GEPFLEGT
DURCHATMEN

Nummer 17 ■ Juli 2012

FACHZEITUNG

für außerklinische Intensivversorgung

Editorial

„Wir fordern den Rettungsschirm für die Pflegenden in Deutschland“, sagte die Präsidentin des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK) Gudrun Gille anlässlich des Internationalen Tages der Pflegenden am 12. Mai. In neun Landeshauptstädten waren Pflegekräfte auf die Strasse gegangen und hatten mit 24-Stunden-Mahnwachen auf ihre Situation aufmerksam gemacht.

Mit einem Bruchteil der deutschen Steuermilliarden, mit denen Banken gerettet und Finanzjongleure vor den Folgen ihrer Fehlspekulationen geschützt werden, könnte die Situation der professionellen Pflege deutlich verbessert werden. Infolge der kontinuierlichen Überlastung liegen Pflegekräfte im Vergleich der Krankheitsquoten im Spitzenfeld, psychische Erkrankungen bis hin zum Burnout nehmen deutlich zu.

Wir widmen uns deshalb in dieser Ausgabe dem Thema „Betriebliche Gesundheitsförderung“ Nach jeder Ausgabe wird uns bewusst, wie groß das Engagement von Ärzten, Pflegenden, Unternehmern, Menschen, die beatmet werden und solchen, die sich um diese sorgen, ist. Jede dieser Initiativen ist ein Sonnenstrahl, der direkt oder indirekt zu den Menschen gelangt, die ausserklinische Intensivpflege benötigen. Wie in unserem Sommerzitat ist es auch hier bemerkenswert, wie viel Positives sich entwickelt, wenn nur ein einziger Mensch den Anstoß dazu gibt. Dazu mehr beim MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongresses® am 26. und 27. Oktober 2012, bei dem man vielen dieser Impulsgeber begegnen wird. Bis dahin wünschen wir sonnige Tage!

Die Redaktion

Was wurde aus der Vision eines wohnortnahen Netzes von Pflegestützpunkten? - Eine Bilanz

Ein wohnortnahes Netz von Pflegestützpunkten fordert Angelika Graf, MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin der Landesgruppe Bayern in der SPD-Bundestagsfraktion. Niemand darf mehr „mit der Pflegesituation allein bleiben und mit den drängenden Fragen nur von A nach B geschickt werden." In Bayern sieht es mit nur acht Pflegestützpunkten allerdings schlecht aus.

Wenn ein Familienmitglied pflegebedürftig wird, ist das für die meisten Angehörigen ein Schock. Nicht nur, wenn die Pflegebedürftigkeit aus heiterem Himmel kommt, wie durch einen Schlaganfall, sondern auch, wenn es um hochaltrige Angehörige geht, deren Gesundheitszustand sich rapide verschlechtert hat. Doch für den Schock bleibt keine Zeit, denn es stellt sich umgehend die Frage: Wie geht es jetzt weiter? Wenn ein Mensch, der eben noch selbständig war, plötzlich auf Pflege und Betreuung angewiesen ist, verändert sich das Leben. Es verändert sich sowohl für den Pflegebedürftigen als auch die Angehörigen.
In diesem Schock wissen Angehörige oft nicht gleich, was zu tun ist. Woher auch. Sie müssen verkraften, dass ein geliebter Mensch einen schweren gesundheitlichen Schlag erlitten hat, vielleicht fast gestorben wäre. Die pflegebedürftige Person muss ebenfalls damit fertig werden, dass einst selbstverständliche Dinge plötzlich nicht mehr gehen und sie auf Hilfe angewiesen ist. Die einstige Selbstverständlichkeit, dass der Körper funktioniert, ist weg. Es stellen sich Fragen, wann und ob es überhaupt wieder besser wird.
In diesem Gefühlschaos müssen Angehörige unter Zeitdruck Entscheidungen treffen, auf die sie oft nicht vorbereitet sind. Besonders wenn die Pflegebedürftigkeit eines oder einer Angehörigen aus heiterem Himmel kommt, gibt es meist gar keine Planung, was nun zu tun ist. Wer kümmert sich? Kümmere ich mich selbst? Wenn ja, was passiert mit meinem Arbeitsplatz, wovon leben wir dann? Welche professionellen Pflegemöglichkeiten gibt es, wie teuer sind die und wer bezahlt das? Welche Unterstützung gibt es?
Vor diesem Hintergrund und Einschnitt für viele Menschen gab es die politische Diskussion, bundesweit eine Infrastruktur für die Pflegeberatung aufzubauen. Ziel war eine neutrale und wohnortnahe Anlaufstelle für Angehörige. 2008 war es soweit: Mit dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz startete die damalige Große Koalition mit Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) ein neues Projekt, die „Pflegestützpunkte". Diese sollten ein bundesweites Netz an wohnortnahen Anlaufstellen für Angehörige und Pflegebedürftige werden.
Ziel war es, eine Anlaufstelle für die Beratung ins Leben zu rufen, wo sich Angehörige einen Überblick holen können. Wo sie jederzeit unabhängige Informationen erhalten – nicht nur im konkreten Pflegefall, sondern auch schon vor dem Eintritt einer Pflegesituation. Dabei sollte es darum gehen, welche Möglichkeiten der Unterstützung und sozialen Leistungen es überhaupt gibt und was sich im konkreten Einzelfall als Lösung anbietet. Durch die Vernetzung innerhalb der Kommunen sollten die Pflegestützpunkte auch örtlich bezogene Angebote für passgenaue Hilfe einbeziehen können. Für den Start stellte der Bund 50.000 Euro pro Pflegestützpunkt als Anschubfinanzierung zur Verfügung.
Nachdem die Anschubfinanzierung durch den Bund im letzten Jahr ausgelaufen ist und von der neuen Bundesregierung nicht verlängert wurde, ist es Zeit, eine Bilanz zu ziehen: Die Ergebnisse in den Ländern sind sehr unterschiedlich, denn die Entscheidung darüber, ob und in welchem Umfang Pflegestützpunkte gebaut werden, oblag jeweils den Bundesländern. Die Anzahl hängt auch davon ab, wie viel Unterstützung die Länder angeboten haben oder ob alleine die Kassen und Kommunen den Betrieb finanzieren sollen. In der Bilanz gibt es erfreuliche Entwicklungen – in Rheinland-Pfalz, wo die Landesregierung auch finanziell unterstützt, ist ein flächendeckendes Netz mit 135 Pflegestützpunkten entstanden. Aber es gibt auch weniger erfreuliche Entwicklungen – Sachsen und Sachsen-Anhalt haben sich komplett gegen Pflegestützpunkte entschieden.

In Bayern gab es leider ebenfalls eine weniger erfreuliche Entwicklung: Gerade einmal acht Pflegestützpunkte sind bis heute entstanden. Das ist besonders ärgerlich, weil Christine Haderthauer, die zuständige Ministerin für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen, anfangs 60 Pflegestützpunkte angekündigt hatte. „Niemand, der eine Frage im Bereich der Pflege hat, soll mehr von A nach B geschickt werden", kündigte Haderthauer Mitte 2009 großspurig an. Davon ist heute keine Rede mehr, obwohl 60 Pflegestützpunkte schon kein ambitioniertes Ziel waren. Zum Vergleich: Während in Rheinland-Pfalz ein Pflegestützpunkt pro 30.000 Einwohner zur Verfügung steht, wären auf die geplanten 60 Pflegestützpunkte in Bayern jeweils über 200.000 Einwohner als Einzugsgebiet gekommen.
Auf entsprechende Anfragen, was denn aus den versprochenen Pflegestützpunkten geworden ist, hört man aus dem Ministerium stets die gleiche Auskunft. Ein Bedarf – den die Staatsregierung ja eigentlich selbst gesehen hatte – bestehe nun doch nicht. Es gebe ja eine Telefon-Hotline und außerdem viele andere Beratungsmöglichkeiten (die ursprünglich in die Pflegestützpunkte integriert werden sollten). Die Angehörigen könnten sich ja auch an die Pflegekasse wenden, so die Staatsregierung. Das ist aber genau das Problem. Es gibt etliche Ansprechpartner für die Pflege oder Teilaspekte der Pflege. Es gibt nur vielerorts keine zentrale und wohnortnahe Anlaufstelle, die neutral – ohne wirtschaftliche Eigeninteressen – und umfassend berät.
Pflegestützpunkte haben klare Vorgaben, was zum Beispiel Barrierefreiheit, Erreichbarkeit und regionale Koordinierung sowie Zusammenarbeit mit allen „Pflege-Akteuren" – von den Kassen über die Kommunen bis hin zu den Leistungserbringern – betrifft. Sie sind serviceorientiert, bieten zum Beispiel auf Wunsch Hausbesuche an, und haben nach den bisherigen Erfahrungen auch ein ehrenamtliches Netzwerk einbezogen, von Selbsthilfegruppen bis Kirchen. Sie bieten nicht nur Beratung über zustehende Leistungen, sondern auch soziale Beratung bis hin zur Beratung über ggf. notwendige Umbauarbeiten im Falle einer Pflege zu Hause.

Bei den Pflegestützpunkten geht es letztlich um die Frage, wie viel uns eine Infrastruktur für die Pflegeberatung wert ist. Klar ist eine Telefonhotline oder der Verweis auf die Kassen für den Staat billiger. Aber ist das für die Angehörigen und Pflegebedürftigen auch der beste Weg? Man kann auch nicht einfach sagen, dass einen das alles nicht betreffe. Pflege betrifft jeden von uns. Jeder von uns kann unvermittelt entweder pflegebedürftig werden oder erleben, dass dies Angehörigen passiert.

Mir ist es daher wichtig, dass wir bundesweit endlich ein wohnortnahes Netz von Pflegestützpunkten erhalten, damit niemand mehr mit der Pflegesituation allein ist und mit den drängenden Fragen nur von A nach B geschickt wird. Hier ist auch die aktuelle Bundesregierung gefragt, die bisher den Ausbau der Pflegestützpunkte, ebenso wie die bayerische Staatsregierung, ablehnt. Wir brauchen – auch vor dem Hintergrund der älter werdenden Gesellschaft und der wachsenden Zahl von Pflegebedürftigen – einen neuen Schub für die Pflegeberatung und Pflegestützpunkte. Wir brauchen einen Staat, der die Pflege nicht zur Privatsache erklärt, sondern verlässliche Unterstützung in einer einschneidenden Lebenssituation anbietet.

Angelika Graf, *MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin der Landesgruppe Bayern in der SPD-Bundestagsfraktion, Bundesvorsitzende der SPD-Arbeitsgemeinschaft 60 plus*

Abrechnungsbetrug - ein Bagatelldelikt?

Berichte über Abrechnungsbetrug von Leistungserbringern in der ambulanten Pflege in Berlin, Hamburg oder Köln rufen immer wieder die selben Reaktionen hervor. Entweder heißt es: „Hier werden wir armen Dienstleister wieder alle an den Pranger gestellt!“ oder: „Wir sind doch alle so schlecht bezahlt!“ Man muss nur die einschlägigen Polit-Magazine lesen oder kritische Fernsehsendungen einschalten, immer wieder wird über das Abrechnen von Leistungen in der Gesundheitswirtschaft berichtet, die gar nicht erbracht wurden. Führt die Häufigkeit dazu, dass Falschabrechnungen zum Bagatelldelikt mutieren?

