dabei nicht darum, welchen Ausbildungsabschluss die einzelne Pflegekraft hat, sondern darum, ob sie die entsprechenden Kenntnisse tatsächlich besitzt
- Die Art des Eingriffs selbst darf nicht ein ärztliches Tätigwerden erfordern. Inwieweit die einzelne Tätigkeit übertragen werden darf, ist nach der objektiven Gefährlichkeit des jeweiligen Eingriffs zu beurteilen. Ein Eingriff kann entweder gefährlich sein, weil das Medikament selbst gefährlich ist (z.B. Medikamente, bei denen häufig Zwischenfälle beobachtet wurden), oder weil die anzuwendende Technik gefährliche Wirkungen hervorrufen kann (z.B. intravenöse Injektionen, die auch von speziell ausgebildeten Pflegekräften ausgeführt werden können; das Legen eines suprapubischen Katheters ist hingegen nicht delegierbar und darf nur vom Arzt vorgenommen werden). In der ambulanten Pflege wird es naturgemäß häufig zu Eingriffen kommen, die im Grenzbereich der Zuständigkeiten liegen. Um das Haftungsrisiko so gering wie möglich zu halten, sollte jede Pflegekraft so genau wie möglich dokumentieren, welcher Eingriff vom Arzt angeordnet wurde und dabei auch etwaige Bedenken nennen, die mit dem Arzt diskutiert worden sind
- Delegierte Aufgaben sind vom Arzt zu überwachen. Das bedeutet, der Arzt hat zumindest in regelmäßigen Abständen zu überprüfen, ob der Zustand des Patienten so ist, wie es gemessen an der Art und Schwere der Erkrankung zu erwarten wäre, und ob die von ihm angeordneten Maßnahmen korrekt durchgeführt worden sind.

Verhalten im Notfall

Anders sieht die Situation aus, wenn es sich um einen Notfall handelt. Dann gilt:
Sofern keine Zeit bleibt, den Arzt telefonisch zu erreichen, muss die anwesende Pflegekraft handeln. Es besteht in dieser Situation kein Weigerungsrecht, sondern die Maßnahme muss nach bestem Wissen und entsprechend der individuellen Fähigkeiten durchgeführt werden. Wer nicht hilft, obwohl es ohne Gefahr für das eigene Leben möglich gewesen wäre, macht sich der unterlassenen Hilfeleistung schuldig und kann bestraft werden.
Soweit die Möglichkeit noch besteht, verständigen Pflegende im Notfall den Arzt. Sie führen dessen telefonische Anweisungen aus. Allerdings bergen fernmündliche Anordnungen immer die Gefahr, dass sich Hör- oder Übermittlungsfehler einschleichen. Um Streit zu vermeiden, sollten Pflegende jede telefonische Anordnung schriftlich fixieren und gegenüber dem Arzt wiederholen, um auszuschließen, dass sie etwas falsch verstanden haben.

Christina Loy-Birzer, Rechtsanwältin

Gemeinsam die Selbständigkeit ausleben

Wohngemeinschaften etablieren sich als maßgeschneiderte Betreuungsform für Menschen mit Bedarf an außerklinischer Intensivpflege

Vielen schwer behinderten Menschen ist es heute möglich, in ihren eigenen Wohnungen zu leben und mit persönlicher Assistenz ihren Alltag weitgehend selbst bestimmt zu gestalten. Eine Gruppe der Betroffenen ist aber nach wie vor weitgehend von dieser Form der Lebensgestaltung ausgeschlossen: schwer behinderte Menschen mit Beatmung.

Die technische und medizinische Entwicklung ist so weit fortgeschritten, dass Beatmung im häuslichen Bereich möglich und wünschenswert ist.

Die Versorgung eines erheblich hilfebedürftigen Menschen im häuslichen Umfeld bedeutet für die Familien eine enorme Belastung, der die Angehörigen nicht immer gewachsen sind. Wenn die Angehörigen die psychische Belastung nicht tragen können oder die räumlichen Gegebenheiten nicht geeignet sind, einen schwer behinderten Menschen aufzunehmen, steht bisher überwiegend nur eine Alternative zur Verfügung, nämlich die Versorgung in einem Alten- und Pflegeheim.

Diese Einrichtungen sind jedoch in der Regel weder vom Stellenschlüssel noch von der Qualifikation ihrer Mitarbeiter auf beatmete und intensivpflegebedürftige Bewohner eingestellt und können deshalb überwiegend keine bedarfsgerechte Versorgung und Pflege anbieten.

> Es ist ein selbstverständliches – und zudem im Sozialgesetzbuch festgeschriebenes – Recht, dass auch beatmete Menschen ihren gewohnten Lebensstil leben können und auch bei Krankheit und schwerer Pflegebedürftigkeit nicht auf die häusliche Versorgung verzichten müssen.

Zwischen den Organisationsformen der Betreuung in der Familie einerseits und in einer vollstationären Einrichtung andrerseits bietet eine Wohngemeinschaft einen optimalen Mittelweg einer familienähnlichen Versorgungseinheit.

Das Einrichten einer ambulant betreuten Wohngemeinschaft für Beatmete erfüllt den Wunsch der Klienten, die nicht im Pflegeheim wohnen wollen. Zugleich verhindert sie eine Überforderung der Familie.

Die betreute Wohngemeinschaft ist jedoch keine Sonderwohnform, sondern eine bedarfsgerechte Verbesserung der bisherigen Betreuungsformen. Sie sollte stets mit einem detaillierten, vertraglich festgelegten Betreuungskonzept kombiniert sein.

Der Charme einer Wohngemeinschaft besteht darin, dass auch behinderte Bewohner gleiche Interessen ohne aufwendige Vorbereitungen teilen können.

Foto: Andreas Walle (http://walle.net)

Definition Wohngemeinschaft

Der Begriff Wohngemeinschaft ist kein feststehender juristischer Terminus. Sie ist weitgehend definiert als eine Gemeinschaft von zwei oder mehr Personen, die zusammen in einer Wohnung leben, ohne eine Familie zu bilden. Die vertraglichen Beziehungen zwischen einzelnen Bewohnern einer WG sowie zum Vermieter können unterschiedlich gestaltet sein.

Die Begriffe "betreutes Wohnen" oder "Wohngemeinschaft", auf die viele Anbieter und Organisatoren großen Wert legen, sind bei der Planung und Realisierung eines solchen Projektes nebensächlich. Das besondere Augenmerk (z.B. der Kostenträger) liegt auf der eigenen Häuslichkeit der Bewohner. Sie ist vorrangig nachzuweisen.

> Die Wohngemeinschaft betont in erster Linie die Autonomie und die Freiheit beatmeter Menschen als mündige Bürger.

Warum sollten beatmete Menschen nicht gemeinsam ins Kino gehen, zuhause eine Grillparty veranstalten oder nachmittags mit gleichermaßen Betroffenen eine Runde Schach spielen können?

Insbesondere beatmete Menschen brauchen eine liebevoll-familiäre und behutsame Umgebung sowie individuelle gezielte Förderung, damit sie sich bestmöglich entwickeln und ihre eigene Persönlichkeit entfalten können. Die Förderung der Selbständigkeit der Bewohner, die Unterstützung der sozialen Gemeinschaft und die Einbeziehung des gesamten sozialen Umfeldes machen die Stärke der Konzeption einer betreuten Wohngemeinschaft aus.

Vorteile von Wohngemeinschaften

Aus der Weiterentwicklung der häuslichen Versorgung in betreute Wohnformen entstehen verschiedene Synergieeffekte. Nicht nur der Leistungsempfänger, sondern auch Leistungserbringern sowie Leistungsträgern kommt eine derartige Wohnform zugute. Folgende Vorteile können für alle Beteiligten entstehen:

Vorteile für beatmete Menschen:

- Vermeidung langer stationärer Pflege
- Chance auf eine selbstbestimmte Lebensführung, d.h. Sicherstellung von Selbstbestimmung, indem die Klienten Pflegeabläufe und -prioritäten sowie die Alltagsgestaltung nach ihren eigenen Bedürfnissen festlegen können
- Gestaltung des Wohn- und Lebensalltages nach individuellen Vorstellungen
- Erhöhung der Lebensqualität
- Verbesserte Integration in Gesellschaft, Familie und Gemeinde.

Vorteile für die Leistungsträger:

- Mehr Kundenorientierung
- Deutliche Kostenersparnis durch Reduzierung des Tagessatzes bei mehreren Klienten
- Deutliche Kostenersparnis im Bereich der Hilfsmittel
- Schnellere und kurzfristigere Verlegung aus stationären Einrichtungen möglich
- Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege möglich (je nach Anbieter und Organisationsform)
- Angebot neuer Alternativen und damit Steigerung der Attraktivität der Leistung.

Vorteile für den Leistungserbringer:

- Personalkostenreduktion
- Angebotserweiterung und damit Steigerung der Attraktivität der Leistung
- Flexiblere Disposition der Mitarbeiter möglich.

Die erheblichen Vorteile einer WG für alle Beteiligten machen jedoch in der Aufbauphase einer solchen Einrichtung eine sorgfältige Organisation und Planung keineswegs überflüssig.

Die angestrebten Eckpunkte in der neuen Gesundheitsreform sollen insbesondere zu einer Erweiterung des Haushaltsbegriffes führen, so dass bedarfsorientierte häusliche Krankenpflege durch die Leistungsträger auch in Wohngemeinschaften oder anderen Wohnformen künftig leichter zu gewährleisten ist.

Bisher gestalten sich die Verhandlungen zwischen Leistungserbringern und -trägern leider teilweise immer noch sehr schwierig. Deshalb ist es ratsam, bereits in der

ersten Planungsphase sowohl die Finanzierung als auch andere grundlegende Voraussetzungen zu klären, um ein Scheitern des Projektes zu einem späteren Zeitpunkt zu verhindern, an dem sich möglicherweise bereits Klienten auf das gemeinsame Leben in der Wohnung vorbereitet haben.

Gesetzliche Grundlagen

Das Heimgesetz stellt sich dem Aufbau einer Wohngemeinschaft mit hilfebedürftigen Menschen als größte Hürde in den Weg. Die Gruppe schwerbehinderter Patienten, die beatmungspflichtig sind, fällt leider schnell in den Geltungsbereich dieses Gesetzes.
Die positive Grundlage des Heimgesetzes ist über jeden Zweifel erhaben und völlig unumstritten: es soll dem Schutz der Bewohner von Pflegeeinrichtungen dienen.
Die Vorschrift nähert sich diesem Ziel, indem sie die Rechtsstellung der Bewohner festschreibt und Maßstäbe für die Qualität der Pflege setzt. Das Heimgesetz führt einen sachgerechten Ausgleich der Interessen aller Personengruppen herbei, die an einer stationären Pflegeleistung beteiligt sind.
Es dient dem Zweck, dass

- Die Bewohner ein würdevolles Leben im Heim führen können
- Ihre Interessen und Bedürfnisse berücksichtigt werden
- Sie ein selbständiges und selbstbestimmtes Leben in eigener Verantwortung führen können
- Die im Heimvertrag verankerten Rechte und Pflichten eingehalten werden
- Pflegeempfänger haben ein Mitspracherecht in allen Angelegenheiten des Heimbetriebes.

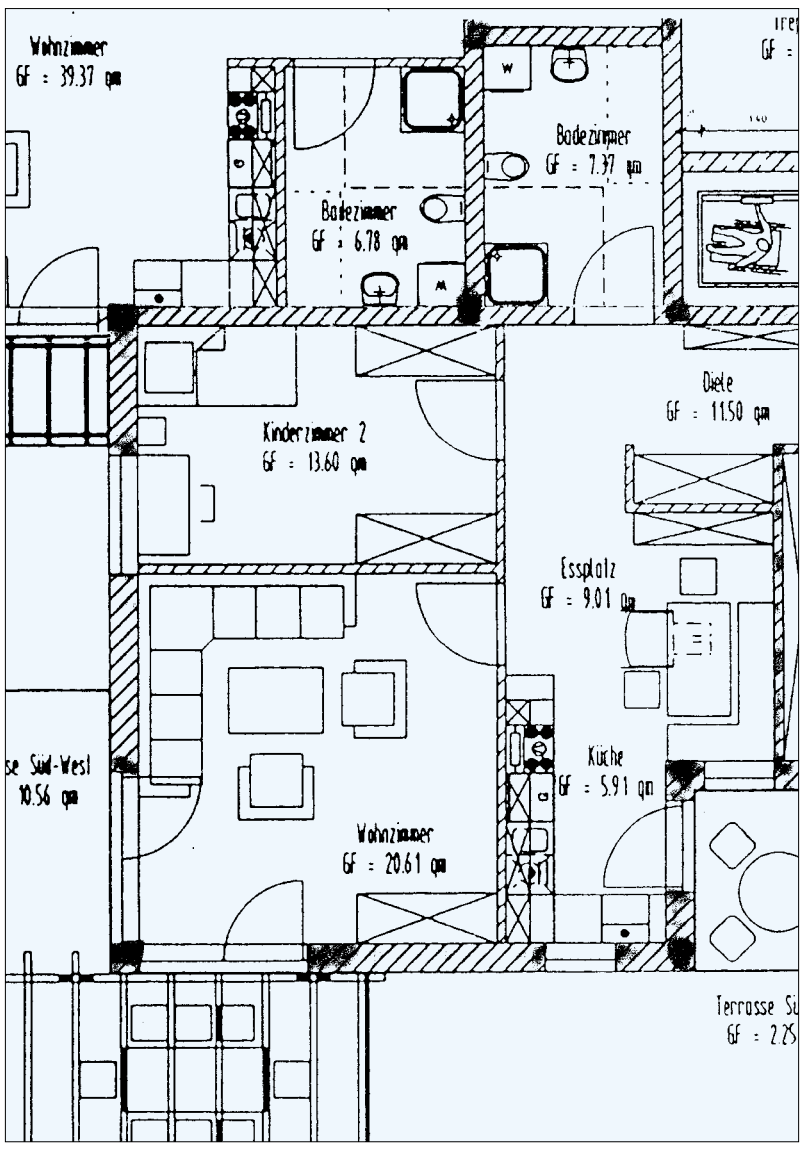
Über diese sehr positiven Ziele der Rechtsnorm hinaus müssen Vereine, Organisationen oder Unternehmen, die eine Wohngemeinschaft oder eine ähnliche betreute Wohnform einrichten wollen, beachten, dass sie, sobald sie sich in den Geltungsbereich des Heimgesetzes begeben, automatisch auch den Forderungen der Heimmindestbauverordnung (HeimMindBauV) sowie der Heimpersonalverordnung (HeimPersV) unterliegen.
Die in diesen Verordnungen festgelegten Mindestnormen schufen bisher eine fast unüberwindbare Hürde für die Umsetzung einer Wohngemeinschaft für die Leistungserbringer und -träger – auch für kleinere Wohnformen und -einheiten.
Mehrere Gespräche mit den zuständigen Behörden haben gezeigt, dass der Aufbau einer Wohngruppe oder Wohngemeinschaft für beatmete Menschen auf der Basis des Heimgesetzes sehr mühsam ist. Der Sinn und Zweck des Heimgesetzes erweist sich auch in diesem Anwendungsgebiet als durchaus notwendig und sinnvoll, jedoch sind die Mindestanforderungen an die Personalstruktur und die architektonischen Voraussetzungen kaum erfüllbar und wenig zweckdienlich.
Die allgemeine Grundlage der häuslichen Versorgung bildet ein Grundsatzurteil des Sozialgerichts Berlin vom 23.07.2002 (S 82 KR 2539/01), aus welchem hervor geht, dass versicherte Personen gemäß § 37 Abs.2 SGB V in ihrem Haushalt häusliche Krankenpflege und Behandlungspflege erhalten, wenn dies zur Sicherung des Zieles der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Wichtig ist, dass das Tatbestandsmerkmal der "Häuslichkeit" erfüllt ist. Darunter ist die häusliche, wohnungsmäßige sowie familienhafte Wirtschaftsführung zu verstehen (BSG-Urteil vom 30.03.2000).
Inzwischen sind erste einzelne Wohnprojekte auf dem Markt vorhanden. Einige davon befinden sich jedoch rechtlich noch in einer Grauzone und sind von den zuständigen Heimaufsichtsbehörden abhängig.
In der Diskussion um die Ausgestaltung der neuen Gesundheitsreform beschäftigen sich die politischen Entscheidungsträger gerade mit dem Begriff der Häuslichkeit. Er soll erweitert und insbesondere auf die Erfordernisse beatmeter Menschen zugeschnitten werden.
Bisher war es sehr schwierig nachzuweisen, dass die Voraussetzungen eines "Trägers" tatsächlich fehlen. Da es meist selbstverständlich war, dass der Leistungserbringer der Pflege sich auch um andere Punkte wie Unterkunft, hauswirtschaftliche Versorgung und Freizeit kümmerte, besteht bei den Heimaufsichtsbehörden nun noch die faktische Verpflichtung, das Heimgesetz greifen zu lassen, sobald zwei oder mehrere hilfebedürftige Menschen zusammenleben, und die Behörde von einer umfassenden Versorgung in allen Lebensbereichen durch den Leistungserbringer ausgehen muss.

Voraussetzungen im Wandel

Ab der Einführung der neuen Gesundheitsreform dürften in diesem Sinne keine Schwierigkeiten mehr auftreten, sofern sowohl der Leistungsempfänger als auch der Leistungserbringer bei der Konzeption der Wohngemeinschaft folgende Aspekte beachten und umsetzen:

- **Das Schutzbedürfnis** der Bewohner muss gegenüber den Anbietern **gewährleistet sein**
- **Die vertragliche Bindung des Nutzers hinsichtlich des Wohnens und der pflegerischen und/oder betreuerischen Versorgung muss unabhängig voneinander gestaltet sein,** d.h. es müssen zwei separate Verträge bestehen. Der Vermieter darf nicht in Verbindung mit dem Leistungserbringer der Pflege stehen. Rechtlich gesehen hat der Bewohner die Möglichkeit, dem Pflegedienst zu kündigen, ohne seine Wohnung aufgeben zu müssen. Faktisch ist dies nur erschwert durchführbar, da alle Bewohner auf ein gemeinschaftliches Betreuungs- und Pflegearrangement angewiesen sind.

Deshalb lässt sich vertraglich regeln, dass der Pflegedienst zu wechseln ist, sobald eine Mehrheit der Bewohner diesen Wunsch vertritt.
Bezüglich der Bewohner ist zu beachten:



Barrierefreie Wohnungen sind die Voraussetzung für die Einrichtung einer Wohngemeinschaft beatmungspflichtiger Menschen. Die Barrierefreiheit zeigt sich unter anderem an extrabreiten Türen und einem Raumangebot, das einem Rollstuhl Platz zum Wenden lässt. In der hier gezeigten Wohnung könnten zwei hilfebedürftige Menschen wohnen – eine Mini-WG.

Abb.:Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH

- In den Einzelmietverträgen muss auf die **Wahlfreiheit in Bezug auf den Pflegedienst hingewiesen werden**
- **Jeder Bewohner hat einen isolierten Vertrag mit dem Pflegedienst abgeschlossen.** Zwischen den Bewohnern besteht zumindest keine förmliche Rechtsbeziehung
- **Jeder Bewohner hat einen separaten Mietvertrag**
- **Der förmliche Zusammenschluss der Bewohner zu einer Wohngemeinschaft erfolgt ebenfalls separat** und kann mit einem Vertrag zum Mietverhältnis gekoppelt werden. Darin ist z.B. geregelt, wie die Gestaltung des Alltages sowie die Nutzung gemeinschaftlicher Wohnräume auszusehen haben, die Anschaffungen gemeinsam genutzter Gegenstände stattfindet, die Ausübung des Mitspracherechts gegenüber dem Vermieter bei der Aufnahme neuer Bewohner geregelt ist. Des Weiteren sollen Grundregeln der Wohngemeinschaft darin verzeichnet sein, z.B. die Häufigkeit der Versammlungen, das Mehrheitsprinzip oder Pflichten eines Bewohners.

> Wichtig ist, nachzuweisen, dass eine tatsächliche wirksame Eigeninteressenvertretung jedes einzelnen Bewohners gegeben ist, und somit das Heimgesetz nicht anwendbar ist, da die Voraussetzungen eines "Trägers" fehlen.

Die Struktur der Personalausstattung kann sich in einer Wohngruppe relativ offen gestalten. Es existieren keine genauen, gesetzlich festgelegten Vorschriften für Wohngruppen, in denen etwa gefordert würde, wie viel Personal für einen Bewohner vorhanden sein soll. Je nach Schwere der Erkrankung kann jedoch die Krankenkasse gewisse Bedingungen vorschreiben. Der Personalschlüssel ist somit zum Teil vom jeweiligen Pflegedienst abhängig und sollte deshalb vorab gut geregelt werden. In einer Wohngemeinschaft für beatmete Menschen sollte jedoch kontinuierlich mindestens eine examinierte Intensivfachkraft vor Ort sein, um eine qualifizierte und sachgerechte Versorgung (auch in Notfällen) zu gewährleisten.
Die tatsächliche Umsetzung wird nochmals erschwert, wenn der Bewohner im Wachkoma liegt oder noch minderjährig ist. Dies bedeutet, dass zumindest ein gesetzlicher Betreuer oder ein Bevollmächtigter vorhanden sein muss, damit sich der Einzug in eine Wohngemeinschaft realisieren lässt. Es ist empfehlenswert, diese schwierig gelagerten Ausnahmefälle vorab sehr sorgfältig zu klären.

Konzeption einer WG

Folgende Voraussetzungen erleichtern die Einrichtung einer Wohngemeinschaft und stehen beispielhaft für die Sicherung der Versorgungsqualität sowie die Transparenz der Leistungen:

- Der Pflegedienst beschäftigt genügend erfahrenes Intensivpflegepersonal
- Die Strukturen des Pflegedienstes sind so ausgerichtet, dass der betreute Mensch und seine Bedürfnisse immer im Mittelpunkt der gemeinsamen Bemühungen stehen
- Der Pflegedienst arbeitet auf der Grundlage des § 37 SGB V und rechnet mit den entsprechenden Stellen ab
- Für jeden Bewohner wird ein individueller Pflegeplan erstellt, der an den persönlichen Wünschen sowie den medizinischen Bedürfnissen ausgerichtet ist
- Die Personalplanung ist abhängig von der Anzahl der Bewohner. Bei voller Belegung sollte tagsüber sowie nachts eine 1:2-Betreuung (eine Pflegekraft auf zwei Bewohner) geplant werden. Je nach individuellen Bedürfnissen der Bewohner sollten jedoch weitere Mitarbeiter herangezogen und eingesetzt werden können
- Jeder Bewohner kann seine Therapeuten und Ärzte frei wählen. Physiotherapeutische, ergotherapeutische und logopädische Behandlung kann, wenn gewünscht, in einer Wohngruppe durch erfahrene Praxen aus der näheren Umgebung erfolgen. Die medizinische Versorgung übernehmen niedergelassene Ärzte, die bei Bedarf von entsprechenden Fachärzten unterstützt werden. Für die Versorgung in Notfällen ist ein entsprechend ausgestattetes Klinikum in der Nähe zu wählen
- Pflegehilfsmittel, Medizintechnik und Verbrauchsmaterial liefern auf Wunsch kompetente Fachfirmen. Diese Leistungen sind auf der Basis ärztlicher Verordnungen abzurechnen.

In der Konzeption einer Wohngemeinschaft gehört der Aufbau eines Netzwerkes zum Grundservice. Das systematische Erschließen von persönlichen, sozialen und institutionellen Ressourcen jedes Einzelnen ist das Ziel dieses Netzwerkes. Es umfasst z.B. die Familie, andere Verwandte, Bekannte, Freunde, Nachbarn und professionelle Helfer.
Des Weiteren richtet sich der Pflegedienst nach den individuellen Bedürfnissen der Bewohner und ermöglicht gegebenenfalls einen pflegerisch kompetenten Begleitdienst an den Arbeitsplatz oder in die Schule.
Besonderes Gewicht liegt auf der Freizeitgestaltung. So plant das betreuende Team für jedes Wochenende Aktivitäten, die sich entweder an einzelne oder mehrere Bewohner richten. Geeignet sind z.B. sportliche, kreative oder kulturelle Angebote, z.B. im Rahmen von Ausflügen. Zu dem Bereich dieser Aktivitäten gehört auch die Organisation von Urlaubsreisen, die im Einzelfall eine aufwendige Logistik erfordern.

Architektur und Vermietung

Der Standard eines Hauses, das eine Wohngemeinschaft beatmeter Menschen beherbergt, soll sich an den Richtlinien für barrierefreies

Wohnen orientieren. Hierfür liegt ein Qualitätssiegel des Landes Baden-Württemberg vor, dessen Richtlinien die architektonischen Anforderungen exakt beschreiben und das als allgemein gültige Basis betrachtet werden kann.
Es ist notwendig, dass die Wohnung eine behindertengerechte, übersichtliche und "kontaktfördernde" Bauweise aufweist. Die Räume sollen hell und geräumig sein.
Das Gebäude ist vorzugsweise in Bezug auf die Kommune zentral gelegen, um zu gewährleisten, dass Ämter, Arbeitsstellen, Schulen und Einkaufsmärkte leicht erreichbar sind. Eine solche Situierung erleichtert außerdem die Integration der Bewohner in die Nachbarschaft.
Der Grundriss der Wohnung sollte etwa 120–130 qm^2 für vier Bewohner umfassen.
Jeder Bewohner soll ein eigenes Zimmer, mit ungefähr 15 qm^2 beziehen. Die Zimmer bieten zunächst nur die Grundausstattung, da die Möbel vom Bewohner selbst mitgebracht oder angeschafft werden.
Zusätzlich sollte die Wohnung über ein Büro und einen Aufenthaltsraum verfügen, in dem das betreuende Team die regelmäßigen Gespräche (z.B. Dienstübergaben) sowie Beratungs- und Vermittlungsangebote stattfinden lassen kann. Die Küche ist behindertengerecht einzurichten. Dazu gehört es, auch die Höhen der Arbeitsflächen so zu konzipieren, dass die (nahezu immer rollstuhlpflichtigen) Bewohner auch die Möglichkeit haben, selbständig zu kochen. Das Bad verfügt über eine Badewanne (barrierefrei oder mit Lifter ausgestattet) und ist sehr geräumig sowie an allen entscheidenden Stellen mit Haltegriffen versehen. Die Grundausstattung ist regelmäßig dem aktuellen Stand der Technik anzupassen. In jedem Raum befindet sich eine Vorrichtung zur Auslösung eines Notrufes, die den körperlichen Fähigkeiten der Bewohner angemessen ist.

Foto: Andreas Walle (http://walle.net)

Zur Versorgung einer Wohngemeinschaft muss der Pflegedienst über kompetente Pflegende verfügen, die dem Patienten auch während der Freizeit optimale Sicherheit gewährleisten.

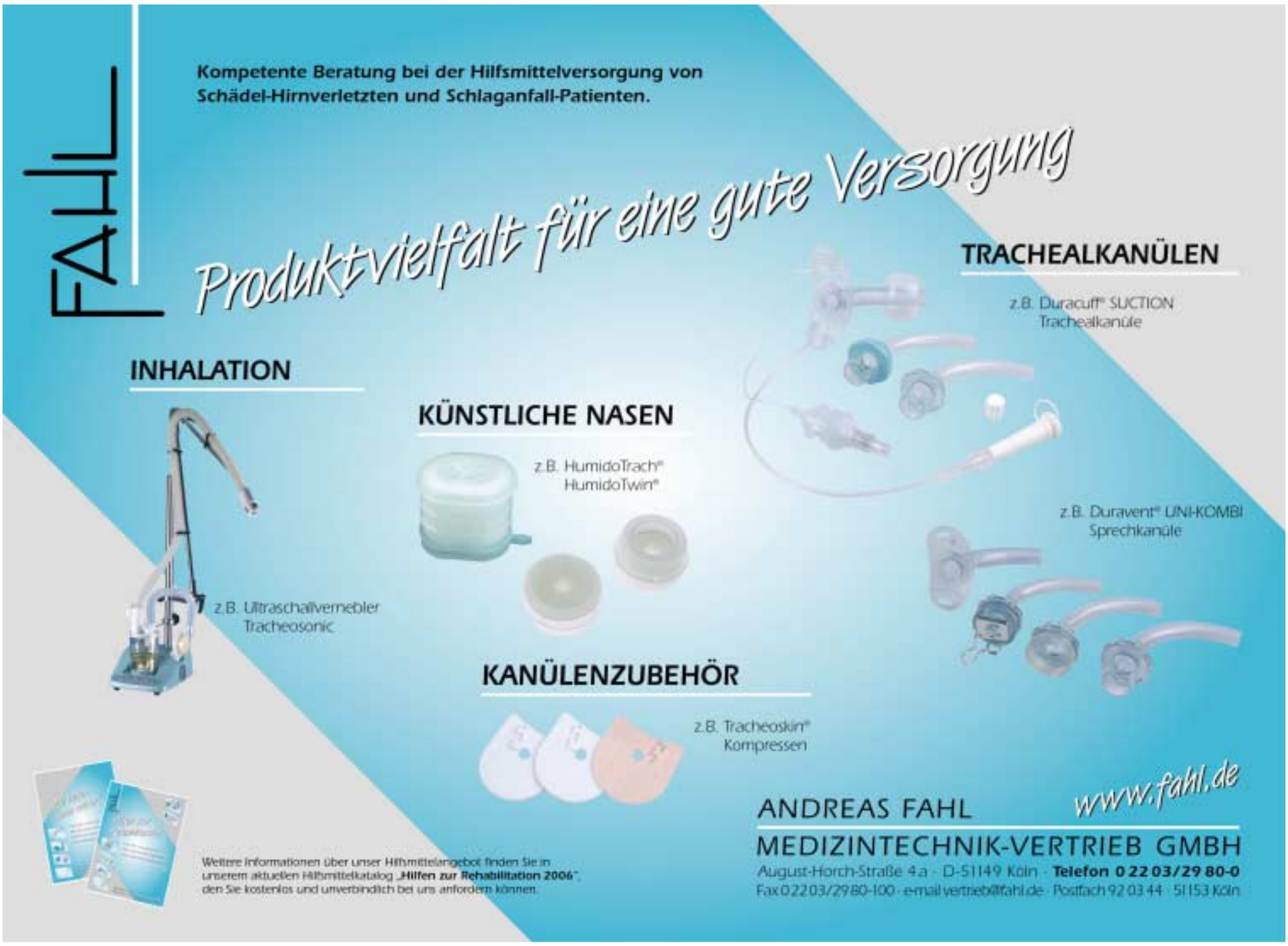
Verträge der Bewohner

Die Bewohner selbst sind als Mieter amtlich gemeldet und somit ist die Wohngruppe – vorübergehend oder auf Dauer – offiziell ihr "Zuhause". Es wird ein separater Mietvertrag mit dem Vermieter über das Zimmer, die anteilige Gemeinschaftsfläche, sowie die üblichen Nebenkosten geschlossen. Der Pflegedienst ist nicht der Vermieter, steht aber für die Kontaktaufnahme meist gern zur Verfügung.
Die Kosten für den Lebensunterhalt tragen die Bewohner jeweils selbst. Rechtliche Unterstützung und Hilfe bei der Finanzierung der Lebensunterhaltkosten können durch den Pflegedienst gegeben werden.
Die Pflegefinanzierung wird vor dem Einzug für jeden Klienten gesondert mit dem jeweiligen Kostenträger durch den Pflegedienst vereinbart. Hierzu ist es notwendig, einen Behandlungsvertrag zwischen dem Bewohner und dem Pflegedienst zu schließen.
Die medizinische Betreuung übernimmt ein niedergelassener Arzt, den der Bewohner selbst auswählt.

Fazit

Im Großen und Ganzen erscheint das "ambulant betreute Wohnen" oder eine "Wohngemeinschaft" beatmeter Menschen als eine neue Betreuungsform, die sicherlich schon längst in größerer Verbreitung auf dem Markt zu finden sein sollte. Diese Versorgungsformen können einen weiteren wichtigen Teil zur dauerhaften, persönlichen Lebensqualität beitragen.