Wenn einer alten Dame die Handtasche entrissen oder die Zeche geprellt wird, wenn einer Einzelperson 30 Euro klaut oder von einem Dienstleister im Gesundheitswesen 30 Euro zu viel aufgeschrieben werden, um sich so aus dem Allgemeintopf der Krankenkasse zu bedienen – es handelt sich immer um Diebstahl! Falschabrechnungen sind Betrug an der Solidargemeinschaft. Die Krankenkassen verwalten treuhänderisch das Geld, das die Versicherten über ihre Mitgliedsbeiträge einzahlen. Abrechnungsbetrüger machen sich nicht mit der Vereinskasse unter dem Arm aus dem Staub, sie ergaunern sehr viel eleganter und spitzfindiger das Geld, hoffend, dass ihnen keiner auf die Schliche kommt.

Der Umstand, dass es mittlerweile völlig „normal“ zu sein scheint, etwas oder auch viel mehr aufzuschreiben, entsetzt Unternehmer, die korrekt abrechnen und Wert auf Qualität legen. Fremdschämen über Zeitgenossen in der eigenen Branche, die zu viel abrechnen, hat sich längst in Wut ausgewachsen! Wir leben in einem Rechtsstaat, d.h. er ist gefordert, sich gegen den Abrechnungsbetrug und die Vergehen an der Solidargemeinschaft zu wehren. Aber ernst macht er damit nicht. So scheiterte die SPD-Bundestagsfraktion am 25. April 2012 mit dem Antrag „Korruption im Gesundheitswesen wirksam bekämpfen“ (Drucksachen-Nr. 17/3685) im Gesundheitsausschuss mit den Stimmen der Koalitionsfraktionen gegen die Stimmen der Antragsteller bei Enthaltung der Fraktionen Die Linke und Bündnis 90/DIE GRÜNEN. Und das, obwohl darin festgestellt wurde, dass durch Korruption, Abrechnungsbetrug und Falschabrechnungen dem öffentlichen Gesundheitswesen jedes Jahr Schäden in Milliardenhöhe entstehen und ein stärkeres Unrechtsbewusstsein für Abrechnungsbetrug gefordert wurde.

Eine Möglichkeit, um die Situation zu verbessern, wäre die nachvollziehbare Rechnungsstellung. Aus ihr ginge eindeutig hervor, ob die dokumentierten Leistungen mit den fakturierten übereinstimmen. Die Klienten in der ausserklinischen Intensivversorgung hätten die Möglichkeit hier mitzuwirken, denn sie quittieren den Leistungsnachweis. Da sie jedoch in einem extremen Abhängigkeitsverhältnis zum Pflegedienst stehen, unterschreiben sie „nahezu alles“. Wer will es ihnen in ihrer Ausnahmesituation auch verdenken! Die Hilflosigkeit und Schwäche vieler Klienten und ihrer Angehörigen für den eigenen Vorteil auszunutzen, ist verwerflich und öffnet dem Abrechnungsbetrug Tür und Tor.

Der Spitzfindigkeit von Betrügern steht die große Sehnsucht nach Ehrbarkeit, Ehrlichkeit und Rechtschaffenheit gegenüber. Im Jahr 2008 hat eine Forschungsgruppe am Institut für Management der Berliner Humboldt-Universität unter der Leitung von Joachim Schwalbach die Entwicklung des Leitbildes vom „Ehrbaren Kaufmann“ bis ins Mittelalter zurückverfolgt. Es sei auch heute noch von ausserordentlicher Bedeutung. Mit verantwortungsvollem Handeln legen ehrliche Unternehmer und Manager die Grundlage für nachhaltigen wirtschaftlichen Erfolg und für den sozialen Frieden in der Gesellschaft ist. Dazu zählen auch das faire Verhalten gegenüber Mitarbeitern, Kunden und Geschäftspartnern. Das Leitbild des „ehrbarer Kaufmanns“ definiere kulturelle Leitplanken, die dafür sorgten, dass das unternehmerische Handeln auf der Spur gesellschaftlicher Akzeptanz bleibe. Es bezeichne eine anspruchsvolle Lebensphilosophie für Geschäftsleute. Wirtschaftlichkeit und Moral seien für einen „ehrbaren Kaufmann“ keine Gegensätze. Moral im Sinne von Tugendhaftigkeit sei die Bedingung für echte Wirtschaftlichkeit, verstanden als das nachhaltige Schaffen von Werten. Die Humboldt-Forscher legen deshalb auch heutigen Unternehmern und Managern ans Herz, nach einem solchen Leitbild zu leben.

Anbieter in der Gesundheitswirtschaft sind auch so etwas wie Kaufleute, die Dienstleistungen anbieten und dafür entlohnt werden. Für die meisten ist es selbstverständlich, gute Arbeit und Qualität zu liefern. Diskutieren Sie mit, ob wir stärkere Kontrollen brauchen und wie wir gegen „schwarze Schafe“ in Pflege und außerklinischer Intensivversorgung vorgehen können. Denn Betrüger schaden nicht nur den Menschen, die sich ihnen anvertrauen, sondern beschädigen den Ruf all der Unternehmer, die sich einem Ethos verpflichtet fühlen. Stärken wir das Leitbild des „ehrbaren Kaufmanns“ in unserer Branche! *cj*

"Die anständigste Art der Geschäftsführung ist auch die beständigste." Robert Bosch

Mehr zu dem Leitbild des „ehrbaren Kaufmanns“ auf www.der-ehrbare-kaufmann.de

www.ihcc-akademie.de

IHCC AKADEMIE

DIE QUALITÄT
EINER DIENSTLEISTUNG
KANN NUR SO GUT SEIN,
WIE ES DIE QUALIFIZIERUNG
DES MANAGEMENTS
UND DER MITARBEITER
EINES UNTERNEHMENS
ZULÄSST.

IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH®

Betriebliche Gesundheitsförderung: Grundlage für humane Unternehmen

Der CDU-Gesundheits- und Sozialexperte Willi Zylajew, MdB, stellt den Entwurf eines Eckpunktepapiers der CDU/CSU-Bundestagsfraktion zur Prävention von psychischen Erkrankungen und betrieblichen Gesundheitsförderung vor.

Ob Depressionen, Angstzustände oder „Burn Out“ – immer mehr Menschen leiden an psychischen Erkrankungen. Mittlerweile sind rund zwölf Prozent aller Tage, die Arbeitnehmer krankgeschrieben sind, durch psychische Erkrankungen verursacht. Psychisch bedingte Fälle von Arbeitsunfähigkeit sind in den letzten zehn Jahren um fast 40 Prozent angestiegen. Insbesondere bei jungen Personen ist dieser Anstieg zu registrieren. Dramatisch ist auch die steigende Zahl von Anträgen auf Erwerbsminderungsrente aufgrund psychischer Krankheiten. Allein im Jahr 2010 stieg die Zahl um 6.500 auf rund 71.000 Fälle. Mit knapp 40 Prozent aller Erwerbsminderungsrenten-Fälle sind psychische Erkrankungen inzwischen der Hauptgrund für einen vorzeitigen Rentenbezug. Der Zusammenhang zwischen wachsender Arbeitsbelastung und psychischer Erschöpfung ist mittlerweile durch zahlreiche Studien belegt. In der Tat sind die Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz andere als noch vor einigen Jahren. Als Stichworte sind hier Leiharbeit und befristete Arbeitsverträge zu nennen. Außerdem gibt es, nicht zuletzt bedingt durch den rasanten technischen Fortschritt, mehr und mehr den Trend zur Erreichbarkeit sieben Tage die Woche, 24 Stunden am Tag. Diese und andere Umstände tragen oftmals zu einer Verunsicherung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer bei, die im schlimmsten Fall zu psychischen Erkrankungen führen, die einen Verbleib am Arbeitsplatz nicht möglich machen.

Nicht vergessen werden darf bei der Debatte, dass der Anstieg der Zahlen auch von einer Enttabuisierung der Krankheitsbilder herrührt. Psychische Erkrankungen werden mehr und mehr in die Öffentlichkeit getragen, der Umgang ist offener geworden. Das macht den Zustand freilich nicht besser. Psychische Erkrankungen und Erschöpfungszustände, ob Burn Out oder Depression, haben verheerende Folgen für die Betroffenen selbst, aber auch für die Unternehmen, die Gesamtwirtschaft und das deutsche Sozialversicherungssystem: Für westliche Industrie-Gesellschaften verursachen sie jährliche Kosten von drei bis fünf Prozent des Bruttoinlandprodukts. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes entstehen der deutschen Wirtschaft allein durch psychische Erkrankungen Kosten von jährlich knapp 29 Milliarden Euro. Hohe Ausgaben für psychisch Erkrankte (z. B. für Antidepressiva, Psychotherapie, Rehabilitationsmaßnahmen, Krankengeld, Frührente) bei gleichzeitig sinkenden Beitragseinnahmen aufgrund von Arbeitsunfähigkeit stellen sowohl für Kranken- als auch Rentenkassen eine immense Belastung dar. Unternehmen kommen durch die steigende Zahl an erkrankten Mitarbeitern bei gleichzeitig sinkendem Fachkräfteangebot und einer alternden Bevölkerung in Bedrängnis. Aber auch Angehörige und nicht zuletzt Arbeitskollegen haben massiv unter den Auswirkungen zu leiden.