Alexandra Jauch
Diplom-Sozialpädagogin (BA)



Produkte im Test

Die Aufnahme von Sauerstoff ist bei zahlreichen Patienten durch pulmonale oder kardiale Erkrankungen nur reduziert möglich. Diese Patientengruppe ist langfristig von einer erhöhten Zufuhr an Sauerstoff abhängig.
Es gibt verschiedene Möglichkeiten der Sauerstoffapplikation. In der außerklinischen Intensivpflege sind mobile Patienten mit Flüssigsauerstoff versorgt. Der Flüssigsauerstofftank bietet die Möglichkeit, für Aktivitäten außer Haus einen portablen Behälter zu befüllen, mit dessen Hilfe die Patienten ohne großen Aufwand weitgehend normal am sozialen Leben teilnehmen können. Patienten, die nicht mehr unterwegs sind, nutzen zu Hause üblicherweise einen netzgebundenen Sauerstoffkonzentrator ohne Akku.
Seit kurzer Zeit bietet der deutsche Markt ein neues Produkt.
Der Oxy-Gen lite® Sauerstoffgenerator wird von Linde Medical Devices hergestellt und von der Firma Vitaloplus (www.vitaloplus.com) bundesweit vertrieben. Er hat eine Hilfsmittelnummer und gehört zur MPG Geräteklasse IIa.
Das Gerät produziert mithilfe einer Brennstoffzelle aus destilliertem Wasser und elektrischer Energie reinen Sauerstoff. Membran-Elektrolyse trennt in der galvanischen Zelle den Sauerstoff vom destillierten Wasser und führt dem Patienten das Atemgas über eine Sauerstoffbrille zu.
Der Oxy-Gen lite® wartet im Vergleich zu den eingeführten Konzentratoren mit einer Neuerung auf. Das Gerät produziert reinen Sauerstoff und gibt ihn, je nach eingestellter Flussmenge, in Boli zu 14 bis 46 ml an den Patienten ab. Dies entspricht einer Gabe von ca. ein bis drei Litern aus den herkömmlichen Geräten.
Die meisten Sauerstoffgeräte applizieren das Gas kontinuierlich – unabhängig von Ein- und Ausatmung. Der Oxy-Gen lite® arbeitet nach dem Demand-Prinzip. Das heißt, das Gerät erkennt über die (handelsübliche) Nasensonde anhand der Druckveränderungen die Einatmungsphase und gibt den Sauerstoffbolus genau in diesem Zeitraum ab. Allerdings benötigt der Generator bei einer Änderung der Atemfrequenz bis zu vier Minuten, um angemessen auf das neue Atemmuster zu reagieren.

Sauerstoffgenerator Oxy-Gen lite®. Foto: Vitaloplus GmbH

Die Geräuschentwicklung (ca. 35 dB) liegt unter dem Niveau eines Sauerstoffkonzentrators. Somit ist der Oxy-Gen lite® etwa so laut wie ein turbinengetriebenes Heimbeatmungsgerät.
Sauerstoffkonzentratoren wurden aufgrund der teils erheblichen Geräuschkulisse meist in einem Nebenzimmer aufgestellt. Das ist in diesem Fall weder notwendig noch möglich, da die Sauerstoffsonde nicht länger als 7,5 Meter sein darf. Bei Konzentratoren sind bis zu fünfzehn Meter Zuleitung möglich.
Ein Nachteil gegenüber Flüssigsauerstoff liegt in der Abhängigkeit zum Stromnetz – ohne Strom findet keine Elektrolyse im Gerät statt. Hier entwickelt (lt.Vitaloplus) Linde Medical Devices zurzeit ein transportables Gerät (Gewicht etwa 4,5 kg) mit Akku und einer netzunabhängigen Betriebszeit von ca. vier Stunden. Als Zubehör werden auch Wechselakkus erhältlich sein, so dass die mit dem Oxy-Gen lite® versorgten Patienten die Möglichkeit erhalten werden, längere Zeit unabhängig und mobil zu sein. Nur Wasser ist als Nachschub mitzuführen.
In den 550 ml fassenden Tank kann handelsübliches (und vielerorts erhältliches) destilliertes Wasser eingefüllt werden. Steriles Wasser ist zum hygienischen Betrieb nicht notwendig.
Die Bedienung des Gerätes ist durch wenige Tasten, ein übersichtliches Display und Dioden im Ampelsystem unkompliziert und nach einer fachgerechten Einweisung durch den Händler leicht zu beherrschen. Der Oxy-Gen lite® ist wartungsfrei, einzig der Lufteinlassfilter der Gerätekühlung ist bei Verschmutzung durch Staub zu erneuern. Dies ist unkompliziert vom Anwender selbst durchzuführen. Zur Reinigung der Oberfläche genügt es, das Gerät feucht mit einer milden Seifenlösung abzuwischen.
Der Oxy-Gen lite® ist wegen des Demand-Prinzips nicht für die Sauerstoffapplikation an einem Beatmungsgerät geeignet.
Interessant wird das innovative Produkt für die ambulante Pflege, wenn es mit Akku verfügbar ist. Voraussetzung ist allerdings, dass die Kostenträger (oder die Patienten selbst) bereit sind, den Preis von etwa 2800 Euro zu übernehmen.

Stefan Hille, Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin

Produkte im Test

WKM
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!

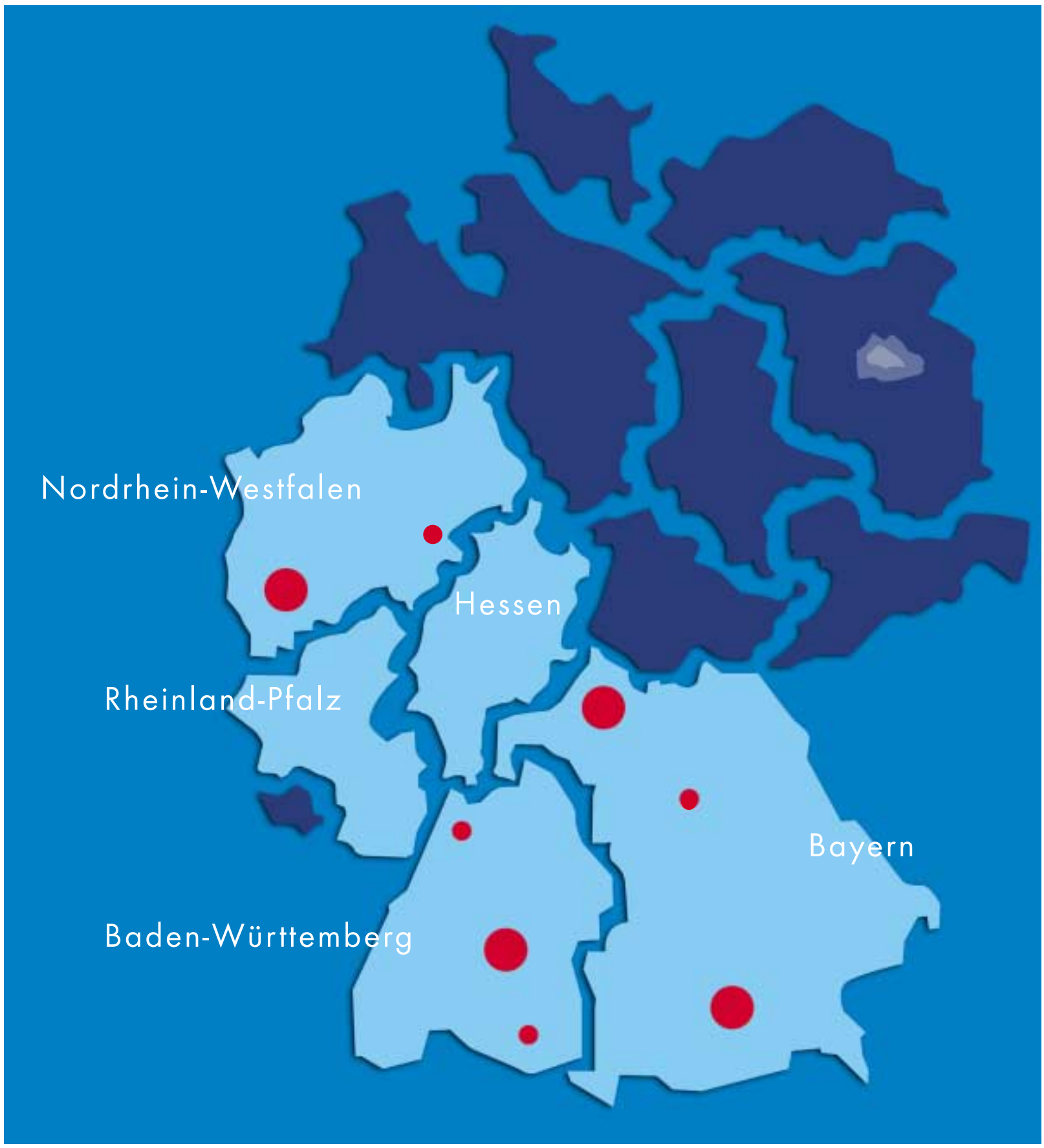
WKM · Zentrale München · Wildermuthstraße 88 · 80993 München
Telefon: 089 14337-6 · Telefax: 089 14337-777

BESTE ARBEITGEBER GESUNDHEITS WESEN 2007

HEIMBEATMUNGS SERVICE Bramberg Jaschke GmbH

Wir suchen Sie!

außerklinische Intensivpflege für Kinder und Erwachsene



Hier arbeiten wir.

Sagen Sie uns, wo Sie arbeiten wollen.

jobs@heimbeatmung.com Jobline 0700 - 23 28 68 64

Schmerz und Keime bewältigen

Serie zum Wundmanagement – Teil 1: Die Suche nach der besten Behandlung von Verletzungen begleitet den Menschen seit den Anfängen der Geschichte

Die Lehre von der Wundbehandlung ist so alt wie die Menschheit und sie wurde zu allen Zeiten kontrovers diskutiert. In vielen archäologischen Dokumenten finden sich Hinweise über Verletzungen und deren Behandlung. Diese muten nach heutigen Maßstäben skurril an, manchmal sogar abstoßend.
So schreibt Im ersten Jahrhundert n. Chr. der römische Gelehrte Plinius: "Eiweiß schließt Wunden, während eine Scheibe Kalbfleisch verhindert, dass die Wunde anschwillt. Schweinedung ist gut für Kriegswunden. Ziegendünger mit Essig gemischt ist für Beingeschwüre gut." Zur Blutstillung wurden in dieser Zeit Spinnweben benutzt.
Bei den Griechen und Römern waren Weinverbände gebräuchlich. Auch das Brennen der Wunde zur Blutstillung und Infektionsprophylaxe war lange Zeit weit verbreitet.
Bis zum Beginn des 18. Jh. gab es keine wissenschaftliche Forschung zur Wundheilung. Sie begann erst mit James Lind 1747. Er beobachtete bei Seeleuten, dass die Heilung von Wunden umso schlechter wurde, je länger sie auf See waren und unter Skorbut litten. Er stellte fest, dass Wunden besser heilten, wenn die Betroffenen Orangen und Zitronen aßen.
Mit der Entwicklung des Mikroskops im 19. Jh. wurden die Fibroblasten entdeckt, von denen die Wundgranulation ausgeht.
Aber erst Anfang des 20. Jh. setzte eine systematische Forschung zur Wundheilung und -behandlung ein. Nachdem zunächst die operativ gesetzten Wunden im Interesse der Forscher standen, sind es heute die Problemwunden, zu denen Dekubiti, venöse Beinulzera oder der diabetische Fuß gehören.

Überwindung des Wundschmerzes

Es war ein entscheidender Schritt, als man den Wundschmerz adäquat behandeln konnte.
In der etwa 5000-jährigen Geschichte der Chirurgie stand der Schmerz als eine kaum überwindbare Barriere dem Fortschritt entgegen. Wein oder Bier, Alraunwurzel, Mohn, Brechnuss, Stechapfel oder Haschisch wurden für Betäubungszwecke und zur Schmerzausschaltung verwendet. In Ägypten war es auch üblich, die Halsschlagader kurz abzudrücken, um während der nachfolgenden kurzen Bewusstlosigkeit kleine Operationen durchzuführen. Diese Maßnahmen brachten aber alle nicht den gewünschten Erfolg.
Eine wichtige Entdeckung auf dem Weg zur modernen Anästhesie macht der Kriegschirurg Napoleons. Auf dem Russlandfeldzug stellte er fest, dass Soldaten, die lange in Schnee und Eis gelegen hatten, keine Schmerzen verspürten. Ab da wandte er ganz gezielt eine Mischung aus Salz und Eis vor einer Amputation an.

Erst im 19.Jh. konnte der Wundschmerz erfolgreich bezwungen werden. Zu dieser Zeit gab es in Amerika auf Jahrmärkten zur Belustigung des Volkes Lachgas- und Ätherparties. Die Probanden gebärdeten sich wie Betrunkene, verletzten sich häufig, spürten dabei aber keine Schmerzen. Auf diese Weise wurde die schmerzausschaltende Wirkung des Lachgases und des Äthers entdeckt. Die Kunde von der Äthernarkose verbreitete sich mit unglaublicher Geschwindigkeit, das Zeitalter der modernen Anästhesie hatte begonnen. Da es aber häufig zu Komplikationen kam, suchte man nach ungefährlicheren Wegen der Schmerzausschaltung, v.a. wenn eine Vollnarkose nicht notwendig war.

Ende des 19. Jh. unternahm ein amerikanischer Chirurg Selbstversuche, bei denen er sich Kokain unter die Haut spritzte. Er konnte eine lokale Schmerzhemmung nachweisen, wurde allerdings kokainabhängig.

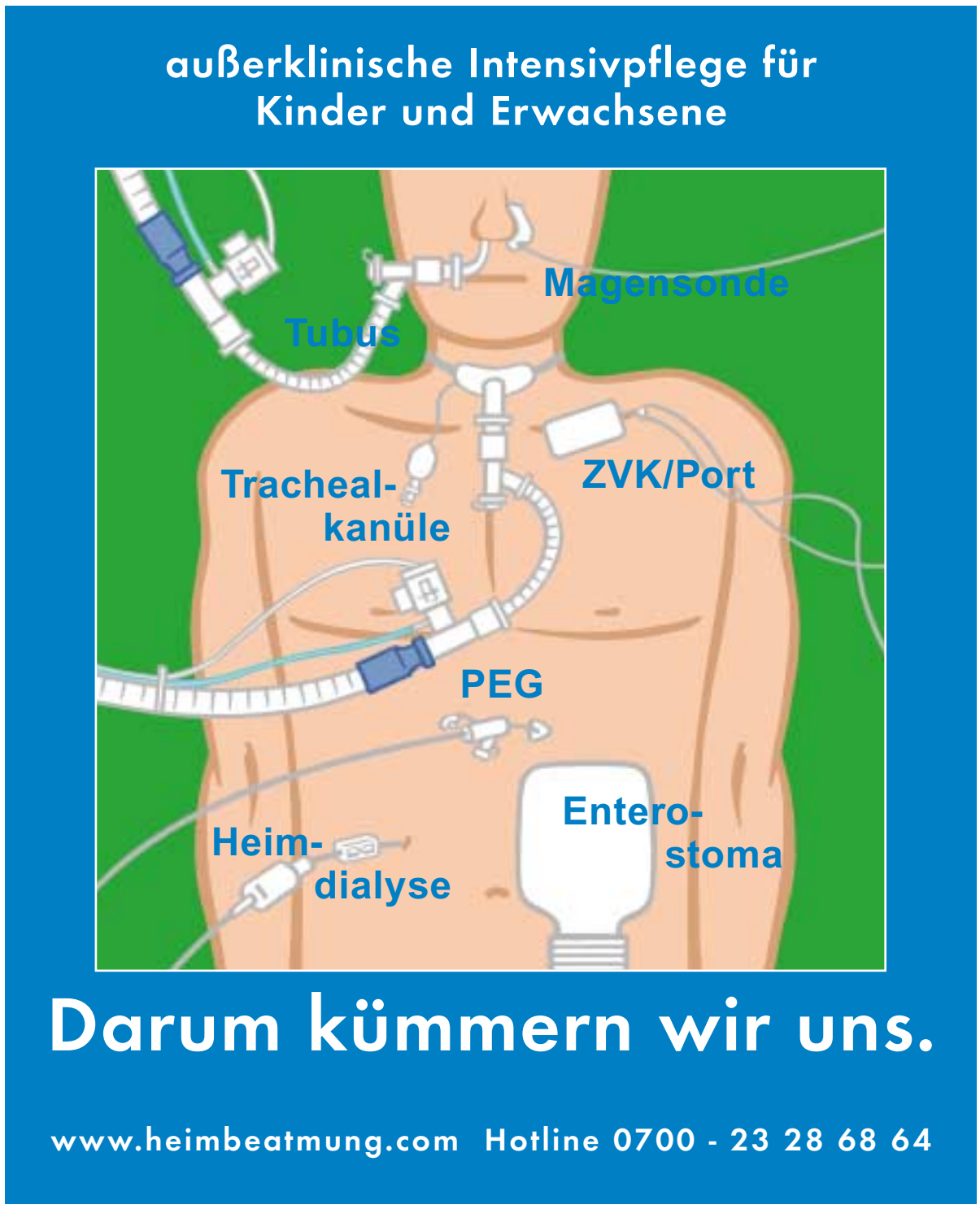
Abb.: Hans Seyffs Handschrift; hier aus: Hohenstaufen/Helfenstein, 2003; gemeinfreie Darstellung: wikipedia.de

Sägen und Händchen halten: Im Mittelalter war die Chirurgie ein blutiges und stark schmerzauslösendes Handwerk. Im Bild ist die Amputation des linken Beines zu sehen, der sich der Habsburger Kaiser Friedrich III. vermutlich aufgrund von Diabetes im Jahr 1493 unterzog. Er überlebte die radikale Operation nur wenige Wochen.

Im Jahr 1905 war mit der Entwicklung des Procains ein Lokalanästhetikum gefunden, das in seiner Wirkung dem Kokain entspricht, aber weniger unerwünschte Wirkungen aufweist. 1932 folgte das schnell und stark wirkende Barbiturat Evipan. Die Entwicklung betäubender Stoffe ging und geht weiter.
Dank der modernen Anästhesie kann heute jeder operative Eingriff absolut schmerzfrei durchgeführt werden und auch Wunden lassen sich in aller Ruhe und mit großer Sorgfalt versorgen.

Kampf gegen die Wundinfektionen

Ein anderer entscheidender Schritt in der Wundbehandlung stellte die Einführung der Antisepsis und ihr allmählicher Übergang zur Asepsis dar. Davor war jede größere Wunde ein lebensbedrohliches Ereignis. Die meisten Verwundungen endeten in einer Sepsis. Eine Wundheilung ohne Eiterung war bis dahin schlichtweg undenkbar.
Es wurden sogar Methoden empfohlen, um die Eiterung einzuleiten und zu unterhalten, z.B. das Einbringen von Haaren, Holzspänen und anderen Fremdkörpern.
Ein Wandel bahnte sich mit dem Wiener Gynäkologen Ignaz Semmelweis an, der bereits 1861 feststellte, dass das Kindbettfieber durch Ärzte übertragen wurde, die nach pathologischen Sektionen ohne weitere Vorsichtsmaßnahmen werdende Mütter untersuchten. Er ordnete u.a. die Händewaschung mit Chlorkalk an und konnte damit die Müttersterblichkeit signifikant senken. Leider wurde er von seinen Kollegen, auch außerhalb Österreichs, dafür nur belächelt.
Besser erging es dem Engländer Joseph Lister, der die antiseptisch wirkende Karbolsäure in die Operationssäle einführte. Er hatte erkannt, dass Eiterung durch Bakterien hervorgerufen wurde. Sein Anliegen war die Vernichtung der Eitererreger in der Wundumgebung, an den Händen der Operateure und den Instrumenten.
Wegen der relativ hohen Giftigkeit und der Schädigung, die die Karbolsäure auf das Granulationsgewebe ausübte, wurden u.a. durch Robert Koch weitere chemische Substanzen zur Desinfektion entwickelt. 1885 führte Förster die mechanische Reinigung der Hände mit heißem Wasser und Seife ein, Fürbringer fügte 1888 den 80prozentigen Alkohol hinzu.
Mit der Identifikation der Erreger der Wundeiterung, des Tetanus und des Gasbrandes waren die Ursachen der Wundinfektion endgültig klargestellt. Diese Erkenntnis bedingte die Entwicklung der physikalischen Desinfektionsmethoden.
Mit Trockenhitze und heißem Dampf begann die Ära der Asepsis. Der erste Dampfsterilisator der Welt stand 1882 in Bonn. Seit 1892 gibt es sterile Gummihandschuhe und seit 1900 den Mundschutz.
Alle diese Maßnahmen hatten zur Folge, dass die Zahl der Wundheilungsstörungen erheblich zurückging.



In der Wundbehandlung setzte sich zunehmend die Erkenntnis durch, dass durch Ausschneiden der Wundränder, mit der Entfernung von Fremdkörpern und Nekrosen sowie der Freilegung von Wundtaschen den Bakterien der Nährboden entzogen werden kann.

Erst seitdem Pflegende und Mediziner begriffen haben, wie Hygiene funktioniert lassen sich mit einiger Sicherheit primäre Wundverschlüsse (wie hier über einer geklammerten Operationsnarbe) anstreben.

Foto: Andreas Walle (http://walle.net)

Wunderwaffe Penicillin

1928 entdeckt der Mikrobiologe Alexander Fleming durch einen glücklichen Zufall das Penicillin, das aber erst 1941 erstmals zum Einsatz kam. Von da ab begann der Siegeszug des "Wundermittels". Für diese Arbeit erhielten Fleming und seine Kollegen 1945 den Nobelpreis.

Mit dem Einstieg der USA in den 2. Weltkrieg erlangte die Penicillin-Produktion einen Status höchster Priorität. Die amerikanische Firma Pfizer & Co führte die Massenproduktion des Arzneimittels ein. Die infektionsbedingte Sterblichkeit der alliierten Soldaten konnte damit auf ein Minimum gesenkt werden. Weitere Antibiotikaklassen folgten.

Nicht lange nach der Einführung der Antibiotika begann ihre kritiklose Anwendung. Die Folgen sind allgemein bekannt.

Es zeigte sich auch bald, dass die lokale Applikation von Antibiotika in Wunden zu einer direkten Störung der Wundheilung führt, weil neu gebildete Granulationszellen zerstört werden. Außerdem kam es zu Superinfektionen und antibiotikaresistenten Bakterien-Stämmen.

Die lokale Anwendung von Antibiotika in Wunden ist heute obsolet.

Entwicklung der Wundauflagen

Bis in die Neuzeit dienten Hanf, Sumpfmoos, Papier, Leinen, Wolle oder Seide als Wundauflagen. Eine entscheidende Neuerung in der Wundbehandlung stellte der Okklusionsverband von J. Lister dar. Er hatte beobachtet, dass geschlossene Frakturen ohne Infektion heilen und begann mit Hilfe von Verbandmaterial, offene Frakturen in geschlossene umzuwandeln. Dafür waren viele Schichten Verbandstoff notwendig. Bereits damals – wie heute – wurde bemängelt, dass dieser moderne Verband viel teurer sei als die üblichen. Durch diesen Verband erlebte die Mull-Gaze einen raschen Aufschwung und verdrängte zusammen mit der Baumwolle alle anderen Wundauflagen.

Die erste deutsche Fabrik zur Produktion von Verbandstoffen wurde 1818 von Ludwig Hartman in Heidenheim an der Brenz gegründet.

Ende des 19. Jh begann das amerikanischen Unternehmen Johnson&Johnson Inc. mit der Herstellung steriler Verbände. Die beiden Weltkriege förderten die Ausbreitung von Verbandstoffen, sowie die Nachfrage nach entsprechendem Material. Seitdem hat sich vieles weiterentwickelt und verändert.

Die heutige Wundbehandlung beruht auf wissenschaftlichen Untersuchungen von Georg Winter. Er stellte 1962 fest, dass eine offene Hautwunde schneller und qualitativ besser in einem feuchten Milieu heilt, als wenn sie trocken behandelt wird. Seine Erkenntnisse führten zur Entwicklung von Wundauflagen, die ein idealfeuchtes Klima in der Wunde schaffen.

Idealfeuchtes Wundklima

Auch über 40 Jahre später hat sich die Notwendigkeit einer idealfeuchten Wundbehandlung noch nicht überall durchgesetzt, auch wenn moderne wissenschaftliche Untersuchungen längst in ausreichendem Maße ihre Vorzüge bewiesen haben. Die immer wieder angeführten angeblich höheren Kosten sind längst in verschiedenen Studien widerlegt worden. Eine Wunde die schneller verheilt ist, braucht bereits zu einem früheren Zeitpunkt keinen Verband mehr.

Wundbehandlung ist heute aber mehr als nur das Aufbringen eines Verbandstoffes.

Zur Wundbehandlung gehört neben der Wunddiagnostik und einer phasengerechten Wundbehandlung auch die Ausschaltung oder Reduzierung von Ursachen, Risikofaktoren und Störfaktoren, die Verbesserung des Allgemein- und Ernährungszustandes, ggf. eine Schmerztherapie sowie die psychosoziale Betreuung des Betroffenen. Der Begriff Wundmanagement hat sich inzwischen etabliert.

Wundmanagement erfordert Fachwissen. Dieses zu verbreiten haben sich zwei nationale Organisationen vorgenommen: die Initiative Chronische Wunden e.V. (ICW) und die Deutsche Gesellschaft für Wundenheilung und Wundbehandlung e.V. (DGfW).

Physiologie der Wundheilung

Um eine Wunde adäquat und phasengerecht behandeln zu können, muss man die physiologischen Vorgänge der Wundheilung kennen. Sie erfolgt in allen Körpergeweben und bei allen Wundarten prinzipiell nach denselben biochemischen und zellulären Mechanismen.

Klinisch lassen sich drei Wundheilungsphasen unterscheiden:

- Exsudations- oder Reinigungsphase
- Proliferations- oder Granulationsphase
- Regenerations- oder Epithelisierungsphase.

Die Phasen laufen nicht nacheinander ab, sondern überlappen sich zeitlich. Große Wunden können sogar alle drei Phasen aufweisen.

Exsudationsphase

Die Exsudationsphase beginnt mit der Blutung, die als unmittelbare Folge der Verletzung eintritt. Die erste Reaktion des Körpers darauf ist eine Vasokonstriktion, um den Blutverlust möglichst gering zu halten. Diese hält etwa 5–10 Minuten an. Während dieser Zeit versucht der Körper durch Blutstillung und -gerinnung die Blutung zum Stillstand zu bringen.

Gewebe- und/oder Gefäßschädigung
durch Thrombozytenaggregation entsteht ein Thrombozytenpfropf, der den Gefäßschaden zunächst verschließt (= Blutstillung)
Aktivierung des Gerinnungssystems
an deren Ende steht die Fibrinbildung, (=Blutgerinnung) die den Thrombozytenpfropf verstärkt und stabilisiert

Gleichzeitig führt die Gewebeschädigung zur Bildung und Freisetzung von Entzündungsmediatoren (z.B. Histamin, Prostaglandine), die unter anderem zu einer Gefäßweitstellung und Gefäßdurchlässigkeit führen. Sichtbar wird das durch Rötung, Wärmebildung und Schwellung an der Wunde. Mit der verstärkten Durchblutung bringt der Körper Abwehrzellen in den Wundbereich. Diese Zellen sind in der Lage, durch Phagozytose und proteolytische Enzyme Gewebetrümmer und Mikroorganismen abzubauen.

Eine Wunde in der Reinigungsphase weist typische Kennzeichen auf:

- Rahmige, gelbliche, schmierige Beläge
- Nekrosen
- Starke Exsudation
- Die klassischen lokalen Entzündungszeichen Rötung, Schwellung, Überwärmung, Schmerz, Funktionseinschränkung
- Süßlicher, fauliger oder fäkulenter Geruch
- Ggf. systemische Entzündungszeichen, z.B. Fieber, Tachykardie, allgemeines Krankheitsgefühl, geschwollene regionäre Lymphknoten.

Granulationsphase

Die Granulationsphase setzt bereits einen Tag nach der Entstehung einer Wunde ein und ist gekennzeichnet durch das Einsprossen von Kapillaren in das Wundgebiet und durch die Bildung von Granulationsgewebe. Beides wird durch Wachstumshormone stimuliert. Granulationsgewebe besteht u.a. aus Kollagen.

Kollagen ist ein Basisprotein des Körpers und ein Hauptbestandteil der Haut, der Sehnen und Knochen. Es ist außerdem der wesentliche Bestandteil einer Narbe. Die Wunde erhält nach und nach mehr Zug- und Reißfestigkeit. Gebildet wird das Granulationsgewebe von den Fibroblasten. Spezielle Fibroblasten bewirken außerdem durch Kontraktion eine Verkleinerung der Wundoberfläche, etwa um die Hälfte. Das erklärt die Schrumpfungstendenz von Wunden.

Das Granulationsgewebe ist ein gefäßreiches Gewebe, das deshalb frisch-rot und feucht glänzend aussieht. Die rote Farbe darf nicht mit der Rötung bei einer Entzündung verwechselt werden. Nach und nach füllt diese Form des Gewebes vom Wundgrund her die Wunde aus und bildet die Basis für die Epithelisation. Gleichzeitig mit der Bildung des Granulationsgewebes setzt der Abbau des Fibrins, die Fibrinolyse, ein. Mit der Produktion von Kollagen ist die Funktion des Fibrins beendet, es wird durch Plasmin in lösliche Spaltprodukte überführt und weggeräumt.

Epithelisierungsphase

Die Deckung mit Epidermiszellen bildet den Abschluss der Wundheilung. Die Epithelisation geschieht durch Zellteilung der Epidermiszellen (Mitose). Damit die Zellen auswandern können, ist ein feuchter Granulationsrasen notwendig.

Nach und nach schiebt sich das Epithel vom Rand zur Mitte der Wunde. Epithelzellen haben aber auch die Fähigkeit zu aktiven, amöboiden Kriechbewegungen. Deshalb findet man nicht selten Epithelinseln weit entfernt vom Wundrand in der Mitte des Granulationsrasens. Epithelzellen haben eine rosa-milchweiße Farbe und einen matten Glanz. Treffen die Epithelzellen aus den verschiedenen Richtungen aufeinander, kommt es zum Teilungsstopp, die Wundheilung ist abgeschlossen. Nach und nach verhornen dann die Epithelzellen.

Hindernisse der Wundheilung

Die nachfolgenden Risikofaktoren behindern und verhindern nachgewiesenermaßen die Wundheilung und müssen erkannt und bestmöglich ausgeschaltet werden.

Risikofaktor – Systemische und lokale Zirkulationsstörung

Systemische Zirkulationsstörungen durch Schock, niedrigen Blutdruck oder arterielle Verschlusskrankheit behindern die Versorgung der Wunde mit Nährstoffen und Sauerstoff und verhindern gleichzeitig den Abtransport von metabolischen Zerfallsprodukten. Das gilt auch für Mikrozirkulationsstörungen, z.B. durch Volumenmangel oder Diabetes mellitus sowie für lokale Durchblutungsstörungen, z.B. durch einen zu engen Verband.

Risikofaktor – Eiweißmangel

Ein Eiweißmangel führt zu einer deutlichen Heilungsstörung und zu einer verminderten Reißfestigkeit der Wunde, denn die Fibroblasten benötigen Aminosäuren zur Bildung des Kollagens. Außerdem bedeutet ein Eiweiß-Defizit einen niedrigen kolloid-osmotischen Druck, d.h. durch die fehlende Wasserbindungsfähigkeit des Eiweißes trocknet die Wunde aus. Auch die Abwehrzellen sind Eiweiße. Ein Eiweißmangel führt deshalb auch zu einer Schwächung des Immunsystems. Nachfolgend steigt die Infektionsgefahr.

Risikofaktor – Vitamin-C-Mangel

Ein Mangel an Vitamin C führt zu einer gesteigerten Kapillarpermeabilität mit Ödembildung und zu unzulänglicher Kapillarneubildung. Außerdem ist die Kollagensynthese gehemmt. Der Verbrauch von Vitamin C während der Wundheilung steigt um ein Vielfaches, so dass ein Mangel schnell entstehen kann. Besonders gefährlich ist die Situation bei gleichzeitigem Eiweißmangel. Unter dem Einfluss beider Risikofaktoren können Wunden, die sich bereits im Stadium der Heilung befinden, erneut aufplatzen.