Das können wir uns nicht leisten! Es muss deshalb oberstes Ziel eines jeden Unternehmens sein, die Gesundheit seiner Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Arbeitsplatz zu erhalten und zu stärken. Denn nur mit gesunden Arbeitskräften kann eine gesunde Wertschöpfung entstehen.
Bereits heute gibt es gesetzliche Regelungen und Verordnungen, mit denen die Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz gewährleistet wird. Zu nennen sind hier etwa das Arbeitsschutzgesetz und das Bundesurlaubsgesetz, aber auch die noch relativ jungen Regelungen zur Familienpflegezeit oder zum Elterngeld. Angesichts der steigenden Zahl an psychischen Erkrankungen sind aber weitere Maßnahmen nötig, um das Thema 1. in Politik und Gesellschaft zu platzieren und 2. Instrumente zur Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung zu entwickeln. Die Arbeitnehmergruppe der CDU/CSU Bundestagsfraktion hat sich dem Thema bereits intensiv gewidmet und in einer vielbeachteten Pressekonferenz Anfang April dieses Jahres Stellung bezogen. Der Vorstoß enthält neben dem Plädoyer zur Initiierung eines gesamtgesellschaftlichen Prozesses, mit dem das Thema psychische Erkrankungen enttabuisiert werden soll, Forderungen an die zuständigen Ministerien Gesundheit, Arbeit und Forschung. So sollen beispielsweise im Rahmen der bestehenden Versorgungsforschung und der Erforschung von Volkskrankheiten psychische Erkrankungen mit einbezogen und ausreichend Finanzmittel bereitgestellt werden. Im Mittelpunkt soll dabei die Ursachenforschung und Früherkennung von psychischen Erkrankungen stehen sowie die Entwicklung von konkreten Maßnahmen, mit denen psychischen Belastungen begegnet werden kann.
In dem Entwurf eines Eckpunktepapiers der CDU/CSU-Bundestagsfraktion zur Präventionsstrategie, der seit kurzem vorliegt, nimmt das Thema betriebliche Gesundheitsförderung ebenfalls einen breiten Raum ein. Neben einer konkreten Geldforderung in Höhe von mindestens 2 Euro je Versicherten und der Aufforderung an die Krankenkassen und zuständigen Unfallversicherungen zur besseren Zusammenarbeit, werden auch finanzielle Anreize für Arbeitgeber und Arbeitnehmer zur Nutzung von betrieblichen Präventionsangeboten vorgeschlagen. Dies könnte in Form von sog. Gruppentarifen geschehen, die günstiger als der Normaltarif wären und zusätzliche Leistungen beinhalten könnten. Im Gegenzug müssten von den Krankenkassen gemeinsame qualitative Mindeststandards festgelegt werden und die Arbeitgeber müssten dieses Standards regelmäßig nachweisen.
Um die Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen voranzutreiben, die im Gegensatz zu größeren und Großunternehmen ihre Möglichkeiten bisher kaum ausschöpfen, wird im Eckpunktepapier außerdem der Ausbau von Netzwerkstrukturen empfohlen. Dazu müssten die gesetzlichen Krankenkassen, die Berufsgenossenschaften, die Unfallversicherungen, die Verbände der Sozialpartner, Banken und Wirtschaftsförderungseinrichtungen sowie öffentliche Verwaltungen eingebunden werden.
Angeregt wird weiterhin, zu prüfen, inwieweit es einer besonderen Vergütung für Betriebsärzte bei der Erbringung bestimmter Vorsorgemaßnahmen wie Impfungen, Gesundheits-Check-Ups oder Krebsvorsorge im Rahmen der Regelversorgung bedarf.
Die aufgezeigten Vorschläge machen vor allem eines deutlich. Betriebliche Gesundheitsförderung ist keine Einbahnstraße. Es sind viele Akteure gefragt, nicht zuletzt die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer selbst. Daher sollten wir alle gesellschaftlichen Kräfte nutzen, um sinnvolle Lösungen im Sinne aller Betroffenen zu finden, damit psychische Erkrankungen nicht zu einer neuen Volkskrankheit werden.

www.willi-zylajew.de

Willy Zylajew, MdB, ist einer der stellvertretenden Vorsitzenden der „Arbeitnehmergruppe“ im Deutschen Bundestag, die sich aus christlich-sozial orientierten Abgeordneten der CDU/CSU-Bundestagsfraktion zusammensetzt. Ihr gehören vor allem diejenigen Abgeordneten an, die in der Christlich-Demokratischen Arbeitnehmerschaft (CDA) oder der Christlich Sozialen Arbeitnehmerschaft (CSA) in Bayern organisiert sind oder ihr nahe stehen. Die Arbeitnehmergruppe setzt sich für die Belange der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ein, insbesondere derjenigen, die keine starke Lobby haben.

Willi Zylajew, MdB, Mitglied des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages, Pflegepolitischer Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

Die BGW fördert nachhaltig das betriebliche Gesundheitsmanagement

Die BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege berät seit Jahren die bei ihnen versicherten Unternehmen darin, wie sie ihre Mitarbeiter gesund erhalten und sie vor psychischen Schäden schützen können. Prävention ist in allen Branchen wichtig, besonders aber im Bereich Gesundheit und Pflege. Welche Rolle spielen die Führungskräfte beim betrieblichen Gesundheitsmanagement? Diese Frage wird derzeit im Rahmen eines Modellprojekts untersucht, dem das Konzept „Gesundheitsförderndes Führen" zu Grunde liegt.

Psychisch bedingte Fälle von Arbeitsunfähigkeit sind in den letzten 10 Jahren um fast 40 Prozent angestiegen. Die BGW, eine der größten gesetzlichen Unfallversicherungen Deutschlands, kennt das Problem, gerade auch in der Pflege, seit langem. Die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren im Gesundheitsdienst und in der Wohlfahrtspflege ist ihre Hauptaufgabe. Deshalb gehören neben vielen anderen Präventionsmaßnahmen „Psychologie/Gesundheitsförderung" und „Gesundheitsmanagement" zu ihren Arbeitsschwerpunkten. Um die richtigen Stellschrauben für die Präventionsmaßnahmen zu finden, hat sie Instrumente für die Erkennung von Risiken und Gefahren entwickelt, die zu psychischen Erkrankungen führen können. Zu den Analyseinstrumente für die **Gefährdungsbeurteilung** gehören u.a.:

- der **RisikoQuickCheck**, gebunden an gesund-pflegen-online.de
- das **BGW-Betriebsbarometer** für Mitgliedsunternehmen mit mehr als 50 Beschäftigten
- die **Arbeitssituationsanalyse (BGW asita)** für kleinere Betriebe
- die **Mitarbeiterbefragung (BGW miab)** zu psychischen Belastungen und Beanspruchungen
- der **Demografie-Check** (BGW-Altersstrukturanalyse 3.0)
- **„Gesundheit gewinnt!"**, eine Online-Analyse zum Arbeitsschutzniveau für ambulante Pflegebetriebe
- ein **Handbuch zur Auswertung der BGW-Mitarbeiterbefragung**
- die BGW-Ratgeber-Broschüre **„Diagnose Stress"** mit einem Kurztest.

Die Mitarbeiter müssen für ihr eigenes Wohlbefinden sensibilisiert werden, damit sie schon vor dem Eintreten von Schlafproblemen, Magen-Darm- oder Rückenbeschwerden, Hauterkrankungen, Depressionen, Burn-out oder einer „inneren Kündigung" in der Lage sind, rechtzeitig „Stop" zu sagen. „Wer sich häufig gestresst fühlt", so Sabine Gregersen, Diplom-Psychologin bei der BGW „sollte in Ruhe alle Bereiche durchgehen, die möglicherweise eine Rolle spielen. Stress entsteht häufig durch das Aufeinandertreffen verschiedener Faktoren". Mögliche Auslöser sind nach den Erfahrungen der BGW neben Zeitdruck oft Mängel in der betrieblichen Organisation und auf der zwischenmenschlichen Ebene. Zeitdruck und eine große Arbeitsmenge sind eine besonders gefährliche Mischung in Pflege und Betreuung. Das Fördern des gesundheitsgerechten Verhaltens muss also einhergehen mit gesundheitsfördernden Arbeitsverhältnissen. Auch hier ist die BGW führend. So gehört sie zum **Initiativkreis Gesund Pflegen** im Rahmen von **INQA Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)**. Das noch immer aktuelle INQA-Memorandum: „Für eine neue Qualität der Arbeit in der Pflege" aus dem Jahr 2007 richtet sich nicht nur an die Pflegenden selbst, sondern auch an Trägerorganisationen, Einrichtungsleitungen und Führungskräfte. Nur gesunde Pflege kann die Herausforderungen der Zukunft meistern und im Wettbewerb bestehen. Dieser Erkenntnis folgend kooperiert die BGW mit dem **Bundesministerium für Arbeit und Soziales**, der **baua Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin**, **care4future** und mit dem **„Great Place to Work Institute Deutschland"**. Dieses zeichnet jährlich die besten Arbeitgeber im Gesundheitswesen aus, die durch eine wissenschaftlich fundierte Befragung der Mitarbeiter ermittelt werden. Dass die Führungskräfte eine Schlüsselrolle spielen, geht daraus deutlich hervor. Beleidigendes Vorgesetztenverhalten und unzureichendes Konfliktmanagement führen bei den Mitarbeitern zu Stressempfinden, Erschöpfung, höheren Fehlzeiten und geringerer Arbeitszufriedenheit. Umgekehrt ist das Führungsverhalten eine gesundheitsfördernde Ressource, wenn es sozial unterstützend wirkt in Form von Anerkennung und Wertschätzung, aktivem Zuhören, Hilfestellung bei der Lösung von Konflikten, Ermöglichung von Entscheidungsspielräumen und Mitbestimmung. Aber warum herrscht in vielen Unternehmen ein so raues Arbeitsklima? Gerade da sind die Führungskräfte oft selbst gestresst. Zum „Führungs-Handwerkszeug" gehört unbedingt auch das Bewusstsein für das eigene Wohlergehen. Bis zu welchem Grad gesundheitsförderndes Führen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter hat, wird noch im ersten Teilprojekt **„Gesundheitsförderndes Führen"** der BGW gemeinsam mit den Krankenkassen Barmer-GEK und AOK, Einrichtungsträgern der Pflege und dem Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) erforscht. Die BGW unterstützt die bei ihr versicherten Unternehmen mit vielen Angeboten in Form von Flyern, Broschüren, Online-Tools, regionalen Informationsveranstaltungen, Seminaren, Postern, Arbeitshilfen, Fragebögen, Inhouse-Schulungen, Roadshows, Besuchen in den Betrieben und persönlicher Beratung. Best Practice wird in der Aufstellung von Referenzbetrieben, die bereits Erfahrungen mit den BGW-Angeboten gemacht haben, im Rahmen von **"al.i.d.a®"** gezeigt. Sie rät, alle Aktivitäten zur Mitarbeitergesundheit fest in die betrieblichen Strukturen und Prozesse zu integrieren und sie gemeinsam mit den Mitarbeitern in das

BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Unternehmensleitbild zu implementieren. Die spezifischen Arbeitsbedingungen in der Pflege sind auch Gegenstand des Modellprojekts **„Betriebliche Gesundheitsförderung durch Personalentwicklung"**, ein Programm zur Prävention psychischer Belastung **(BGW gesu.per)**. Und unter dem Motto "gesund-pflegen-online.de" engagieren sich Bund, Länder und Unfallversicherungsträger im starken Verbund der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) für die Entwicklung einer Präventionskultur in der Pflegebranche. Gesunde und motivierte Beschäftigte sichern den Unternehmenserfolg und die Qualität der Pflege. Führungskräfte sind zwar nicht für alles verantwortlich, aber sie tragen als gesunde, entspannte, freundliche und gelassene Persönlichkeiten erheblich zum Wohlbefinden ihrer Mitarbeiter bei.

Kontakt:
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
BGW Hauptverwaltung
Pappelallee 33/35/37
22089 Hamburg
Telefon: (040) 202 07
Telefax: (040) 202 07 4 95
Ansprechpartnerin zu Grundlagen der Prävention und Rehabilitation - Gesundheitsschutz: Dipl. - Psych. Sabine Gregersen
Psychologie@bgw-online.de
Gesundheitsmanagement@bgw-online.de
www.bgw-online.de

Workshop auf dem MAIK 2012

Teilhabe für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf ermöglichen

Ottmar Miles-Paul, der Landesbehindertenbeauftragte für die Belange behinderter Menschen in Rheinland-Pfalz, fordert personenzentrierte Hilfen für Menschen, die beatmet werden, die nicht sprechen können und anders kommunizieren sowie für Menschen mit einem sehr hohen Assistenzbedarf im Rahmen der Eingliederungshilfereform.