Risikofaktor – Mangel an Spurenelementen

Für die Wundheilung werden v.a. die Spurenelemente Zink, Eisen und Kupfer benötigt. Zink ist an verschiedenen Enzymen beteiligt und stabilisiert die Zellwände. Eisen benötigt der Körper für die Kollagenbildung. Bei starkem Blutverlust muss mit einem Eisendefizit gerechnet werden. Kupfer ist ebenfalls ein Bestandteil von Enzymen und wird für die Kollagenbildung benötigt.

Risikofaktor – Maligne Tumoren

Bei Tumorpatienten ist die Wundheilung oft verlangsamt. Ursache dafür können ein Eiweiß- und Vitaminmangel oder eine Anämie sein. Bestrahlung und Zytostatika nehmen direkt einen negativen Einfluss auf alle Wundheilungsvorgänge

Risikofaktor – Hormonelle Einflüsse

Die Einnahme von Glukokortikoiden und ACTH hemmen die Fibroblastentätigkeit, die Kollagensynthese und die Migration von Epithelzellen. Der Diabetes mellitus ist einer der schwerwiegendsten Gegenspieler der Wundheilung, denn der Insulinmangel verhindert, dass Glukose als Energieträger in die Fibroblasten gebracht wird.

Risikofaktor – Alter

Je höher das Alter, desto langsamer laufen die Lebensvorgänge ab. Das gilt auch für die Wundheilung. Außerdem liegen im Alter häufig weitere Erkrankungen vor, die als Risikofaktoren wirken.

Risikofaktor – Auskühlung der Wunde

Schon frühzeitig wurde beobachtet, dass in den kalten Regionen der Erde Wunden einen vergleichsweise längeren Zeitraum benötigen, um zu heilen. Durch Verlangsamung des Stoffwechsels wird die Aktivität aller Zellen in der Wunde herabgesetzt. Ein moderner Verband muss eine möglichst hohe Temperatur in der Wunde gewährleisten. In einer Studie konnte 1982 bewiesen werden, dass eine Wunde nach einem Verbandwechsel im Durchschnitt 40 Minuten braucht, um zu ihrer ursprünglichen Temperatur zurückzukehren. Es dauert dann noch weitere drei Stunden, bis in der Wunde wieder Mitose und Phagozytose beobachtet werden können. Auch aus diesem Grund sind Verbandwechsel möglichst selten durchzuführen.

Christine Keller,
Krankenschwester,
Lehrerin für Pflegeberufe

In der nächsten Ausgabe:

- Die rechtliche Situation beim Wundmanagement
- Hydropolymere und Co.: Das sind die gebräuchlichsten Wundauflagen und Wundbehandlungsmittel
- Melkfett, Honig und Wasserstoffe: Diese Mittel gehören heute nicht mehr in eine Wunde

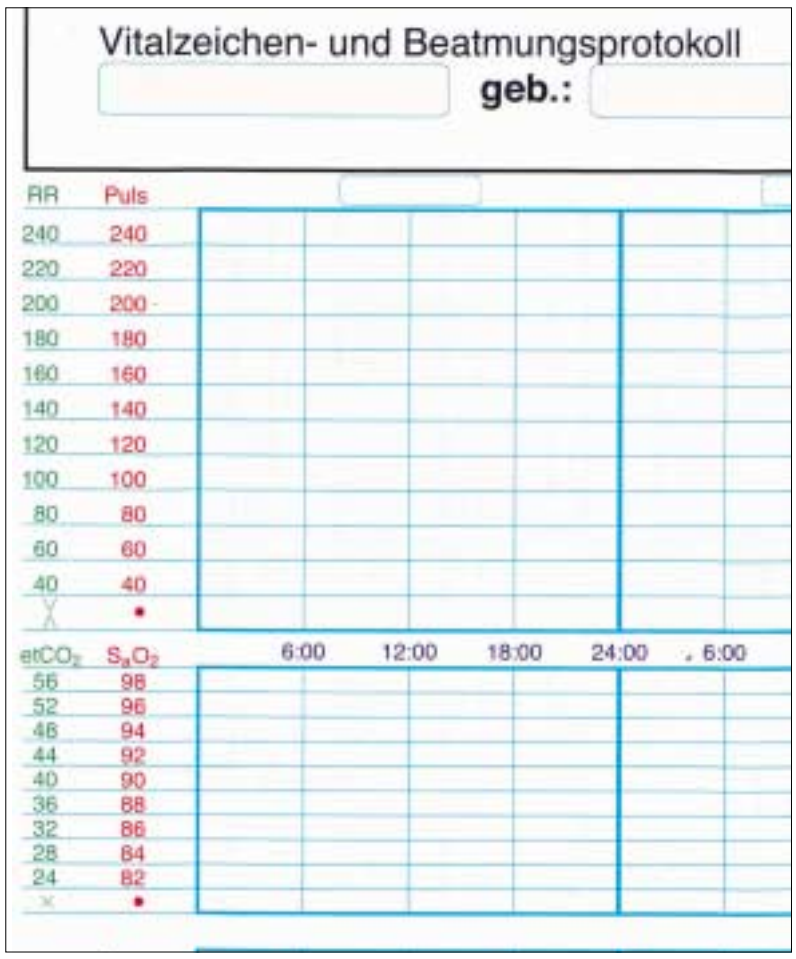
Einwandfrei aufschreiben

Werkstattbericht: Qualitätszirkel erarbeitet Dokumentationsbögen, die an Sicherheit und Effizienz ausgerichtet sind

Dokumentation, was ist das überhaupt? Dokumentation kann vieles sein, eine Reportage im Hörfunk zum Beispiel, ein Dokumentarfilm im Fernsehen oder Internet, ein Handbuch für ein technisches Gerät, Software oder auch eine Aufzeichnung in schriftlicher Form, als Ton- oder Bildaufzeichnung auf Magnetband oder CD, die dem Zweck des Nachweises oder eines Protokolls genügen. Hieraus ergibt sich, dass Dokumentation an vielen Stellen durchgeführt wird, z.B. in Bibliotheken, Archiven oder auch fachspezifischen Einrichtungen wie DIMDI (www.dimdi.de).

Uns geht es hier um Dokumentation, welche einen schriftlichen Nachweis erbringt.

Warum dokumentieren wir überhaupt? Warum kann man nicht alle auftretenden Ereignisse einfach auf ein schön gestaltetes Stück Papier in der Reihenfolge ihres Auftretens niederschreiben? Bei dieser Frage wird der Unterschied zwischen einfacher Aufzeichnung und Dokumentation deutlich. Die Dokumentation dient vor allem dem gezielten Auffinden der abgelegten Objekte. Bei diesen Objekten handelt es sich um Aufzeichnungen mit klar definiertem Informationsgehalt. Eine Dokumentation bildet also eine Struktur, um ein abgelegtes Objekt zuverlässig wieder zu finden.



Ausschnitt aus einem Dokumentationsbogen für die außerklinische Intensivpflege.

Abbildung: Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH

Anforderungen an Pflegedokumentation

Diese Gesichtspunkte und dieses Verständnis von Dokumentation war für uns der Anlass, unsere Patientendokumentation zu überprüfen. Selbstverständlich gab es auch bei uns schon immer eine Struktur in der Dokumentation. Es wurde zwischen Pflegeplanung, Pflegebericht, Leistungsnachweisen, Anordnungen und Überwachung unterschieden. Diese waren wiederum unterteilt. Der Leistungsnachweis gliederte sich nochmals in Behandlungspflege, Grundpflege, Hauswirtschaft und Aktivitäten. Aber war die Anwendung dieser einzelnen Arbeitsblätter effizient? Konnte man alle wichtigen Informationen schnell und einfach wieder finden? War eine Beurteilung der Pflegesituation und der Vitalzeichen unserer Patienten auf einen Blick möglich?

Fast noch wichtiger für den pflegerischen Alltag war die Frage: Ist die grundsätzliche Vorgehensweise, Aufzeichnungen zu führen, kurz und prägnant?

Für die Analyse und gegebenenfalls auch Verbesserung der Dokumentation wählten wir die Form eines Qualitätszirkels. Qualitätszirkel stammen ursprünglich aus Japan, wurden in den sechziger Jahren in den USA und seit den achtziger Jahren auch in Deutschland genutzt. Hierbei treffen sich regelmäßig Mitarbeiter gleicher Erfahrungsgrundlage unter Anleitung eines Moderators, um Arbeitsabläufe zu analysieren und Lösungen für erkannte Probleme zu erarbeiten. Vorteil für den Arbeitgeber: Er partizipiert an der umfangreichen Erfahrung einzelner Mitarbeiter und es können rasch individuelle Lösungen erarbeitet werden.

Koordination des Qualitätszirkels

Nach der Ankündigung dieses Qualitätszirkels fanden sich schnell engagierte Mitarbeiter aus den verschiedenen Niederlassungen und Bereichen. Durch die gezielte Auswahl der Mitarbeiter hatten wir nicht nur den Bereich Erwachsenenkrankenpflege sondern auch den Bereich Kinderkrankenpflege in der Runde sitzen. Alle Mitarbeiter waren außerdem bei unterschiedlichen Patienten eingesetzt, so dass eine umfassende Meinungsbildung möglich war und verschiedene Anforderungsprofile abgedeckt werden konnten.

Ein nicht zu vernachlässigendes Problem bei derartigen Projekten ist die Kommunikation. Da es erhebliche Entfernung zwischen den einzelnen Niederlassungen gibt und wir den Kollegen keine mehrstündige An- und Abfahrt für ein Meeting von etwa ein bis zwei Stunden Dauer zumuten wollten, waren andere Lösungen gefragt. Wir fanden sie schließlich in Skype (www.skype.com), einer kostenlosen Kommunikationslösung für Internettelefonie, die auch die Möglichkeit einer Konferenzschaltung anbietet. Sehr praktisch war hierbei, dass sich über dieses Protokoll auch Dateien austauschen ließen, so dass alle Teilnehmer mit entsprechenden Unterlagen versorgt werden konnten.

Entwicklung einer angemessenen Dokumentation

Nach einer ersten Analyse der bestehenden Dokumentation und deren Strukturen war klar, dass Änderungen möglich und nötig waren.

Dies betraf vorwiegend den Inhalt, aber auch die Form. Besonders deutlich wurde das Problem der doppelten Dokumentation ein und desselben Vorgangs. Zum Beispiel war in dem zuvor gültigen Dokumentationssystem der Vorgang des Absaugens Bestandteil der Aufzeichnung der Vitalparameter, ebenso tauchte die Pflegehandlung aber auch bei den Leistungsnachweisen zur Behandlungspflege auf. Natürlich waren beide Einträge jeweils mit dem Handzeichen der ausführenden Pflegekraft versehen.

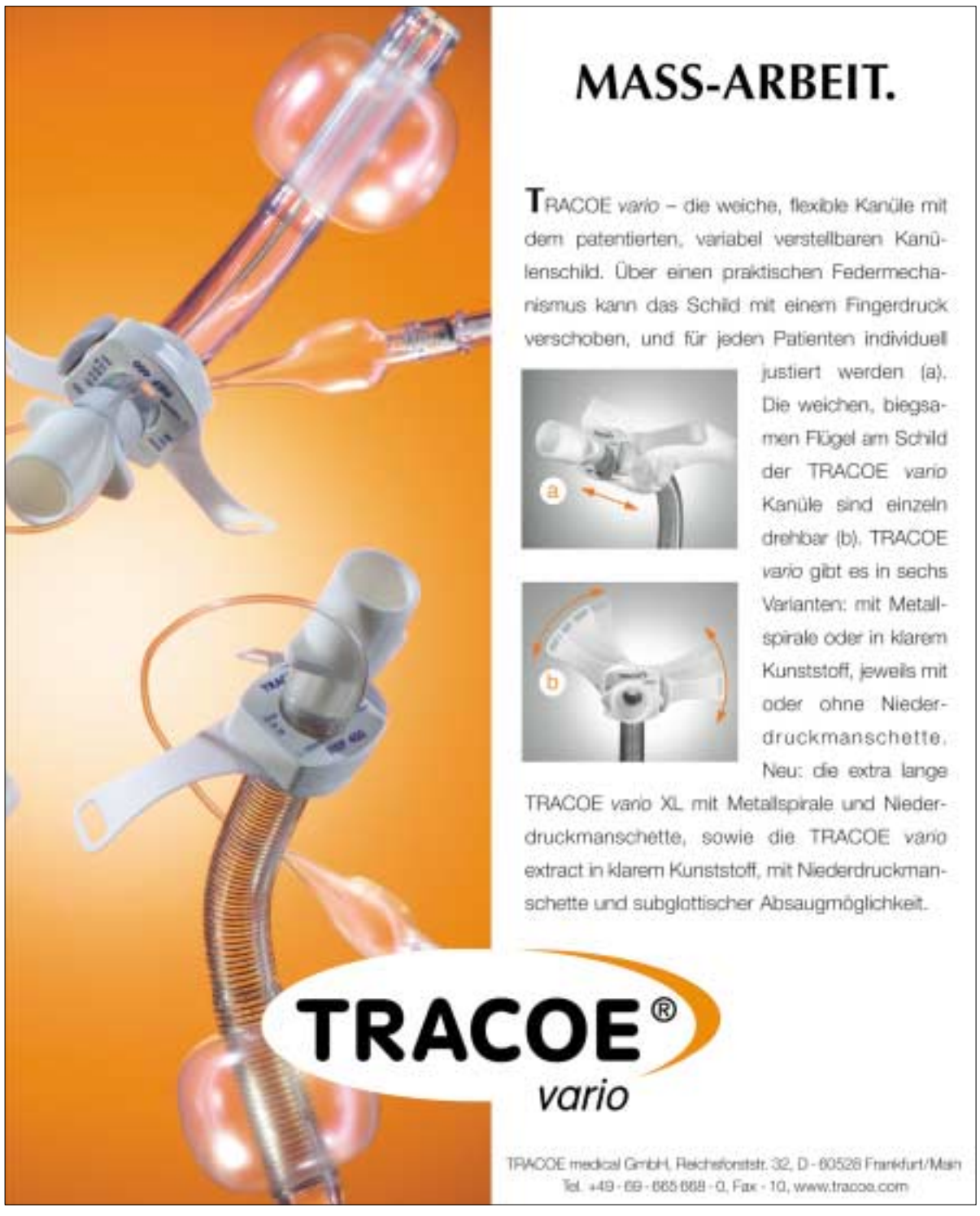
Unklar war in der Arbeitsgruppe zunächst, welchen Prämissen man folgen sollte, um eine Vereinfachung zu erreichen.

Die Überlegung musste also sein: Wie kann man die Dokumentation derart vereinfachen, dass sie den Ansprüchen des medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen genügt, gleichzeitig aber eine Entbürokratisierung bedeutet? Für viel Diskussionsstoff sorgte dabei das spezielle Fachgebiet der außerklinischen Intensivpflege. Insbesondere die Vitalzeichenkontrollen und ihre Abbildung im Dokumentationssystem beschäftigten den Qualitätszirkel.

Im Zentrum standen folgende Fragen:

Wie häufig muss man Vitalzeichen kontrollieren? Müssen Pflegende die erhobenen Werte jedes Mal notieren? Sind die Beatmungsparameter mehrmals pro Schicht zu erfassen oder nur einmal? Sind Absaugvorgänge auch unter dem Leistungsnachweis zu erfassen, wenn die erbrachte Leistung bereits eindeutig aus der Dokumentation der Vitalzeichen hervorgeht? Spätestens hier wurde den Mitgliedern des Qualitätszirkels klar, dass eine Recherche bereits existierender Standards und der gesetzlichen Vorgaben nötig sein würde, um zu verwertbaren und vor allem juristisch belastbaren Ergebnissen zu kommen.

Die Dokumentation in ambulanten Pflegeeinrichtungen wird häufig nur mit Blick auf zu erwartende Prüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherungen (MDK) bearbeitet. Das bedeutet in der Praxis, die Pflegenden dokumentieren lieber zu viel als zu wenig.



Pflicht zur Dokumentation

Die Verpflichtung zur Führung einer Pflegedokumentation ergibt sich aus §80 Abs.1 SGB XI; §75 SGB XI und §85 Abs. 3 SGB XI. Im Rahmenvertrag gemäß §75 Abs. 1 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung ist unter §13 vorgeschrieben: "Der Pflegedienst hat auf der Grundlage der Qualitätsvereinbarung nach §80 SGB XI ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten. Die Pflegedokumentation ist sachgerecht und kontinuierlich zu führen und umfasst u.a. die Pflegeanamnese, die Pflegeplanung, den Pflegebericht, Angaben über den Einsatz von Hilfsmitteln und Angaben über durchgeführte Pflegeleistungen. Aus den Unterlagen der Pflegedokumentation muss jederzeit der aktuelle Verlauf und Stand des Pflegeprozesses ablesbar sein."

Dass sich bereits andere Arbeitsgruppen Gedanken über den Umfang und die Zweckmäßigkeit einer Pflegedokumentation gemacht hatten, erschloss sich unserem Kreis nach dem Studium des Projekts "Entbürokratisierung der Pflegedokumentation" im Auftrag des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (www.stmas.bayern.de/pflege/stationer/entbuero.htm). Hier ging es um die Bürokratie in Pflegeheimen. Das Motto lautete: "Menschen pflegen statt verwalten".

Nach unserer Meinung war es durchaus sinnvoll, einzelne Anregungen dieses Projekts in unseren ambulanten Intensivpflegebereich zu übernehmen. Gleichzeitig wurde jedoch auch klar, dass von der bisher verwendeten Pflegedokumentation nichts übrig bleiben würde, wenn wir diesem Konzept strikt folgen würden. Das würde bedeuten, wir müssten auch Bereiche umkrempeln, die wir vorher schon vereinfacht hatten oder von deren Korrektheit und Einfachheit wir überzeugt waren. Die Konsequenz wäre gewesen, nur noch minimalen Gewinn aus einem hohen Aufwand schöpfen zu können. Da dies der Gruppe wenig sinnvoll erschien, konzentrierten wir uns ab diesem Zeitpunkt auf die Aufzeichnungen mit dem vermeintlich größten Potential an Verbesserungen – die Überwachungsbögen und Vitalzeichenprotokolle.

Foto: Andreas Walle (http://walle.net)

Die tägliche Dokumentation dient der juristischen Absicherung der Pflegenden. Das Ausfüllen der Bögen ist eine Routineaufgabe und soll deshalb effizient geschehen. Diese fast gegensätzlichen Ansprüche lassen sich nur mit einem durchdachten System befriedigen, in dem Redundanzen keinen Platz haben.

Vereinfachung der Vitalzeichenprotokolle

Die bisherigen Aufzeichnungen erfolgten in tabellarischer Form.

Dies ist erfahrungsgemäß für die meisten Menschen nicht die geeignete Darstellung, aus der sie Veränderungen auf einen Blick zu erfassen oder interpretieren können. Auch auf Intensivstationen findet sich diese Art der Vitalzeichenerfassung meist nicht.

Insbesondere die Thesen der oben zitierten Arbeit "Hunderte von Handzeichen = Trügerische Sicherheit", "Maßnahmenbestätigung (kein Einzelleistungsnachweis mehr)" sowie "Die Abweichung, nicht die Regelsituation wird dokumentiert" führte in unserem Qualitätszirkel zur kritischen Überprüfung der vorhandenen Dokumentation.

Es entsprach der Realität, dass jede Eintragung mit einem Handzeichen abgezeichnet wurde.

Ebenso wurden einzelne Maßnahmen abgezeichnet, vom Absaugvorgang bis zur Lagerung.

Zum Schluss der Überlegungen diskutierte der Qualitätszirkel die prinzipiell notwendige Häufigkeit der Dokumentation. Dahinter steht aus Sicht der Pflegenden die ängstliche Frage: Wie oft muss ich dokumentieren, um rechtlich abgesichert zu sein? Wir haben versucht, uns an dem Leitgedanken "Die Abweichung, nicht die Regelsituation wird dokumentiert" zu orientieren. Daraus entstand eine Darstellung auf dem von uns erarbeiteten Dokumentationsbogen, nach dessen Legende kein festes Dokumentationsintervall vorgegeben ist. Stattdessen nehmen die Pflegenden grundsätzlich auf den (veränderlichen) Zustand und die Bedürfnisse des Patienten Rücksicht. Hierbei spielt natürlich auch eine Rolle, dass die Patienten in der außerklinischen Intensivpflege in der weitaus überwiegenden Zahl der Fälle bereits einen mehrmonatigen Krankenhausaufenthalt hinter sich gebracht haben. Die meisten Parameter haben sich während dieser Zeit stabilisiert und der Patient ist sowohl an die maschinelle Beatmung als auch an die Art der Ernährung adaptiert und gilt weitgehend als austherapiert.

Diese Gedankengänge liefen auf das Ziel hinaus, einzelne Beatmungs- und Kreislaufparameter so zusammenzufassen, dass sie einmal pro Schicht mit einem Handzeichen abgezeichnet werden konnten. Aber auch Aussagen über das Trachealsekret, die Maßnahmen zur Lungenpflege sowie über die Wundverhältnisse des Tracheostomas sollten diesen Ansprüchen genügen.

Grafik verbessert die Übersicht

Nach diversen Vorschlägen sowie einer umfassenden Durchsicht verschiedener Intensivkurven wurde deutlich, dass die auf Intensivstationen häufig übliche grafische Form am besten geeignet sein würde. Ebenso schnell wurde klar, dass man Papier im DIN A3-Format benötigen würde, um alle Parameter übersichtlich auf einem Blatt darzustellen.

Deshalb war es folgerichtig, die Rückseite des Dokumentationsbogens ebenso sinnvoll zu füllen. Dies bot die Gelegenheit, sich auf elegante Weise von dem ehemals verwendeten Lagerungs- und Bilanzprotokoll zu verabschieden. Zusätzlich brachten wir auch die Einschätzung und Dokumentation des Hautzustands in Form der Norton-Skala dort unter.

Dieser Dokumentationsbogen wurde zunächst für sechs Monate in einer Niederlassung getestet.

Bereits die anfängliche Resonanz war überraschend positiv. Dies hing den Umfragen nach damit zusammen, dass das Erscheinungsbild weitgehend einer Dokumentation entspricht, wie sie in der stationären Intensivpflege üblich ist. Die Umstellung oder der Neueinstieg auf das entwickelte System fällt also leicht.

Dokumentation für Kinder

Die Kurve genügte allerdings in den wenigsten Fällen den Ansprüchen, die an eine Kinderkurve zu stellen sind. Das hängt damit zusammen, dass bei der Pflege von beatmungspflichtigen Kindern einige Werte wesentlich häufiger zu erfassen sind.

So sind die Änderungen der Beatmungsparameter wesentlich häufiger vorzunehmen und entsprechend zu dokumentieren.

Auch die große Flexibilität für frei verfügbare, regelmäßige Eintragungen fehlte. Es war z.B. unmöglich, das An- und Ablegen von Schienen oder Hörgeräten sinnvoll zu erfassen. Die Kinderschwestern empfahlen, ein separates Vitalzeichen- und Beatmungsprotokoll zu erstellen, das auf diese speziellen Bedürfnisse zugeschnitten ist, die von der Erwachsenendokumentation nicht zu erfüllen waren. Deshalb werden wir uns in einem weiteren Qualitätszirkel der Erstellung einer Kinderdokumentationskurve widmen.

Einheitlichkeit garantieren

Die letzte Hürde war die Erstellung einer unternehmensweit einheitlichen Legende. Hierzu haben wir festgelegt, welche Farben, Symbole oder Eintragungen die Pflegenden verwenden müssen, um ein einheitliches Aussehen und damit auch eine rasche Erfassung und Beurteilung aller Parameter zu garantieren. Nicht vergessen sollte man, dass die Neugestaltung einer Dokumentationskurve einmal abgeschlossen werden muss, jedoch auch von der Beurteilung und ständigen Verbesserung all derer lebt, die damit arbeiten. So sind wir uns sicher, dass es in nicht allzu ferner Zukunft eine neue, wenn auch vielleicht nur wenig verbesserte Version geben wird, die unseren gewachsenen Ansprüchen noch exakter entsprechen wird.

Dieter Weber,
Fachkrankenpfleger für
Anästhesie und Intensivmedizin

Außerklinische Langzeitbeatmung – seit 25 Jahren

Als erstes Unternehmen in Deutschland haben wir 1982 damit begonnen, Langzeitbeatmungspflichtige Personen mit unterschiedlichen 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 Fachkreisen verschiedener Fachkliniken entwickelt (z.B. Querschnitt, Anästhesie, Neurologie, Pädiatrie).

Unsere Leistungen:

- Information und Beratung für Betroffene, Angehörige, Ärzte, Pflegepersonen, Sozialdienste und Kostenträger
- Konzeption der ganzheitlichen außerklinischen Versorgung und Betreuung
- Beratung bezüglich der Auswahl geeigneter Hilfsmittel
- Hilfestellung bei der Organisation der außerklinischen Betreuung
- nachstationäre begleitende Betreuung
- technischer Service und 24-Stunden-Notdienst

Wir liefern:

- Phrenicusstimulatoren (PNS), sogenannte „Atemschrittmacher"
- Geräte zur unterstützenden und kontrollierten Beatmung (Druck, Volumen)
- Geräte zur Unterdruckbeatmung
- Meß- und Überwachungsgeräte, Absauggeräte
- sämtliche Zubehör- und Verbrauchsmaterialien für Beatmung

BÖRGEL GmbH

Beatmungsmedizinische Dienstleistungen und Technik

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

Den Schritt aus der Klinik vorbereiten

Casemanager des Gautinger "Kooperationszentrums Chronische Ateminsuffizienz" (KCA) organisieren die Überleitung beatmeter Menschen in die nachstationäre Pflege

Während die Entlassung vieler selbständiger Patienten keine Probleme bereitet, benötigt die Vorbereitung der Entlassung von invasiv beatmeten Patienten häufig mehrere Wochen. Organisiert werden muss ein in der Beatmungspflege qualifizierter Pflegedienst bzw. eine Pflegeeinrichtung. Auch die ärztliche Versorgung gestaltet sich schwierig – nur wenige Ärzte sind mit den besonderen Anforderungen und Problemen der Patienten ausreichend vertraut.

In Deutschland werden mehrere tausend Patienten außerklinisch, d.h. im häuslichen Umfeld bzw. in Pflegeeinrichtungen, beatmet und betreut. Die Versorgung stellt häufig an Betroffene, Angehörige und Pflegekräfte hohe Anforderungen.

Die Einstellung auf die Beatmung erfolgt regelhaft während eines stationären Aufenthalts in einer Klinik. Hilfsmittel müssen – individuell ausgewählt und möglichst frühzeitig – verordnet werden.

Ein weiteres Problem ist die Klärung der Kostenübernahme für die poststationäre Versorgung. Hier sind oft Gespräche mit Kranken- und Pflegekasse, ggf. auch dem Sozialamt erforderlich.

Für die Organisation einer umfassenden Versorgung der schwer kranken Patienten bietet das "Kooperationszentrum Chronische Ateminsuffizienz" (KCA) seine Hilfe an. Primäres Ziel ist es, die poststationäre Versorgung von langzeitbeatmeten Patienten zu verbessern.

Dieses Ziel wollen wir durch die Arbeit an einem Netzwerk erreichen, das sowohl Patienten als auch Angehörige, Interessensverbände, Kliniken, niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste, Industrie und auch die Kostenträger einschließt. Im Zentrum unserer Bemühungen stehen der Patient und seine Familie.

Die eingehende Beratung der Angehörigen nimmt einen großen Platz im Aufgabenspektrum eines Casemanagers ein. Vor der Entlassung in die außerklinische Versorgung ist es notwendig, die Mitglieder der betroffenen Familie sehr detailliert über die Bedingungen der häuslichen Pflege aufzuklären.

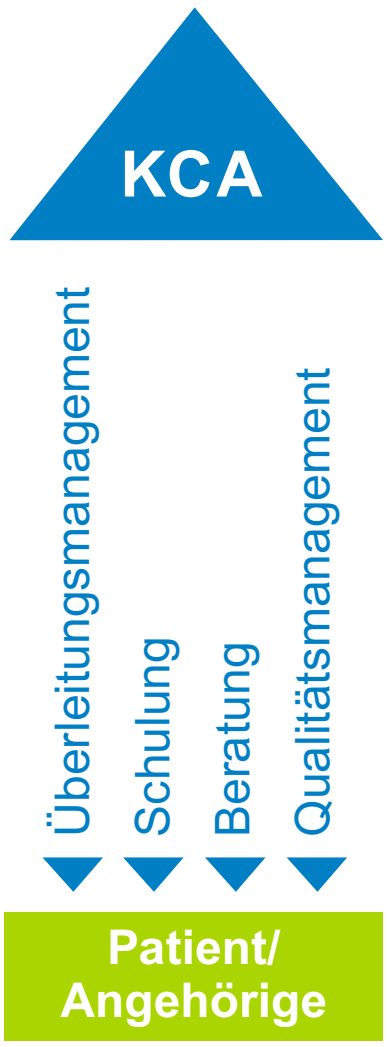
Foto: Andreas Walle (http://walle.net)

Tätigkeiten des KCA

Überleitmanagement

Mithilfe eines ausgearbeiteten Casemanagements stellt das KCA die Organisation und Koordination der qualifizierten Entlassung des Patienten in das häusliche Umfeld sicher. Zu den Aufgabenbereichen gehören u.a. die Klärung der Finanzierung, die Organisation der häuslichen Pflege, die Hilfsmittelversorgung sowie die Vernetzung aller Personen und Dienstleister, die an der Versorgung des Patienten beteiligt sind.

Der Casemanager ist vom Tag der Aufnahme des Patienten in die Klinik in das Procedere involviert, bündelt alle nötigen Informationen und fungiert als Ansprechpartner für alle Personen und Institutionen, die mit der Behandlung, Betreuung sowie Ausstattung des Patienten befasst sind. Eine qualitativ hochwertige Versorgung des Patienten durch die enge und reibungsfrei koordinierte Zusammenarbeit aller



Beteiligten ist von der Aufnahme bis zur Entlassung auch unter der Berücksichtigung wirtschaftlicher Aspekte zu organisieren.

Dazu nimmt der Casemanager regelmäßig an den Visiten teil. Er führt ein Assessment mittels standardisierter Aufnahmebögen zur möglichst vollständigen Erfassung der Gesamtsituation und der Ressourcen des Patienten durch. Die ausgiebige Datenerhebung erlaubt schließlich unter Einbeziehung von Patient und Angehörigen sowie in Absprache mit den Ärzten die weitere Planung. Dabei ist z.B. zu klären, ob eine Rehabilitation oder eine häusliche bzw. stationäre Versorgung dem jeweiligen Zustand sowie den prognostischen Erwartungen am ehesten angemessen sind.

Wenn eine Rehabilitation nicht angebracht ist, oder von den Beteiligten nicht gewünscht wird, beginnt der Casemanager umgehend, die Voraussetzungen für eine häusliche oder stationäre Versorgung zu prüfen.

Um die häusliche Versorgung überhaupt in Erwägung ziehen zu können, ist vorab zu klären, ob der Patient aus medizinischer Sicht stabil genug für das Leben im häuslichen Umfeld ist und ob die Angehörigen bereit und in der Lage sind, eine Pflege zu Hause zu ermöglichen. Wenn diese Form der Betreuung geeignet erscheint, erfüllt der Casemanager eine zentrale Funktion in der Koordination der Überleitung.

Zu den Aufgaben zählen u.a.:

- Beratung der Angehörigen über eventuell nötige Umbaumaßnahmen in der Wohnung, im Bedarfsfall auch durch eine Besichtigung vor Ort
- Information über notwendige Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel und Organisation der entsprechenden ärztlichen Verordnungen
- Einschaltung eines in Wohnortnähe tätigen und in Beatmungspflege erfahrenen Pflegedienstes
- Vorbereitung der Behandlungspflegeverordnung vor
- Weitergabe aller patientenrelevanten Daten

GEPFLEGT DURCHATMEN

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

Bitte ankreuzen ☐ dienstlich ☐ privat

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 - 66 59 32 30

Sie können das Abonnement auch gern per E-Mail bestellen:
info@heimbeatmung.com

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

- Koordination des Entlassungstermins
- Organisation der Schulung der pflegenden Angehörigen
- Angehörigenarbeit in Form psychosozialer Begleitung.
- Koordination der medizinischen Übergabe vom Klinikarzt zum Haus- bzw. Facharzt vor der Entlassung
- Koordination der Pflegeübergabe zwischen Pflege- oder Weaningteam der Klinik zum ambulanten Pflegedienst.