Wenn derzeit viel über die Inklusion und die Umsetzung der Konvention über die Rechte von Menschen mit Behinderungen der Vereinten Nationen diskutiert wird, muss dabei vor allem auch die Unterstützung derjenigen Menschen im Mittelpunkt stehen, die selbst noch viel zu wenig zu Wort kommen – nämlich der Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf, seien es Menschen, die beatmet werden, Menschen, die nicht sprechen können und anders kommunizieren oder Menschen mit einem sehr hohen Assistenzbedarf. Gerade für sie muss der Anspruch auf die vollen Menschenrechte und die gleichberechtigte Teilhabe am Leben der Gemeinschaft gelten.
Und genau deshalb ist der derzeit im Rahmen der Eingliederungshilfereform diskutierte Ansatz der personenzentrierten Hilfen so wichtig. Gerade Menschen mit einem hohen Unterstützungsbedarf brauchen nämlich Unterstützungsangebote, die genau auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet sind und den entsprechenden Bedarf passgenau abdecken. Vor allem brauchen sie Hilfen, auf die sie selbst einen möglichst großen Einfluss haben, von wem und wie sie erbracht werden. Die persönlichen Budgets, von denen es in Rheinland-Pfalz mittlerweile über 5.500 Nutzerinnen und Nutzer gibt, bieten hierfür neue Möglichkeiten.
Auch neue Wohnformen, zwischen denen die Betroffenen wählen können, sind als Alternativen zur herkömmlichen Unterbringung in Heimen oder dem Verbleib im Elternhaus dringend von Nöten. Die UN-Behindertenrechtskonvention hat hierfür einen eindeutigen Rahmen gesteckt und einen Auftrag für all diejenigen formuliert, die in der Behindertenarbeit und -politik tätig sind.

Ottmar Miles-Paul, *Landesbeauftragter für Belange behinderter Menschen in Rheinland-Pfalz, Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit, und Demografie Rheinland-Pfalz*

Referent auf dem MAIK 2012

Benjamin Lebert las im Kleisthaus Berlin

Der Behindertenbeauftragte der Bundesregierung, Hubert Hüppe, hatte den „Shootingstar der jungen deutschen Literaturszene“, Benjamin Lebert, eingeladen. Am 10. Mai 2012 las er aus seinem neuen Buch "Im Winter Dein Herz" und erzählte über sein Leben, das von Geburt an von einer Halbseitenlähmung begleitet wird.

Benjamin Lebert, *Schriftsteller*

Dass er einen „Dachschaden“ habe, hätte man erst heraus gefunden, nachdem bei ihm eine Computertomografie vorgenommen worden war, berichtete freimütig der Schriftsteller Benjamin Lebert, der 1982 in Freiburg zur Welt gekommen war. Seine Behinderung begleite ihn wie ein „Lebewesen“, wie ein Tier, das einem einfach nicht von der Seite weicht. Er hadere nicht mehr so sehr mit seiner Behinderung wie in jüngeren Jahren, denn eigentlich sei er ja noch ganz gut davon gekommen. Problematisch sei es, wenn die Umwelt eine Behinderung nicht offenkundig wahrnehme und meine, man könne alles und überall mitmachen. Aber dies sei einfach nicht so. Er sei seiner Behinderung auch in gewisser Weise dankbar, denn während seine Altersgenossen auf Bäume kletterten oder Fußball spielten, beobachtete er die Menschen. Schon als Kind hatte er viel gemalt, sich Geschichten ausgedacht und aufgeschrieben. Im Jahr 1999 erschien Leberts Debütroman "Crazy", der in 33 Sprachen übersetzt und auch schon verfilmt wurde. Der damals 16-jährige setzte sich in dem Roman mit den Problemen des Erwachsenwerdens und seiner Behinderung auseinander. Noch immer wird „Crazy“ in den Schulen gelesen, so auch in Leberts Parallelklasse, als er gerade versuchte, seinen Hauptschulabschluss nachzuholen. „Ein wunderbares Beispiel für die inklusive Schule“, kommentierte Hüppe Leberts Schilderung. Lebert machte nie einen Schulabschluss, sondern schrieb weitere vier Bücher. Das neueste, aus dem der Schriftsteller las, heißt „Im Winter Dein Herz“ und schildert die sonderbare Winterreise drei junger Menschen. Zwei von ihnen sind aus einer therapeutischen Anstalt geflohen, eine junge Frau namens Anina, die bei einer Tankstelle arbeitete, begleitet Robert und Kudowski durch ein Deutschland, dessen Bewohner sich fast alle im Winterschlaf befinden. In Robert, der nicht mehr schlucken kann, spiegelt sich einiges Selbsterlebte: Lebert war vor zwei Jahren aufgrund einer Essstörung so stark abgemagert, dass er für längere Zeit in eine Klinik musste. Wie Benjamin Lebert überwindet in dem lesenswerten Roman auch Robert seine Krankheit. Hubert Hüppe: „Es war ein großartiges Ereignis, Benjamin Lebert hier bei uns begrüssen zu dürfen. Diese Lesung kann zu Recht als einer der Höhepunkte des diesjährigen Kulturprogramms des Kleisthauses bezeichnet werden.“
Mehr zu den Veranstaltungen im Kleisthaus, zur Tätigkeit des Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, und die Möglichkeit, einen Newsletter zu bestellen unter
www.behindertenbeauftragter.de

Hubert Hüppe, *Beauftragter der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen*

20 Jahre Kindernetzwerk Was es bietet und wem es hilft!

Seit nunmehr genau 20 Jahren bietet die bundesweite Organisation „Kindernetzwerk für Kinder, Jugendliche und (junge) Erwachsene mit chronischen Krankheiten und Behinderungen“ Eltern von Kindern und Jugendlichen mit Erkrankungen/Behinderungen aber auch Fachleuten Unterstützung an.

Für viele betroffene Kinder und deren Eltern, die mit ihrem - häufig auch beatmeten Kind - schon oft über Jahre auf der Suche nach einer optimalen Betreuung oder einer qualifizierten Kurzzeit- oder Dauerpflegeeinrichtung von „Pontius zu Pilatus“ gelaufen sind, ist das Kindernetzwerk manchmal der letzte Rettungsanker. Je schwerer und seltener eine Erkrankung ist und je intensiver ein Kind versorgt oder gepflegt werden muss, desto größer sind die Nöte der betroffenen Familie. Um deren Sorgen ein wenig zu vermindern, sind vom Kindernetzwerk seit 1992 nach und nach deutschlandweit einmalige Datenbanken sowie Informations- und Lotsensysteme zu mittlerweile rund 2.300 Erkrankungen oder Behinderungen aufgebaut worden. Dabei handelt es sich um weiterführende Adressen (etwa von spezialisierten Rehaeinrichtungen oder Zentren), um Elternadressen und Selbsthilfe-Anlaufstellen bis hin zu patientenverständlichen Informationen (Krankheits-Übersichten, Erst-Informationen). Rund zwei Drittel aller Anfragenden pro Jahr, die zunehmend über das Internet laufen, geben an, dass ihnen das Kindernetzwerk mit seinen Datenbanken auch wirklich weitergeholfen hat.

Konkret hilft das Kindernetzwerk weiter, wenn

- Eltern Erfahrungen mit anderen Eltern austauschen möchten, um herauszufinden, wie diese die Herausforderungen bewältigen (Eltern-Datenbank);
- Eltern einen Kontakt zu einer Eltern-Selbsthilfegruppe oder einem Bundesverband suchen (Selbsthilfegruppen-Datenbank);
- Eltern oder Fachleute wissen wollen, ob in einem Zentrum überdurchschnittliche Behandlungs-Erfahrungen bei speziellen Erkrankung vorliegen;
- Betroffene oder auch Fachleute einen ersten Überblick über die 2.300 vom Kindernetzwerk vertretenen Krankheitsbilder erhalten wollen.

Für rund 100 Mitgliedsorganisationen, die rund 150.000 Eltern repräsentieren, fungiert das Kindernetzwerk mittlerweile auch als politische Plattform, um gemeinsam die häufig identischen oder ähnlichen Probleme, Sorgen oder Nöte von Eltern mit kranken oder behinderten Kindern/Jugendlichen an die Politik und die Kostenträger herantragen zu können. Dazu zählt auf Bundesebene auch der Verein INTENSIVKinder zuhause e.V. mit seinen angeschlossenen Regionalstellen. Zu diesen Anlaufstellen unterhält das Kindernetzwerk regelmäßigen Kontakt. Geplant ist zudem in Zukunft, stärker die pflegerische Versorgung von Kindern mit besonderem Bedarf – gerade auch von intensivmedizinisch versorgten Kindern – in den Fokus der politischen und medialen Arbeit zu rücken. *rs*

Fotos: ***Hartmut Kreutz***

KINDERNETZWERK
WIR HELFEN WEITER

Mitglieder im AK Junge Erwachsene im Kindernetzwerk (v.l.n.r.) ***Christian Sproedt*** *und* ***Maike Tietschert***

Wolfgang Zöller, *MdB, Patientenbeauftragter der Bundesregierung*

Daniel Bahr, *MdB, Bundesminister für Gesundheit (l.) und* ***Prof. Dr. Rainer Blank,*** *Vorstandsmitglied Kindernetzwerk e.V. (r.)*

Mehr dazu auf der Homepage,
auf der auch der „2. Berliner Appell 2012“
des Kindernetzwerk e.V
(inklusive Handlungskatalog) zu finden ist.

Kindernetzwerk e.V.
Hanauer Straße 18
63739 Aschaffenburg
Telefon: 0 60 21/1 20 30, 01 80/5 21 37 39
E-Mail: info@kindernetzwerk.de
Internet: www.kindernetzwerk.de

Prof. Dr. Rainer Blank *(l.) im Gespräch mit* ***Dr. Hans Joachim Landzettel,*** *Mitglied des Pädiatrischen Beraterkreises von Kindernetzwerk e.V. (r.)*

Grußwort von Christian Ude Münchens Oberbürgermeister

Wie bereits im vergangenen Jahr, begrüßt Münchens Oberbürgermeister Christian Ude wieder die vielen Teilnehmerinnen und Teilnehmer des MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®, die aus dem gesamten Bundesgebiet anreisen werden.

Christian Ude
Oberbürgermeister der Landeshauptstadt München

Sehr geehrte Damen und Herren,

den Ruf Münchens als ein führendes europäisches Kompetenzzentrum der Medizin und Gesundheitsversorgung bekräftigen hier jedes Jahr auch bedeutende Kongresse, Tagungen und Fachmessen aus diesem Bereich. Der MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress® ist sogar zu einer der bundesweit wichtigsten Fachveranstaltungen auf seinem Gebiet geworden und wird auch heuer wieder wertvolle Impulse für die Verbesserung der außerklinischen Intensivversorgung liefern.

Zum Erfolg des MAIK trägt jedes Mal auch das große fachliche Forum bei, das München dafür zu bieten hat: Unsere Stadt ist nicht nur ein bedeutender Standort der Medizintechnik, die eine immer bessere medizinische Versorgung auch außerhalb der Klinik ermöglicht. Gerade in München, einem der medizinisch bestversorgten Gebiete Deutschlands, gewinnt auch die außerklinische Intensivversorgung von Patienten, die lieber in ihrem gewohnten Umfeld versorgt und betreut werden wollen, ständig an Bedeutung. Umso mehr ist man sich in München daher auch bewusst, dass sich die hohe Qualität dieser Versorgung nur sichern und weiter ausbauen lässt, wenn sich die medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und technischen Dienstleistungen optimal ergänzen und die Attraktivität der entsprechenden Pflegeberufe spürbar verbessert wird.