Soll der Patient in ein Pflegeheim verlegt werden, übernimmt der Casemanager ebenfalls die Koordination der nahtlosen Überleitung. In diesem Fall sind folgende Aufgaben zu erfüllen:

- Suche eines Pflegeplatzes in einem möglichst wohnortnahen Pflegeheim, dessen Mitarbeiter Erfahrung in der Betreuung von heimbeatmeten Patienten besitzen
- Einleitung der Kostenübernahme
- Abstimmung des Hilfsmittelbedarfes mit dem Ansprechpartner im Pflegeheim und Veranlassung der entsprechenden ärztlichen Ver-ordnungen
- Weitergabe aller relevanten Patientendaten und Arztbriefe (mit Einverständniserklärung des Patienten)
- Koordination eines Verlegedatums.

Das zentrale Problem bei der Suche nach einem geeigneten stationären Pflegeplatz ist die Tatsache, dass bisher nur wenige Pflegeheime über das Wissen, die Erfahrung und die Mitarbeiterstruktur verfügen, um einen beatmeten Patienten sachgerecht zu versorgen.
Deshalb müssen die Patienten oft in weiterer Entfernung von ihren Angehörigen untergebracht werden.

Zur Entlassung aus der Klinik koordiniert der Casemanager u.a.:

- Den Transport
- Die zeitgerechte Lieferung der Hilfsmittel an den künftigen Wohnort des Patienten
- Die Anwesenheit einer qualifizierten Pflegekraft zu Hause/im Pflegeheim
- Die Information an den Hausarzt.

Alle Patienten erhalten am Entlassungstag ein **Patiententagebuch** ausgehändigt, in dem allgemeine Informationen zur Beatmung, physiologische Messparameter und Maschineneinstellungen, Arztbriefe, Telefonnummern der Ansprechpartner und ein Vordruck zur Problemerfassung bei der Beatmung enthalten sind.

Nach Entlassung ist der Casemanager weiterhin zuständig für:

- Überwachung der Betreuung durch Besuche und Telefonate zur Vermeidung bzw. Erkennung von sich einschleichenden Fehlern bzw. Komplikationen
- Als Supportangebot für Angehörige, Pflegedienste und Pflegeheime
- Beratung bezüglich Finanzierungsfragen
- Beratung bei speziellen Fragen (z.B. Reisen, Berufstätigkeit)
- Psychosoziale Beratung und Begleitung.

Eine enge Zusammenarbeit zwischen Casemanagern, Ärzten, Therapeuten, Behörden, Pflege- und Krankenkassen, Pflegeheimen, ambulanten Diensten, Hilfsmittelfirmen, Sanitätshäusern, Hausärzten und Beratungsstellen ist die Voraussetzung für ein gutes Casemanagement.

Schulung
Das Angebot des KCA umfasst die Schulung aller Personen, die an der Betreuung langzeitbeatmeter Patienten beteiligt sind. Außerdem haben wir die Weiterbildung "Pflege von Menschen mit Beatmung außerhalb von Intensivstationen" für Pflegepersonal entwickelt. Wir bieten ebenfalls Schulungen für Patienten und ihre Angehörigen sowie die Mitarbeitern der Home-Care-Industrie und Physiotherapeuten an. Die Weiterbildung "Pflege von Menschen mit Beatmung außerhalb von Intensivstation" ist gemäß den Richtlinien des "Arbeitskreises Heimbeatmung und Respiratorentwöhnung e.V." konzipiert. Sie wurden in Kooperation mit dem Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) entwickelt. Der Kurs soll professionell Pflegende zu sach- und fachkundiger Pflege heimbeatmeter Menschen befähigen – sowohl in deren eigener Häuslichkeit als auch in stationären Pflegeeinrichtungen.
Inhalte der Weiterbildung sind u.a.: Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie der Atmung, Krankheitsbilder, die zur respiratorischen Insuffizienz führen, Beatmungstherapie und -überwachung, spezielle Pflegeprobleme und Notfallmanagement, Gerätekunde und -technik, Medizinproduktegesetz, Leistungsrecht und Rehabilitation.
Die Weiterbildung findet berufsbegleitend statt. Die Teilnehmer absolvieren zwei Theoriewochen und 15 Hospitationstage.
Der Kurs endet mit einer Facharbeit und einer mündlichen Prüfung. Die Teilnehmer erhalten die erfolgreiche Teilnahme mit einem Zertifikat bestätigt.
Die Weiterbildungskosten belaufen sich (2007) auf 1550 Euro (zuzüglich MwSt). Mitglieder des DBfK erhalten bei Nachweis der Mitgliedschaft eine Ermäßigung von 15 Prozent.
Die Fortbildung "Heimbeatmung für Home-Care-Firmen im Bereich Respiratory Care" dient dem Erwerb von Grundlagenkenntnissen in der Beatmungstherapie. Neben Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie der Atmung sowie Krankheitsbildern vermitteln unsere Dozenten in diesem Kurs Kenntnisse über Beatmungsmodi, Beatmungsparameter sowie die Überwachung der Therapie. Die Fortbildung dauert eine Woche und kostet derzeit 1350 Euro (zuzüglich MwSt).
Einmal jährlich bieten wir in Zusammenarbeit mit dem Berufsverband der Physiotherapeuten eine 2-tägige Weiterbildung an (weitere Infos sind über den Berufsverband erhältlich).
Patienten- und Angehörigenschulungen finden mehrmals wöchentlich statt. Sie sind kostenfrei. Das Angebot soll den Betroffenen helfen, ihre Erkrankung zu verstehen und dadurch seelisch und geistig besser bewältigen zu können. Neben der theoretischen Schulung findet (sofern es von den Teilnehmern gewünscht ist) eine praktische Schulung in Beatmungspflege am Patientenbett statt.
Es ist das Ziel dieser Schulungen, den Patienten und ihren Angehörigen alle notwendigen Informationen bezüglich Beatmung, Hygienerichtlinien und Notfallmanagement auf adäquate Weise zu vermitteln.

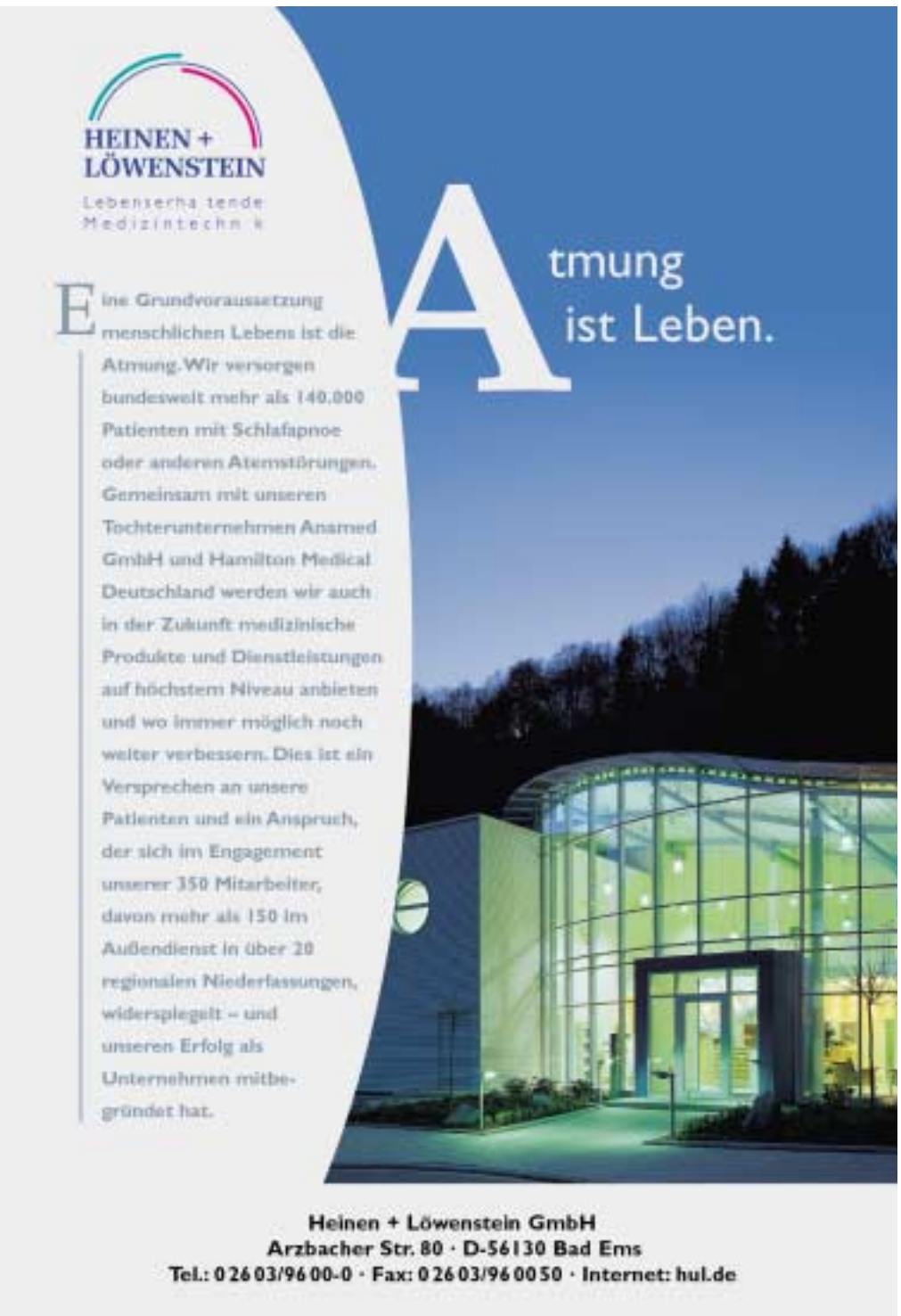
Qualitätsmangement
Das Qualitätsmanagement versteht sich in erster Linie als eine Hilfestellung bei der Erstellung von Behandlungs- und Pflegestandards für die außerklinische Beatmung. Diese Standards bieten eine wichtige Orientierung im Ablauf der sehr komplexen Versorgungen. Sie richten sich einerseits an alle Personen, die mit der Betreuung befasst sind und geben andererseits den Kostenträgern die Möglichkeit, den sächlichen und finanziellen Aufwand zu verifizieren. Die Standards werden in Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegekräften festgelegt und regelmäßig überarbeitet. Als Grundlage dienen auch die von der Arbeitsgemeinschaft für Heimbeatmung herausgegebenen Richtlinien.
Information
Dieser Arbeitsschwerpunkt umfasst die Information sowie Beratung von Betroffenen, Angehörigen, Pflegenden, Ärzten und anderen Fachkräften, die an der Betreuung langzeitbeatmeter Patienten beteiligt sind.
Derzeit wird das Angebot in erster Linie angenommen von:

- Stationären/ambulanten Pflegedienstleistern, die den Bereich Beatmung in ihr Angebot aufnehmen wollen und dazu Support benötigen
- Krankenkassen, MDK, Ärzte, Sozialdienste, die Unterstützung beim Überleitmanagement benötigen
- Ehemalige Patienten und deren Angehörige, die Klärungsbedarf bei Fragen z.B. zu Finanzierung, Hilfsmittel, Verbrauchsmaterialien bis hin zu Pflegestandards haben.

Die Mitarbeiter des KCA
Anne Mosbauer,
Diplomsozialpädagogin;
Weiterbildungen in:
Klientenzentrierter Gesprächsführung, Sozialmanagement/Organisationsentwicklung, QM-Beauftragte
Schwerpunkt:
Überleitmanagement, Casemanagement, Beratung intern/extern, Finanzierung, Dienstleister
Dusan Dovecar,
Krankenpfleger;
Weiterbildung zum Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin
Schwerpunkt:
Netzwerkmanagement, Beratung intern/extern, Beatmungspflege

Kontakt
Kooperationszentrum
Chronische Ateminsuffizienz
Asklepios Fachkliniken
München-Gauting
Robert-Koch-Allee 2
82131 Gauting
A. Mosbauer
Tel.: 089/857 91 94 63
D. Dovecar
Tel.: 089/857 91 94 60
E-Mail:
kca.gauting@asklepios.com

Anne Mosbauer,
Diplom-Sozialpädagogin



In ein besonderes Leben wachsen

Die Pflege eines behinderten Kindes verändert die Familie: Die Schriftstellerin Monika Feth spricht über Krankheit, Trauer und Liebe

"In meinen Büchern beschreibe ich nicht die heile Welt, denn die gibt es nicht", sagt Monika Feth. Furchtlos nähert sie sich den Themen Krankheit, Behinderung und Tod und entwickelt darüber Geschichten, die den Leser mitnehmen und ganz sanft an einer anderen, aufregenden Stelle seines Erkenntnisweges absetzen. Dies gelingt, weil die Autorin nicht kühl beobachtet, sondern mit tiefer Achtung vor dem Menschen schreibt und statt Antworten zu liefern, Fragen zu stellen weiß. So behutsam hat Monika Feth in "Fee – Schwestern bleiben wir immer" das Portrait eines Mädchens gezeichnet, das an der erblich bedingten Erkrankung Mukopolysaccharidose verstirbt.

Monika Feth findet die Themen für ihre Bücher bei Menschen, deren Leben nicht glatt läuft. Foto: privat

Was passiert in einer Familie, wenn eines der Kinder unheilbar chronisch krank wird und die Eltern beschließen, es daheim zu versorgen?

Zuerst muss jedes Mitglied der Familie begreifen, dass da jemand krank geworden ist. Das bedeutet, das gesamte Leben stellt sich um. Oft ist eine sehr intensive Pflege notwendig. Besonders die Geschwisterkinder können die Folgen nur schwer überblicken. Sie sind genötigt, zu verstehen, dass sie nicht mehr an erster Stelle stehen, ganz grundsätzlich nicht. Es wird vollkommen zu Recht immer das kranke Kind Vorrang haben, denn wenn dessen Bedürfnisse nicht erfüllt werden, droht dem Kind Schaden. Eltern, denen dieses Problem bewusst ist – und das sind wohl die meisten, die ein so krankes Kind zu sich nach Hause nehmen – werden die Spannungen aufzufangen wissen. Trotzdem entsteht nahezu zwangsläufig in den Geschwisterkindern das Gefühl, zurückgesetzt zu sein. Sie empfinden darüber vielleicht Wut, dürfen sie aber nicht zeigen, weil die Moral sie zwingt, dem kranken Geschwisterkind gegenüber besonders rücksichtsvoll zu sein.

Gibt es denn überhaupt eine Möglichkeit, diese Eifersucht zu überwinden oder lässt sie sich nur bezähmen?

Ich weiß von den Eltern des Mädchens, über das ich das Buch "Fee" geschrieben habe, dass nur wenige Familien mit dieser Situation fertig werden. Es ist also überhaupt nicht die Regel, dass eine Familie intakt mit einer solchen schweren Pflegeaufgabe zurecht kommt. Wenn die Familie den Druck tatsächlich aushält, zerbricht sie manchmal am Tod des Kindes. Sie findet oft keinen Weg, die Trauer gemeinsam zu bewältigen. Ich habe einige Geschwisterkinder aus verschiedenen Familien getroffen und von ihnen gehört, dass die Liebe zu der Schwester oder dem Bruder eine ganz große Rolle spielt. Das Getriebensein wird man vermutlich nie ganz ablegen können, aber bestimmt liebt man einen kranken Bruder oder eine kranke Schwester auf eine besondere Art. Viele Dinge kann man deshalb besser wegstecken. Nach einer Lesung kam mal eine junge Frau auf mich zu, deren Schwester, so wie Fee, an MPS (Mukopolysaccharidose) erkrankt war. Sie hing wahnsinnig an ihrer Schwester und erzählte mir, eine starke Ambivalenz gespürt zu haben. Einerseits hasste sie die Schwester manchmal dafür, dass sie sich in den Vordergrund drängte, andererseits empfand sie tiefe Liebe für sie, die so hilflos war. Diese Frau fand übrigens auch, dass ihre Schwester über eine unglaubliche Stärke verfügte, und ihr damit mehr gab, als es vielleicht eine gesunde Schwester getan hätte.

Es fällt auf, dass in ihrem Buch "Fee" die Schwester der Kranken, Claire, ein sehr eifersuchtsloser Mensch ist. Halten sie diesen Wesenszug für exemplarisch?