Dem 5. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress® 2012 wünsche ich auch in dieser Hinsicht einen erfolgreichen Verlauf. Alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer heiße ich dazu wieder sehr herzlich in München willkommen.

Christian Ude
Oberbürgermeister der Landeshauptstadt München

Hätten Sie es gewusst?

Neue Fragen aus dem MAIK-QUIZ, das die beiden Experten Dr. med. Paul Diesener und Dr. med. Matthias Wiebel ausgearbeitet haben.

Eines der beiden Rateteams beim MAIK-QUIZ 2011.
*Links **Dr. med. Matthias Wiebel** in Aktion!*

1. Die Tracheotomie...

A … erschwert die Atmung
B … zwingt zum flacheren Atmen
C … erhöht den intrinsic PEEP.
D … hat keinen Einfluss auf die Atemluftklimatisierung.

2. Notfallmanagement: Invasise Beatmung, geblockte Kanüle, keine Volumenanzeige mehr, Kanüle frei und kein Sekret abzusaugen. Welcher Haut-Befund hilft weiter?

A … Knirscht wie Schnee
B … Nass wie ein Pudel
C … Gemasert wie Marmor
D … Knallrot wie ein Gummiboot

3. M. Duchenne, invasive Beatmung, WS-Aufrichtung, post-OP hohe Leckage trotz Nachblockung. Welche Aussage ist falsch?

A … An der Kanüle mit verstellbarem Flansch ist keine Markierung.
B … Die Schlauchverbindungen wurden noch nicht geprüft
C … Der CO2-Port am HME ist weg.
D … Mit der OP hat es nichts zu tun.

Die Auflösung der Fragen folgt in Heft 18!

MAIK-Kasuistik

Kasuistik (lat. casus: „Fall“) bezeichnet die Betrachtung von Einzelfällen in einem bestimmten Fachgebiet. Der MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress® des vergangenen Jahres hat gezeigt, wie spannend und angeregt konkrete Fallbeispiele aus der außerklinischen Intensivversorgung diskutiert wurden. In diesem Jahr soll es dazu noch mehr Gelegenheit geben!

Für die Diskussion konkreter Fallbeispiele ist am Samstag, 27. Oktober 2012 die Zeit von 15.30 bis 16.30 Uhr eingeplant. Experten wie Dr. Dagmar Röhling, Oberärztin Kinder- und Jugendpsychiatrie der Uniklinik Köln, Dr. Karsten Siemon, Oberarzt und Leiter der Abteilung Frührehabilitation Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft GmbH und Jörg Brambring, Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH werden eingereichte Fallbeispiele vorstellen und mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern erörtern. Schon jetzt freuen sich die Experten über Vorschläge. Bitte keine ausgefeilten Thesenpapiere oder Abstracts! Teilnehmen können alle Angehörigen der Berufsgruppen, die in der ausserklinischen Intensivversorgung tätig sind. Es geht um den zwanglosen und lebhaften Austausch. Ideen und Fragestellungen bitte an Jörg Brambring: jb@heimbeatmung.com Auch im Themenkomplex „Update Sozialrecht“ am 26. Oktober 2012 (11.00 bis 12.30 Uhr) von Anja Hoffmann LL.M.Eur., Landesbeauftragte des bpa Berlin-Brandenburg wird die Referentin für Fragen zur Verfügung stehen. Dies gilt auch für den Themenkomplex „Wohngemeinschaften“ am 27. Oktober 2012 (9.00 bis 10.30 Uhr) mit RA Dr. jur. Johannes Groß M. A., Fachanwalt für Sozialrecht und Familienrecht, Berlin und Richard Binzer, Dipl. Soz.Päd., der die Fachstelle für Pflege- und Behinderteneinrichtungen, Qualitätsentwicklung und Aufsicht vertritt.

MAIK-Preis

Noch bis zum 31. August 2012 ist es möglich, sich für den MAIK-Preis zu bewerben oder ein Unternehmen vorzuschlagen, das den MAIK-Preis erhalten soll. Dieser wird erstmalig zum fünfjährigen MAIK-Jubiläum einem Unternehmen verliehen, das eine herausragende Charity-Aktion durchgeführt hat oder durchführt.

Die Aktivität des Unternehmens soll Bezug zur außerklinischen Intensivpflege haben. „Mit der Verleihung des 'MAIK' zeigen wir“, so Kongresspräsident Christoph Jaschke „dass es Unternehmen in der Gesundheitswirtschaft gibt, die neben ihren unternehmerischen Zielen den Menschen im Blick haben. Damit haben sie eine Vorbildfunktion.“ Kongresspräsident Jörg Brambring: „Das Image der außerklinischen Intensivpflege steht in engem Zusammenhang mit den Unternehmen der Medizintechnik. Es gibt Unternehmen, die die Gewinnmaximierung als Chance sehen, damit auch Gutes zu tun. Dies wollen wir mit dem 'MAIK' publik machen.“ Der „MAIK“-Preis, von einem Künstler angefertigt, wird ein stilvolles Unikat sein, das in jedem Jahr nur ein einziges Mal vergeben wird. Die Jury bilden die beiden Kongresspräsidenten und die Mitglieder des Wissenschaftlichen Beirats. Vorschläge bitte an den Veranstalter.

MAIK-Jobportal

Bei den meisten Kongressen und Industrieausstellungen gibt es auch Jobangebote. Die dafür gedachten Stellwände gehen leicht unter. Deshalb ist die diesjährige „Stellwand“ für Jobs direkt auf der Kongress-Homepage.

Das MAIK-Jobportal steht allen Interessierten zur Verfügung.

Der Vorteil einer Stellenanzeige auf der MAIK-Homepage besteht darin, dass bei jeder Werbemaßnahme für den MAIK Münchner ausserklinischer Intensiv Kongress® in Form von Plakaten, Flyern, via Internet, in der „Gepflegt durchatmen. Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung“ und im Rahmen der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit gleichzeitig auf die Stellenanzeige hingewiesen wird. Wer eine Stellenanzeige schalten möchte, wende sich bitte an den Veranstalter. Die Anzeige wird bis Ende November 2012 auf der Homepage www.maik-online.org platziert sein. Vielleicht können am Rande des MAIK Münchner ausserklinischer Intensiv Kongress® schon erste Vorstellungsgespräche geführt werden!

www.maik-online.org

MAIK-Anreise und Unterkunft

Gut für die Umwelt und bequem für die Anreisenden. Mit der Bahn ab 99,- Euro zum 5. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®. Die IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH bietet den Kongressteilnehmern in Kooperation mit der Deutschen Bahn attraktive Sonderkonditionen.

Mit dem Angebot des Ministeriums für Wissenschaft, Forschung und Kunst des Freistaates Bayern und der Deutschen Bahn können die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress® bei der Anreise sparen. Damit helfen sie auch der Umwelt und tragen zum Klimaschutz bei. Denn jede Bahnfahrt erspart der Umwelt im Vergleich zur Fahrt mit dem Auto durchschnittlich zwei Drittel an CO_2, im Vergleich zum Flugzeug sogar beachtliche 75 Prozent. Der Preis für das Veranstaltungsticket zur Hin- und Rückfahrt nach München beträgt: 2. Klasse 99,- Euro, 1. Klasse 159,- Euro. Die Fahrkarte gilt für den Reisezeitraum vom 24. bis 29. Oktober 2012 zur einmaligen Hin- und Rückfahrt.
Telefonische Buchung der Reise unter der **Servicenummer +49 (0)1805 - 31 11 53** mit dem Stichwort: UNI Bayern, Kreditkarte zur Zahlung bereit halten!
Wer eine Übernachtungsmöglichkeit während des MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress® benötigt, kann unter den Stichwort „MAIK 2012“ direkt im Kongresshotel Holiday Inn Munich - City Centre über einen Link auf www.maik-online.org ein Zimmer buchen. Preise Holiday Inn: Einzelzimmer 107,- Euro, Doppelzimmer 128,- Euro

Holiday Inn Munich - City Centre
Hochstrasse 3
81669 München
Tel.: + 49 (0)89 48030
Fax: + 49 (0)89 448-7170
E-Mail: hi.muenchen@whgeu.com
http://www.munich-meeting-centre.de

MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

Gespräch mit den beiden Initiatoren und Kongresspräsidenten des MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress® Jörg Brambring und Christoph Jaschke.

Wie kamen Sie vor fünf Jahren auf die Idee, einen Fachkongress zu organisieren? Hatten Sie nichts anderes zu tun?

Im Gegenteil! Im Jahr 2008 war die außerklinische Intensivversorgung noch lange nicht so gut aufgestellt wie heute: Es gab z.B. wesentlich weniger Anbieter, die Klienten mussten deshalb sehr lange warten, bis sie zuhause versorgt werden konnten, es gab weniger Standards für die Pflegequalität, und die Pflege selbst hatte sich überhaupt noch nicht organisiert. Die Pflegekräfte arbeiteten in der Häuslichkeit still vor sich hin, und die Öffentlichkeit wusste überhaupt nicht, was außerklinische Intensivversorgung ist und was sie allen Beteiligten abverlangt. So etwas wie den MAIK gab es nicht, also einen Kongress ganz speziell für die außerklinische Intensivpflege! Wir wollten damit einen Termin schaffen, an dem sich alle Berufsgruppen, die in die ausserklinische Intensivversorgung eingebunden sind, treffen und sich vernetzen. Gleichzeitig wollten wir die Publicity für diese ganz spezifische Pflege fördern.

Wenn Sie auf die letzten fünf Jahre zurückblicken, in denen vier Mal ein MAIK stattgefunden hat, ist Ihnen dies gelungen?

Die Teilnehmerzahlen sind jährlich gestiegen. Rekord war der MAIK 2011, in dem rund 600 Teilnehmer aus dem ganzen Bundesgebiet gekommen waren. Auch Unternehmen der Medizintechnik und viele mit speziellen Angeboten für Kinder und Erwachsene, die beatmet werden, kommen gerne zum MAIK. Sie schätzen die gute Atmosphäre dieses Kongresses. Die Gestaltung der Industrieausstellung, die mitten im Kongress stattfindet, und nicht zu vergessen das hervorragende Catering, fördern sehr die Kommunikation.

Warum haben Sie München als Veranstaltungsort gewählt?

München hat eine lange Tradition in der ausserklinischen Beatmung. Ende der 80er Jahre fand hier bereits ein erster großer Kongress für beatmete Menschen statt. In der bayerischen Landeshauptstadt steht sozusagen „die Wiege“ der außerklinischen Intensivversorgung, angestoßen von der Selbsthilfe. Später ist daraus die angesehene „Stiftung Pfenningparade“ hervorgegangen. Aus dieser ganz spezifischen Tradition heraus genießt der MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress® - gerade im Zusammenhang mit München – einen hervorragenden Ruf. München ist also sehr viel mehr als der Name unserer Landeshauptstadt, sondern hat eine immense Symbolkraft! Abgesehen davon ist München eine tolle Stadt, und wir sind stolz darauf, dass der Münchner Oberbürgermeister immer die Besucher des MAIK mit einem Grußwort willkommen heißt.

Nehmen auch Menschen am MAIK teil, die beatmet werden?