Nein. Ich denke, dass diese Figur ein besonderer Mensch ist. Ich habe lange über die Konzeption nachgedacht und glaube, dass ich als Schriftstellerin auch das Recht habe, die Schwierigkeiten einer Situation zu entzerren. "Fee" ist ein Jugendbuch und es kommen ganz viele schlimme Dinge darin vor. Ich muss nicht noch die Familie zerbrechen lassen. Damit wäre der Bogen überspannt worden. Ich halte es aber für denkbar, dass man genau so miteinander lebt, wie ich es beschrieben habe.

Angehörige stehen in diesen Zeiten unter einer sehr starken Spannung, die zunächst unauflösbar wirkt. Wo sehen sie Kraftquellen, die helfen, damit umzugehen?

Bei den Menschen, mit denen ich gesprochen habe, war die Kraftquelle häufig der Glaube. Für mich selbst wüsste ich nicht, ob mir die Vorstellung eines Gottes helfen könnte. In der Familie, die ich kennen lernte, gab es keine Geschwister. Die Eltern konnten sich zu hundert Prozent auf das kranke Kind einstellen. Sie haderten sehr mit Gott, weil er ihnen die Krankheit angetan hatte. So haben sie es jedenfalls über eine sehr lange Zeit gesehen und sie sind merkwürdigerweise erst mit Gott in Einklang gekommen, nachdem die Tochter gestorben war. In dieser Familie gab es eine unglaubliche Liebe. Die Mutter erzählte mir ein Beispiel, das mich tief berührte: Das Mädchen war gestorben und die Eltern hatten beschlossen, es für zwei Tage bei sich zu behalten, damit Freunde und Bekannte Abschied nehmen konnten. Die Mutter berichtete, dass die Tochter sich so kalt anfühlte. Das habe ihr sehr wehgetan, weil das Mädchen ihr gesamtes Leben über leicht gefroren hätte. Dann hat sie dem toten Kind eine Wärmflasche gemacht und sie ihr an die Füße gelegt. Das meine ich. Jeder weiß, dass ein toter Mensch von einer Wärmflasche nichts mehr hat und sie sich im Gegenteil sehr nachteilig auswirkt auf die Geschwindigkeit des Verwesungsprozesses, wenn der Leichnam zuhause liegt und es dazu noch Sommer ist. Dieses Bild zeigte mir, dass die Liebe wirklich Grenzen überschreitet.

Heißt das, ein Ritus kann trauernden Menschen Kraft geben?

Erstens das, und zweitens ist mir ganz wichtig zu sagen, dass jede Familie, die irgendwie die Möglichkeit dafür schaffen kann, ihre toten Angehörigen zu Hause behalten sollte, so lange es geht. Tote Menschen können noch Stunden nach dem Sterben hören und Berührungen spüren. Es dauert einige Zeit bis das, was immer auch den Körper verlässt, den Körper tatsächlich verlässt. Das habe ich selbst erfahren, als mein Vater starb. Man kann das unmittelbar sehen. Sie sind bei dem Verstorbenen, verlassen das Zimmer, kommen zurück, und merken, dass da wirklich nur noch ein toter Körper liegt.

Die Familienmitglieder haben eine ganz andere Sicht auf sich und die Krankheit, als Menschen, die nicht zum engen Kreis gehören. Lässt sich diese Grenze zwischen innen und außen durch persönliche Stärke auflösen oder ist sie eine zusätzliche Belastung?

Ich vermute, dass Menschen sich an diese Diskrepanz gewöhnen. Irgendwann kann man es aber wohl nur noch mit Humor überstehen. Die Mutter, die ich in meinem Buch beschreibe, sagte manchmal scherzhaft zu ihrer Tochter: "Komm, ich zieh dich jetzt schön an. Wenn du schon behindert bist, sollst du wenigstens nett aussehen." Das hört sich furchtbar hart an, war aber gar nicht so gemeint. Man lernt, mit den mitleidigen Blicken umzugehen. Niemand würde es ertragen, diese Reaktionen über die ganze Zeit unmittelbar wahrzunehmen.

Manche Situationen stellen sich für die betroffenen Familien ganz anders dar, als Außenstehende sich das vorstellen. Zum Beispiel ist der Beginn der künstlichen Ernährung allgemein ein Zeichen dafür, dass der Zustand des Kranken sich verschlimmert hat. Allerdings bedeutet eben diese Umstellung für die Familie eine ungeheure Erleichterung, weil sich die Ernährung plötzlich viel unkomplizierter regeln lässt und es nicht mehr notwenig ist, sich darum zu sorgen, dass das Kind genug isst und auch die sehr schwierige Zubereitung der Speisen entfällt.

Ist es der Wunsch, solche Dinge ins öffentliche Bewusstsein zu bringen, der sie dazu bewegt, diese schwierigen Themen immer wieder in den Mittelpunkt ihrer Bücher zu rücken? Mukopolysaccharidose, Demenz, Tod, das sind alles Begriffe, die nicht leicht im Ohr zergehen.

Das Buch, das ich gerade beendet habe, heißt "Der Scherbensammler". Es ist ein Psychothriller, der sich mit multipler Persönlichkeit beschäftigt. Das war bisher meine schwierigste Herausforderung. Ich will aber nicht irgendjemandem eine Botschaft mitteilen. Ich möchte nur Geschichten erzählen, die mich selber beschäftigen. Ich glaube, dass Literatur ein Thema braucht. Damit meine ich kein "Problemthema", sondern, dass ein Buch mich tief im Inneren berühren muss. Wenn ein Werk das nicht tut, ist es nach meinen Kriterien kein Stück Literatur. Aber das ist natürlich ganz subjektiv. Ich habe über das Mädchen, dem ich den Namen Fee gegeben habe, nicht geschrieben, weil sie behindert war, sondern weil sie ein so besonderer Mensch gewesen sein muss. Das war sie vermutlich nicht trotz, sondern wegen ihrer Krankheit.

Kann daraus nicht auch sehr leicht ein billiger Trost werden? Nach dem Motto, du bist zwar behindert, aber genau das bringt dich weiter.

Ich sehe es überhaupt nicht so, dass man sich durch Leiden ein besseres Leben im Himmel erwerben kann. Ich bin aber davon überzeugt, dass Menschen, die mit schwierigen Situationen umgehen müssen, zwei Möglichkeiten haben. Entweder sie werden klein und engherzig oder sie wachsen an ihrer Aufgabe. Kalt lassen kann sie das nicht. Wer mit Unglück konfrontiert ist, kann entweder daran wachsen oder darin untergehen. Andere Möglichkeiten gibt es nicht. Die Eltern, von denen ich in dem Buch berichte, vertraten die Haltung, dass das kranke Kind ein Geschenk war. Sie waren sehr dankbar für die Zeit, die sie mit dem Kind hatten. So, finde ich, muss man das sehen, und zwar bei jedem Kind, ob krank oder gesund.

Das Gespräch führte Bernd Hein

Bücher von Monika Feth
(Auswahl)
Fee – Aber Schwestern bleiben wir immer. cbt Verlag, München, 2. Aufl., 2002.
Die blauen und die grauen Tage. omnibus Verlag, München, 1999
(verfilmt mit Inge Meysel)
Opa, ich kann Hummeln zähmen. Sauerländer Verlag, Düsseldorf, 2007. (Bilderbuch)

Das aktuelle Buch

In der Ausübung ihres Berufes sind Pflegende niemals mit Situationen vollständiger Eigenverantwortung konfrontiert. Darin stimmen deutsche Juristen überein, und so kommt es in den Kommentaren zur Gesetzeslage und in Gerichtsurteilen zum Ausdruck: "In der Pflege existiert kein arztfreier Raum." Unter der Lufthoheit, die Mediziner in allen Bereichen der Behandlung kranker Menschen ausüben, bleibt indes Raum für mehrere Verantwortungsfacetten, die sich auf das Handeln Pflegender konzentrieren. Rechtsanwalt Heinz Sträßner bezieht daraus den Anlass, sich intensiv mit der Haftung professionell Pflegender zu befassen. Der Autor trennt säuberlich den ambulanten vom stationären Bereich. Mit nahezu enzyklopädischem Anspruch arbeitet er sich durch die Themen. Sträßner erläutert die Grundsätze des Straf- und Zivilrechts, zeigt Unterschiede zwischen Vorsatz und Fahrlässigkeit, dröselt das Haftungsrecht auf. Zwischen den sachlichen aber endlosen Sätzen wünscht der Leser gelegentlich, ein Lektor hätte beschwichtigend eingegriffen. Abgesehen von dieser ästhetischen Einschränkung gibt's keinen Zweifel: das Buch gehört ins Regal eines jeden Pflegedienstes. Es kann bei sorgfältiger Anwendung das Rechtsempfinden der Pflegenden vitalisieren. *bh*

Sträßner, Heinz: Haftungsrecht für Pflegeberufe – Ein Leitfaden. Kohlhammer Verlag, Stuttgart; 2006. 438 Seiten, 39,80 Euro.

Messen - Kongresse - Symposien

Mai

4. 5. – 6. 5. Würzburg
56. Jahrestagung der Süddeutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin gemeinsam mit der Süddeutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie Veranstaltungsort: Congress Centrum Würzburg CCW, Maritim Hotel, Pleichertorstraße 5, 97070 Würzburg Kontakt: Prof. Dr. Christian Speer, FRCPE, Universitäts-Kinderklinik, Josef-Schneider-Straße 2, 97080 Würzburg, Tel.: 0931/20 12 78 31, Fax: 0931/20 12 78 33, E-mail: speer_c@klinik.uni-wuerzburg.de Internet: www.sgkj2007.de

5.5. – 8.5. Hamburg
54. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin (DAC 2007) und Pflegekongress Veranstaltungsort: CCH Congress Center Hamburg, Marseiller Straße/Am Dammtor, 20308 Hamburg Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg, Tel.: 0911/393 16 14, Fax: 0911/393 16 78, E-Mail: dac@mcnag.info Internet: www.dac2007.de

9.5. – 10. 5. Bremen
3. Bremer Pflegekongress und 1. Deutscher Wundkongress 2007 Veranstaltungsort: Congress Centrum Bremen, Bürgerweide, 28209 Bremen Kontakt: BTZ Bremer Touristik-Zentrale, Findorffstraße 105, 28215 Bremen, Tel.: 0421/308 00 19, Fax: 0421/308 00 89, E-Mail: rink@bremen-tourism.de Internet: www.deutscher-wundkongress.de

10. 5. – 12. 5. Karlsruhe
REHAB 2007 – 14. Internationale Fachmesse für Rehabilitation, Pflege und Integration Veranstaltungsort: Messe Karlsruhe, Messeallee 1, 76287 Rheinstetten Kontakt: Staufert Veranstaltungsservice GmbH, Am Kornfeld 7, 44267 Dortmund, Tel.: 0180/500 92 26, Fax: 0180/500 92 27, E-Mail: info@rehab-fair.com Internet: www.rehab-fair.com

11. 5. – 12. 5. Berlin
4. Bundesweite Fachtagung Palliative Care Veranstaltungsort und Kontakt: Wannsee-Akademie, Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin, Tel.: 030/80 68 60 oder -20 oder -40, Fax: 030/80 68 64 04, E-Mail: wannseeakademie @wannseeschule.de Internet: www.wannseeakademie.de

Juni

1. 6. – 2.6. Leipzig
Interdisziplinärer Kongress "Intensivtherapie und -pflege 2007" Veranstaltungsort: Congress Center Leipzig, Messe-Allee 1, 04356 Leipzig Kontakt: KCI Medizinprodukte GmbH, Hagenauer Straße 47, 65203 Wiesbaden, Tel.: 0800/783 35 24, Internet: www.kci-experten-kongress.de

7. 6. – 9. 6. Lüdenscheid
2. Beatmungssymposium Heimbeatmung und Respiratorentwöhnung Veranstaltungsort: Kulturhaus Lüdenscheid, Freiherr-vom-Stein-Straße 9, 58511 Lüdenscheid Tel.: 02351/171406 Kontakt: Kongress- und Veranstaltungsorganisation Lüdenscheid GbR, Am Ramsberg 30, 58509 Lüdenscheid, Tagungssekretariat: Stefan Weippert, Tel.: 02351/17 14 08; Susanne Doerr, Tel.: 02351/46 33 60 Innere Klinik II, Klinik für Pneumologie, Intensivmedizin und Schlafmedizin, Prof. J. Lorenz, Tel.: 02351/46 33 61, Fax: 02351/46 33 66, E-Mail: info@beatmungskongress.de Internet: www.beatmungskongress.de/2007

15. 6. – 16. 6. Essen
2. Essener Ruhr-Kongress für Anästhesie, Intensivmedizin, Notfallmedizin und Schmerztherapie & Pflegesymposium Veranstaltungsort: PACT Zollverein, Bullmannaue 20a, 45327 Essen Telefon während der Tagung: 0160/203 13 45 Kontakt: Frau Bosold, Frau Fürstenberg, Frau Traphan, Tel.: 0201/897 37 01, E-Mail: e.fuerstenberg@elisabeth-essen.de Internet: www.elisabeth-essen.de /pdf/essener_ruhrkongress.pdf

20.6. – 22. 6. Stuttgart
3. Stuttgarter Intensivkongress (SIK) Veranstaltungsort: Schwabenlandhalle, Tainer Straße 7, 70734 Fellbach, Tel.: 0711/57 56 10, Fax: 0711/575 61 11 Kontakt: MCN Medizinische Congressorganisation Nürnberg AG, Neuwieder Straße 9, 90411 Nürnberg, Frau Wild, Tel.: 0911/393 16 16, Fax: 0911/393 16 66, E-Mail: wild@mcn-nuernberg.de

20.6. – 22. 6. Berlin
13. Deutscher Pflegekongress 2007 Veranstaltungsort: ICC Berlin, Messedamm 22, 14055 Berlin Kontakt: Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit, Palisadenstraße 48, 10243 Berlin, Tel.: 030/49 85 50 31, Fax: 030/49 85 50 30, E-Mail: info@hauptstadtkongress.de Internet: www.hauptstadtkongress.de/2007/pk.php

24.6. – 28. 6. Genf
5. Weltkongress für pädiatrische Intensivpflege Veranstaltungsort: PALEXPO, Congress- und Ausstellungszentrum, Genf Kontakt: SYMPORG SA, Congress Organisation, Avenue Krieg 7, CH-1208 Genf, Tel.: 0041/22/839 84 84, Fax: 0041/22/839 84 85, E-Mail: info@pcc2007.com Internet: www.pcc2007.com

Juli

4.7. Tübingen
1. Tübinger Symposium für Intensivmedizin und Intensivpflege Veranstaltungsort: Crona-Kliniken, Hoppe-Seyler-Straße 3, 72076 Tübingen Kontakt: Medizinische Universitätsklinik, Intensivstation 3IS, Karin Wolf, Otfried-Müller-Straße 10, 72076 Tübingen, Tel.: 07071/298 27 83, Fax: 07071/29 27 16 Internet: www.medizin.uni-tuebingen.de/tsii/

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, Alexandra Jauch, Christine Keller, Christina Loy-Birzer, Anne Mosbauer, Andreas Walle, Dieter Weber
Anzeigenleitung: Christoph Jaschke, Linda Geiger

Derzeit gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 3 vom 1. Februar 2007.

Anschrift der Herausgeber und der Redaktion:
Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Von-Stauffenberg-Straße 25
82008 Unterhaching
Telefon: 089 - 66 56 25 78
Fax: 089 - 66 59 32 30
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.

Stellen anzeigen

Sie haben die Jobs - Wir erreichen die Interessenten

Mit einer Stellenanzeige in der Fachzeitung "gepflegt durchatmen" sprechen Sie bundesweit Spezialisten aus dem Gesundheitsbereich an.
Sie präsentieren Ihr Unternehmen, Ihre Einrichtung, Ihre Branche in einem qualitativ hochwertigen Umfeld und erzielen damit große Aufmerksamkeit.
Wir beraten Sie gern und garantieren Ihnen eine schnelle und unbürokratische Umsetzung Ihrer Anzeigenwünsche.

Sie erreichen uns über **Tel: 089 - 66 56 25 78**
Fax: 089 - 66 59 32 30
E-Mail: info@heimbeatmung.com