Ja, es werden immer mehr. Wir freuen uns über jeden beatmeten Menschen, wenn er die Kraft und gute Assistenten hat, um zum MAIK-Münchner außerklinischer Intensiv Kongress® zu kommen. In unserem Wissenschaftlichen Beirat ist von Anfang an z.B. Frau Maria-Cristina Hallwachs, die schon Referate gehalten oder moderiert hat. Für Betroffene bieten wir Sonderkonditionen an. Wir haben außerdem das Holiday Inn Hotel gewählt, weil es über barrierefreie Zimmer verfügt. Als wir den MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress® ins Leben riefen, war in Deutschland die UN-Behindertenrechtskonvention noch gar nicht übersetzt! Wir waren begeistert über ihren Inhalt, denn die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben, die darin klar als Menschenrecht definiert wird, ist ja gerade der Kern der außerklinischen Intensivversorgung. Die Pflegekräfte unterstützen Menschen, dass sie trotz Beatmung ein Leben führen können, in dem sie Lebensqualität und Lebensfreude erfahren - und es gibt immer wieder Fortschritte und/oder tolle Erlebnisse, wie z.B. Urlaube, Entwöhnung vom Respirator und vieles mehr. Da wir per se die Menschen in ihrer Häuslichkeit oder neuerdings auch in WGs pflegen, machen wir ein konkretes Alternativangebote zu Intensivstation oder Heim. Und wir verstehen uns vor allem auch als Lobby der Menschen, die sich gar nicht mitteilen können.

Wenn Sie an den ersten MAIK zurück denken, was hat sich seitdem verändert?

Wir glauben schon, dass wir etwas bewirkt haben. Wenn man sich umsieht, dann finden immer mehr regionale Intensivpflegetage statt. Fast in jedem Bundesland formiert sich die ausserklinische Intensivpflege, die Berufsgruppen treffen sich, tauschen sich aus, erarbeiten in regionalen Gruppen Qualitätsstandards, z.B. das Netzwerk KNAIB Kompetenz Netzwerk Außerklinische Intensivpflege Bayern. Diejenigen, die außerklinische Intensivpflege tagtäglich leisten, sind unserer Meinung selbstbewusster geworden – und auch freudiger! Denn sie finden mehr Anerkennung und Wertschätzung. Dies liegt auch daran, dass wir beim MAIK immer das Thema „Zufriedenheit der Mitarbeiter“ angetriggert haben. Das Great Place to Work Institute Deutschland ist immer beim MAIK vertreten, und es vergibt inzwischen jährlich den Sonderpreis „Ambulante Intensivpflege“. In diesem Jahr bietet es gemeinsam mit der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales einen Workshop zum Thema „Gesundheitsfördern des Führen“ an!

Wie ist der Kontakt zu Fachmedizin und zu den Fachgesellschaften?

Die Kooperation ist gut. Die Medizin und die hochspezialisierte Pflege brauchen einander. Unsere Pflegekräfte nehmen den Ärztinnen und Ärzten viel Arbeit ab, d.h. was jetzt gerade in Modellvorhaben getestet wird, nämlich die Übernahme ärztlicher Tätigkeiten durch Pflegekräfte, ist bei uns längst Alltag. Die Kliniker wissen dies zu schätzen. In Fachgesellschaften wie der DIGAB ist die Pflege im Vorstand vertreten, sie hat an der Erarbeitung der S2-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ mitgewirkt und steht in ständigem Austausch, gerade auch beim MAIK.

Was möchten Sie mit dem MAIK erreichen?

Wir wollen auch politisch etwas erreichen, und die Politik nimmt uns wahr. So beteiligen sich an unserer Podiumsdiskussion immer Fachpolitiker aus dem Deutschen Bundestag oder aus Landtagen. Außerdem ist es uns wichtig, mit den Krankenkassen ins Gespräch zu kommen. Unsere großen Ziele sind eine bessere Struktur der außerklinischen Intensivversorgung, eine klare Preisgestaltung und eine geordnete zeitnahe Überleitung. Wer werden so lange keine Ruhe geben, bis die Rahmenbedingungen der außerklinischen Intensivpflege politisch geordnet worden sind. Denn alles Chaos und Preisgezerre wird letztlich auf dem Rücken der beatmeten Menschen ausgetragen.

In diesem Jahr gibt es erstmals einen MAIK-Preis. Was ist die Idee?

Große Unternehmen der Medizintechnik werden oft von sehr engagierten und empathischen Menschen geführt. Natürlich muss ein Unternehmen Gewinn machen, um existieren und investieren zu können. Aber es gibt hier Unternehmer und Mitarbeiter, die sich darüber hinaus dafür einsetzen, dass Menschen hierzulande oder im Ausland, wo keine so guten Voraussetzungen für die optimale Pflege herrschen, dennoch Lebensqualität erfahren. Sie spenden Technik und Hilfsmittel, sie spenden Pflegezeit, sie engagieren sich ehrenamtlich – und oft völlig im Stillen. Ein solches Unternehmen wollen wir mit einem ganz besonderen Preis ehren. Wir sind allerdings noch in der Findungsphase, wer das Kunstwerk „MAIK-Preis“ erhalten wird... !

Werden Sie also die Tradition des MAIK fortsetzen?

Auf jeden Fall! Dies ist eine ehrenamtliche Tätigkeit und für uns eine ideale Möglichkeit, uns jenseits des Unternehmerischen zu engagieren. Wir sind mit der Selbsthilfe hier auf einer Linie. Es geht um die Kinder und Erwachsenen, die oft zu den Schwächsten in unserer Gesellschaft zählen und die uns brauchen. Die Aktionspläne zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention werden derzeit in den Bundesländern und im Bund ausgearbeitet, das unterstützen wir gerne. Empowerment, Selbstbestimmung, Lebensqualität - all das kann die außerklinische Intensivpflege leisten, auch hinsichtlich der pflegenden Angehörigen und Familien. Und weil dieser Beruf so ganzheitlich ist, begeistert er auch. Das machen wir mit dem MAIK sichtbar. Den Führungs- und Pflegekräften, die beim MAIK mitwirken und/oder helfen, sieht man diese Freude auch an. „Was seid denn ihr für eine fröhliche Truppe“, diese Frage wurde uns am Rande des MAIK schon oft gestellt.

Deshalb ein ganz großes Danke an alle, die sich für das Zustandekommen des MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress® engagieren!

26. bis 27. Oktober 2012

Holiday Inn Hotel Munich (City Centre)

MAIK

Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

mit erstmaliger Verleihung des MAIK-Preises

Podiumsdiskussion zum Thema "Wohngemeinschaften"

www.maik-online.org

Veranstalter: IHCC Intensive **H**ome **C**are **C**onsulting **GmbH**®

FAHL Andreas Fahl Medizintechnik-Vertrieb GmbH

servona

VIVISOL SOLGROUP

WKM www.wkm-rehamed.de

ResMed

smiths medical bringing technology to life

Heimbeatmungs Service Brambring Jaschke GmbH

HEINEN + LÖWENSTEIN Lebenserhaltende Medizintechnik

The Linde Group Linde

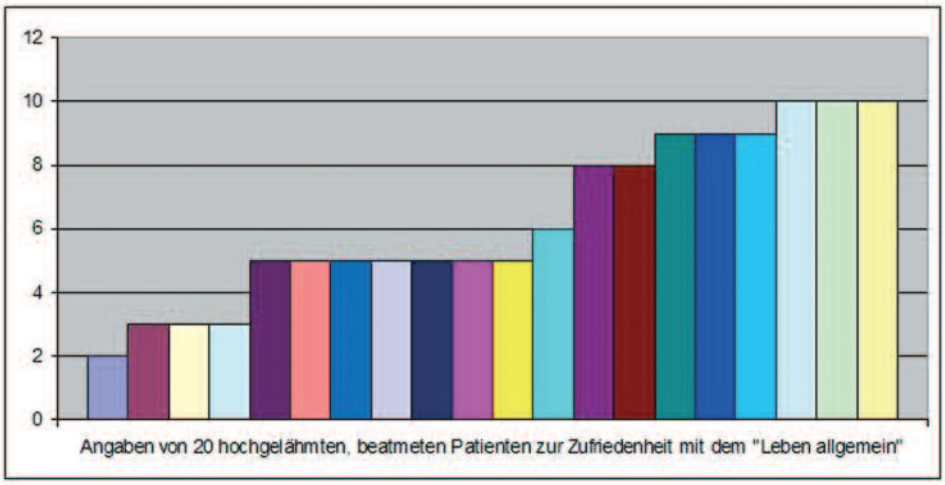
Querschnittlähmung und Beatmung unter dem Aspekt der Ethik und Lebensqualität

Die Medizin hat heutzutage eine hohe Kompetenz entwickelt, Leben zu retten. Wie ist es aber um die Qualität des geretteten Lebens bestellt? Wann denkt man über ein Behandlungsende nach? Am Beispiel hochgelähmter, dauerbeatmeter Querschnittgelähmter gehen wir auf die Thematik ein. Wir stellen ein Modell vor, wie man professionell mit dem Wunsch des Behandlungsabbruches umgehen kann.

Die Arbeit mit hochgelähmten Patienten konfrontiert uns täglich mit der Frage nach der Sinnhaftigkeit unseres Tuns. In der ersten Rehabilitationsphase äußern Patienten und deren Angehörige häufig den Wunsch nach einem Behandlungsende, der sich dann im weiteren Verlauf häufig relativiert. Der Grat, auf dem wir uns zwischen der Autonomie des Patienten und unserem Rehabilitationsauftrag bewegen, ist oftmals schmal. Es gilt zu begleiten, Perspektiven aufzuzeigen und dabei die Entscheidung wohin der Weg geht, in den Händen des Patienten zu belassen.
Unsere Empfehlung an den Patienten lautet daher, sich selbst eine Chance zu geben und sorgfältig zu prüfen, in wie weit ein Leben mit dieser Behinderung angenommen werden kann. Gleichzeitig signalisieren wir unsere Bereitschaft, ihn auch dann zu unterstützen, wenn für ihn ein Leben mit Beatmung dauerhaft nicht vorstellbar ist.

Der Begriff der Lebensqualität
Jeder Mensch hat verschiedene Vorstellungen von dem, was Lebensqualität ausmacht. Diese Bewertung ist abhängig von Lebensalter, Lebensumständen und Erfahrungen eines Menschen. Die meisten Definitionen stellen die persönliche Zufriedenheit ins Zentrum und beachten körperliche, geistige, seelische und materielle Aspekte.
Die Definition der WHO beschreibt die "Lebensqualität als die subjektive Wahrnehmung einer Person über ihre Stellung im Leben in Relation zur Kultur und den Wertsystemen, in denen sie lebt und in Bezug auf ihre Ziele, Erwartungen, Standards und Anliegen". (Definition der WHO,1993)
Prof. Franz Porzolt (Universität Ulm) definiert sehr pragmatisch „Lebensqualität als die Differenz zwischen dem Soll- und dem Istwert“, wobei der Sollwert die Ansprüche des Menschen ausdrückt und der Istwert die Realität. „Ist die Differenz sehr groß, ist die Lebensqualität schlecht. Ist die Differenz gering, ist die Lebensqualität gut".

Bei der Betrachtung der Lebensqualität dauerbeatmeter Patienten kommt der subjektiven Komponente eine besondere Bedeutung zu, da die „objektiv“ messbaren Faktoren, insbesondere die Gesundheit, kaum geeignet sind, die Lebensqualität als hoch einzuschätzen. Menschen in objektiv schlechter Lage können zufrieden sein, Menschen in objektiv guter Lage sind häufig trotzdem unzufrieden. Wie wir die Qualität unseres Lebens einschätzen liegt in großem Maße in unserer persönlichen Verantwortung. Wir als Behandelnde können nur versuchen, geeignete Rahmenbedingungen hierfür zu schaffen.



Welche Rahmenbedingungen lassen sich in der Erstbehandlung schaffen?
In der Anfangsphase steht die Stabilisierung der Vitalparameter ganz im Vordergrund. Unser Hauptaugenmerk liegt folglich auf der Behandlungs-, nicht aber auf der Lebensqualität.
Nach Sicherung des Lebens, sollten wir unseren Fokus jedoch auch auf die Qualität des Lebens richten, auf die Teilhabe am Leben, eine größtmögliche Autonomie und Unabhängigkeit. Leben bedeutet auch Kommunikation, Mobilität und Autonomie. Um diese Ziele zu erreichen, braucht es neben dem interdisziplinären Behandlerteam der Klinik die frühzeitige Einbeziehung des sozialen Umfeldes des Patienten.
Trotz des heute herrschenden sozioökonomischen Drucks ist unserer Ansicht nach (vorausgesetzt es entspricht dem Willen des Patienten) aus folgenden Gründen nicht eine Heim-, sondern eine häusliche Unterbringung anzustreben:

- Jeder Mensch hat das Recht, darüber zu bestimmen, wo und wie er lebt.
- Jeder Mensch hat das Recht auf Selbstbestimmung und freie Entfaltung seiner Persönlichkeit.
- Niemand darf gegen seinen Willen in ein Pflegeheim verbracht werden.

Den Abschluss der stationären Erstbehandlung bildet die Überleitung in das häusliche Umfeld. Dieses sollte nach Abschluss von Hilfsmittelversorgung und Wohnberatung den Bedürfnissen des Patienten und den medizinischen und pflegerischen Notwendigkeiten angepasst sein.
Zur Sicherung der Behandlungspflege muss ein qualifiziertes Pflegeteam mit Fachpflegekräften gefunden und eingearbeitet worden sein. Darüber hinaus muss auch im weiteren Verlauf für den Erhalt der Lebensqualität der pflegeabhängige Mensch mit seinen persönlichen Bedürfnissen im Zentrum unser Handlungen stehen. Hierfür eignet sich eine Assistenz für die alltäglichen Verrichtungen des Lebens, die selbstbestimmt durch den zu Versorgenden angewiesen wird. Jemand der sich nicht selber versorgen kann, kann gleichwohl die Autonomie über z.B. seinen Lebensrhythmus behalten.

Wie ist es nun um die Lebensqualität von dauerbeatmeten Menschen bestellt?
Zur Klärung der Frage, inwieweit hochgelähmte beatmete Patienten eine gute Lebensqualität erreichen können, fanden wir in der Literatur kaum Hinweise. Daher haben wir ehemalige Patienten unserer Klinik angeschrieben sowie drei Patienten befragt, die sich zur Zeit in einer fortgeschrittenen Phase der Erstbehandlung in unserer Klinik befanden. Von den angeschriebenen 40 Patienten erhielten wir eine Rückmeldung von 22 Patienten. Auf Grund der geringen Fallzahlen sind sicherlich keine Signifikanzen zu erheben, es lassen sich aber durchaus Tendenzen erkennen. Als Design wählten wir zwei etablierte Fragebögen zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität aus. Der erste Fragebogen, das Nottingham-Health-Profile, besteht aus 38 als Selbstaussagen formulierten Items, welche in den 6 Dimensionen: Energieverlust, Schmerzen, emotionale Reaktion, Schlafprobleme, soziale Isolation und physische Mobilität, gegliedert sind. Einige Fragen mussten wir anpassen: z.B. „ich habe Schmerzen beim Gehen“ wurde „ich habe Schmerzen beim Fahren im Rollstuhl“ verändert. Als zweites Messinstrument setzten wir die Münchner Lebensqualitätsdimensionsliste ein. Diese fragt die Zufriedenheit auf einer Skala von 0 - 10 in verschiedenen Bereichen ab.

Nottingham-Health-Profile
Im Vergleich zur Normalbevölkerung gaben unsere Patienten bei der Dimension Energieverlust einen geringeren Wert an, auch Schmerzen wurden weniger beklagt. Ebenso fiel die emotionale Reaktion („ich fühle mich niedergeschlagen", „ich fühle mich gereizt") geringer aus. Schlafprobleme hingegen wurden häufiger geäußert, und es fand sich eine stärkere soziale Isolation. Insgesamt erschienen uns die Abweichungen zur Normalbevölkerung relativ gering.

Münchner Lebensqualitätsdimensionsliste
Da wir keine eigene Vergleichsgruppe hatten, orientierten wir uns bei der Bewertung an den zusammengetragenen Ergebnissen dieses Tests von Steinbüchel(1) et. al. (2009)
Zieht man zum Vergleich die Ergebnisse der Befragung von Studenten heran, dann zeigt sich bei unseren Patienten eine bessere Bewertung ihrer geistigen Leistungsfähigkeit, des Selbstwertgefühls, von Unterstützung und Geborgenheit, im Familienleben und in der Wohnsituation. Eine schlechtere Bewertung ergibt sich bei der körperlichen Leistungsfähigkeit, dem Sexualleben, der beruflichen Situation und der Selbständigkeit im Alltag.
Die Frage nach dem Leben allgemein stellte einen guten Gesamtmittelwert der Befragung dar und zeigt, dass Lebensqualität zwar nicht für alle selbstverständlich, aber doch möglich ist. (N. Jürgens(2) et. al. 2009)

Suizidalität Querschnittgelähmter
Eine neue monozentrische Kohortenstudie an 102 Patienten des BG-Unfallkrankenhauses Hamburg zu den Todesursachen Querschnittgelähmter (R Thietje(3) et. al., 2011) zeigt, dass die Suizidrate bei unfallverletzten querschnittgelähmten Tetraplegikern bei 16,7% liegt (ca. 1,2% bei allen Sterbefällen in der BRD, 2010)(4). Diese traurige Tatsache macht deutlich, dass es längst nicht allen Betroffenen möglich ist, eine zufriedenstellende Lebensqualität zu entwickeln.

Wie gehen wir mit dem Wunsch nach Behandlungsabbruch um?
Im stationären Rahmen zeigt sich die beschriebene Problematik einer nicht ausreichenden Lebensqualität in erster Linie in dem Wunsch nach einem Behandlungsabbruch oder nach Verzicht auf lebenserhaltende Therapien. Ein Thema, das aus unserer Sicht in den letzten Jahren immer drängender geworden ist. Die Patienten, die zu uns kommen, sind längst nicht mehr die „fitten Paraplegiker", denen wir während der Erstbehandlung zu größtmöglicher Selbständigkeit verhelfen können. Wir haben viele Patienten, die aufgrund der Lähmungshöhe, des Alters und meist zahlreicher Begleiterkrankungen keine Aussicht auf ein selbständiges Leben haben. Die Möglichkeiten der modernen Medizin führen immer häufiger dazu, dass Patienten das Ergebnis unserer Behandlung nicht mehr als Segen, sondern als Fluch empfinden – sie konfrontieren uns mit der Aussage oder dem Wunsch, dass sie so nicht mehr weiterleben möchten. Auch bitten uns Angehörige von einwilligungsunfähigen Patienten immer häufiger darum, bei auftretenden Komplikationen auf invasive medizinische Maßnahmen zu verzichten oder fragen nach der Möglichkeit, die maschinelle Beatmung beenden zu können. In Zusammenarbeit mit der Ethikkommission unseres Hauses haben wir geklärt, wie weit das Selbstbestimmungsrecht des Patienten tatsächlich geht und für uns eine klare Haltung zu der Fragestellung „Sterbewunsch von Patienten" erarbeitet.

Ethikberatungsdienst
Ergebnis war die Einrichtung eines „Ethikberatungsdienstes" für das Querschnittgelähmten-Zentrum Hamburg, der interdisziplinär zusammengesetzt und als Liaisondienst organisiert ist. Mitglieder sind der leitende Oberarzt des QZ, die Stationsärztin und 4 Pflegekräfte der Intermediate Care Station und der Beatmungsstation, 2 Ergotherapeutinnen, 2 Physiotherapeutinnen, der Seelsorger und eine Psychologin. Wesentlich neben der Multiprofessionalität ist eine umfangreiche Berufserfahrung der Mitglieder. In unterschiedlichem Ausmaß und verschiedener Besetzung nehmen wir an den Visiten, Übergaben und Teams teil, so dass ein guter Überblick über das Geschehen im QZ gewährleistet ist. Wir sind im Klinikalltag präsent, haben dadurch eine niederschwellige Arbeitsweise, gehen möglichst präventiv vor und können zeitnah aktiv werden. Tätig werden wir jederzeit auf Wunsch und auch auf eigene Initiative.

Was tun wir konkret?
Der Ethikberatungsdienst unterstützt und berät bei ethischen Fragestellungen und moderiert z.B. Teamsitzungen, in denen schwierige Entscheidungen gemeinsam mit Vertretern aller betroffenen Disziplinen getroffen werden. Neben der Berücksichtigung des Patientenwillens ist ein ganz wesentliches Prinzip unseres Beratungsdienstes: Unsere Arbeitsweise soll rechtlich und ethisch korrekt, transparent für alle und vom Haus – also bis hin zur Geschäftsführung – getragen sein. Wir versuchen ein Klima zu schaffen, in dem ein offener Umgang mit Fragen, die sich ums Sterben drehen, sensibel und verantwortungsvoll gepflegt wird. Wir verstehen uns dabei als Ergänzung, nicht als Alternative zur Ethikkommission und arbeiten eng mit dieser zusammen. Die Ethikkommission ist für die Organisationsebene zuständig und schafft Strukturen. Wir fühlen uns für die Stations- und fallgebundene Ebene zuständig und geben Hilfe bei konkreten Entscheidungen bei ethischen Konflikten. Ein wichtiges Element unserer Arbeit ist die ethische Fallbesprechung. Hier wird neben der Sachlage auch über die emotionale Betroffenheit gesprochen. Die Mitarbeiter lernen dabei, den Konflikt beladenen Themen nicht auszuweichen, sondern sie miteinander zu diskutieren und dabei nicht nur medizinischen Sachstand und Gedanken, sondern auch persönliche Empfindungen auszutauschen und Ängste und Befürchtungen anzusprechen. Die Entscheidungen werden gemeinsam erarbeitet und dadurch von allen getragen. Dieser Weg hat sich keineswegs als einfach erwiesen, ist aber inzwischen als Ziel führender und notwendiger Prozess anerkannt. In diesen Besprechungen versuchen wir zu einem Konsens zu kommen. Jede Stimme zählt. Schwierige Entscheidungen werden gemeinsam erarbeitet und gemeinsam getragen. Bei Unsicherheit gibt es die Möglichkeit, von einem kompetenten Rechtsanwalt beraten zu werden. Themen der ethischen Diskussionen waren bislang allgemeine Konflikte, Verzicht auf lebenserhaltende Therapien und der Abbruch lebenserhaltender Therapien (maschinelle Beatmung).

Zusammenfassung
Im Vordergrund unserer täglichen Arbeit steht der Gedanke, Menschen mit einer Querschnittlähmung zu einem Leben zu verhelfen, das sie in größtmöglicher Selbständigkeit aktiv gestalten können. Dieses Ziel verfolgen wir im Rahmen modernster Medizin mit „allen geeigneten Mitteln" und großem Aufwand. Für manche Patienten ist aber irgendwann eine Grenze erreicht, jenseits der sie nicht mehr leben möchten und können. Sie entscheiden sich, lebensverlängernde Maßnahmen abbrechen oder gar nicht erst einleiten zu lassen.
Sich mit beiden Möglichkeiten zu befassen und unsere Patienten in ihrer Entscheidungsfindung nicht allein zu lassen gehört unverzichtbar zu einer umfassenden Rehabilitation Querschnittgelähmter.

1) N. von Steinbüchel, M. Bullinger, I. Kirchberger: Die Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen Liste (MLDL): Entwicklung und Prüfung eines Verfahrens zur krankheitsübergreifenden Erfassung von Lebensqualität. Zeitschrift für Medizinische Psychologie 3/1999
2) N. Jürgens, M. Neikes, S. Hirschfeld, R. Thietje: unveröffentlichte Untersuchung, 2009
3) R. Thietje, B. Kowald, S. Hirschfeld: Woran sterben Querschnittgelähmte heute? Die Rehabilitation 2011; 50: 1 – 4
4) Statistisches Bundesamt, Fachserie 12, Reihe 4, 2010

Die Autorinnen und Autoren aus dem Querschnittgelähmtenzentrum Berufsgenossenschaftliches Unfallkrankenhaus Hamburg
Bergedorfer Str. 10
21033 Hamburg
www.buk-hamburg.de

Nicola Jürgens, *Fachärztin für Allgemeinmedizin Stationsärztin Station 42 - IMC & Beatmung, Station 41 Hochgelähmten & Beatmung*

Martina Neikes, *Dipl.-Psych., Psychologische Psychotherapeutin, Zertifizierte EMDR-Therapeutin Spezielle Psychotraumatherapie (DeGPT)*

Dr. R. Thietje, *Facharzt für Chirurgie, Unfallchirurgie, Rehabilitatonswesen, Physikalische Therapie, Rettungsmedizin Chefarzt des Querschnittgelähmten-Zentrums*

Gelungene „Brückenschläge“ beim DIGAB-Kongress in Kassel

Vom 26. bis 28. April 2012 fand die 20. Jahrestagung der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. zusammen mit dem 7. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. in Kassel statt. Aus den vielen Referaten, Workshops, Diskussionen und Präsentationen sei die Podiumsdiskussion zum Thema „Organisation der außerklinischen Beatmung“ unter dem Vorsitz von Dr. Simone Rosseau aus Berlin aufgegriffen.

Bei der Organisation der außerklinischen Intensivversorgung liegt noch Vieles im Argen, es fehlen vor allem Strukturen. Dies war das Ergebnis der Podiumsdiskussion mit A. Rose von der Begutachtungs- & Beratungsstelle Minden (MDK Westfalen-Lippe), A. Bosch (Herrsching), der die Provider vertrat, J. Wallert, Techniker Krankenkasse, H. Wöbbeking, Bundesverband Poliomyelitis e.V. aus Bergkamen und PD Dr. med. M. Dreher, Pneumologie Universitätsklinikum Freiburg. Moderatorin Dr. S. Rosseau bemängelte, dass invasiv beatmete Patienten oftmals direkt von Intensivstationen in die Häuslichkeit entlassen würden, ohne dass vorher Kontakt zu einem Weaningzentrum oder einem Expertenzentrum für ausserklinische Beatmung gesucht worden sei. In den meisten Fällen sei nicht bekannt, dass es entsprechend spezialisierte Zentren gebe, in einigen Regionen fehlten jedoch ausreichende Kapazitäten zur Übernahme oder zur ärztlichen Beratung nicht spezialisierter Intensivstationen. Dies zeige deutlich, dass Weaningzentren und Zentren für außerklinische Beatmung mehr Öffentlichkeitsarbeit leisten müssten, um den Kontakt zu den Kliniken und insbesondere den Intensivstationen zu verbessern. Plattformen hierfür seien die DIGAB mit dem Zertifizierungsprozess der Zentren für außerklinische Beatmung, die regionalen Arbeitskreise für außerklinische Beatmung und das Kompetenznetzwerk Weannet der DGP mit der bereits erfolgreich durchgeführten Zertifizierung von Weaningzentren. Der Kontakt zu einem Expertenzentrum könne nicht nur kurzfristig, sondern auch noch mittel- bis langfristig Weaningressourcen aufzeigen. Aufgrund der umfangreichen Erfahrung könne in den meisten Fällen eine bessere außerklinische Versorgungsstabilität erreicht und der Patient in ein langfristiges, individuell optimiertes Betreuungskonzept integriert werden. Wallert forderte ein geregelteres Übergangsmanagement und einen „vernünftigeren Übergang von der Klinik in die Häuslichkeit“. Dann würden auch die Kosten in der außerklinischen Intensivversorgung sinken. Eine einzelne Kasse könne allerdings die Patientenströme nicht regeln, weil die Steuerung nach wie vor im Rahmen von Einzelverhandlungen stattfände.

Dr. Rosseau wies darauf hin, dass die Anforderungen an die Versorgung beatmeter Menschen sehr unterschiedlich seien. Alte und multimorbide Menschen, die nach Lungenentzündung, Schlaganfall, Herzinfarkt oder Sepsis mit einem Weaningversagen von der Intensivstation entlassen würden, benötigten neben der pflegerischen Betreuung eine umfangreiche medizinische Betreuung, die im ambulanten Bereich häufig an ihre Grenzen stoße. Bei der Betreuung von beatmeten Menschen mit neuromuskulären Erkrankungen stehe hingegen die pflegerische Versorgung im Vordergrund, die medizinische Betreuung würde sich in den meisten Fällen auf die eher langfristige Kontrolle der Beatmungstherapie beschränken. Diese Gruppe könne daher auch gut mit der Unterstützung durch Assistenten leben. Die Versorgung durch Laien werde angesichts des rapiden Anstiegs beatmeter Menschen zunehmen. Aufgrund der unterschiedlichen Bedürfnisse stelle sich die Frage, ob die 1:1-Versorgung für jeden Beatmeten die optimale Versorgung sei. Sobald eine intensive medizinische Betreuung und häufige Hausbesuche durch den Arzt erforderlich wären, seien Einrichtungen mit mehreren Patienten, die eng mit einem niedergelassenen Arzt kooperieren, oft sogar sicherer.

Rose wies auf die Misere der sog. „Notfallentlassungen“ hin: Wegen wegen knapper Bettenkapizitäten auf den Intensivstationen würden beatmete Patienten „irgendwohin“ entlassen. Laut Dr. Rosseau seien sog. „Notfallentlassungen“ in Berlin z.B. trauriger Alltag. Der Begriff „Notfallentlassung“ sei jedoch in sich ein Paradoxon. Der MDK habe, so Rose, wenig Einspruchsmöglichkeiten bei schlechten Versorgungen. Eine Pflegeeinrichtung könne allerdings nicht einfach von heute auf morgen auch beatmete Menschen aufnehmen. Sie müsse ein Konzept vorlegen und einen Sondervertrag unterzeichnen. Trotzdem würden immer wieder beatmete Menschen in Einrichtungen entlassen, die nicht auf Beatmung ausgelegt seien. Und wie steht es um die Qualifikation der MDK-Prüfer? Die DIGAB-Zertifizierung hinsichtlich der Qualifizierung des Personals sei beim MDK noch nicht als Qualitätskriterium implementiert, da hier die einzelnen Landesverbände des MDK Mitspracherecht hätten. Die MDK-Prüfer seien Ärzte oder Pflegekräfte mit einschlägiger Berufserfahrung. Damit dies gewährleistet sei, würde der MDK keine Prüfer unter 30 Jahren einstellen. Es würden zudem laufend interne Schulungen angeboten. Für den MDK stehe die Fachlichkeit der Pflegekräfte bei der Beurteilung im Vordergrund, selbst wenn er auch sehr motivierte Hilfskräfte erlebe. Der Kassenvertreter stimmte dem zu, für die Kostenträger seien Versorgungen ohne qualifiziertes Personal nicht erwünscht.

Angesichts des Pflegenotstands hat die fortgesetzte Überprüfung des Weaningpotentials einen besonderen Stellenwert, denn im Falle einer doch noch zu erzielenden Beatmungsentwöhnung verlassen die Patienten den Kreislauf der betreuungsintensiven invasiven außerklinischen Beatmung. Tatsache ist, dass es an spezialisierten Weaningzentren fehlt. In informellen Netzwerken wird in Kooperation mit Ärzten und Therapeuten auch in der Häuslichkeit der Weaningprozess unterstützt. „Weaning außerhalb der Klinik und außerhalb von Zentren ist nicht sinnvoll“, stellte Dr. Dreher fest. Dr. Rosseau wies darauf hin, dass Patienten im prolongierten Weaning unter Umständen auch mehrfach täglich die Beurteilung und Therapieanpassung durch den ärztlichen Experten benötigen. Man dürfe den komplexen Weaningprozess, der die Optimierung der kompletten medizinischen Therapie und die Beseitigung von Weaninghindernissen beinhaltet, nicht mit der Durchführung von Spontanatmungsphasen verwechseln, die letztlich das Training der Atemmuskulatur unter optimierten Bedingungen darstellen. Die Durchführung von Spontanatmungsphasen sei durchaus in der außerklinischen Versorgung möglich, auch unter autonomer Betreuung durch Pflegepersonal. Hierdurch und durch die fortgesetzte Kooperation mit einem Weaningzentrum zur weiteren Therapieplanung sei es möglich, auch Patienten mit primärem Weaningversagen auf der Intensivstation doch noch von der Beatmung zu entwöhnen. Das überwiegende Bestehen informeller Netzwerke zeige aber deutlich, dass es an spezialisierten Zentren fehle, und dass die vorhandenen Zentren insgesamt zu wenig Kapazitäten hätten. Der Auf- und Ausbau klarer Strukturen in der außerklinischen Intensivversorgung müsse deshalb intensiviert werden.

Als Betroffener berichtete H. Wöbbeking von seinen vielfältigen Aktivitäten, u.a. auch als Patientenvertreter im Gemeinsamen Bundesausschuss. Er kritisierte die deutschen Vereinsstrukturen, die sehr viel Zeit und Energie kosteten. Die Lobbyarbeit müsste noch spezialisierter werden. Dr. Rosseau hob die Bedeutung von Selbsthilfegruppen auch für die ärztliche Ausbildung hervor. Viele Intensivmediziner erführen nie, was aus ihren Patienten geworden sei, nachdem sie die Intensivstation verlassen hätten. Als Arzt auf einer Intensivstation sei man sich bewusst, dass man durch

die lebensrettenden Maßnahmen auch dazu beitrage, dass es immer mehr Menschen gebe, die außerklinisch beatmet werden müssten. Der Kontakt der Betroffenen mit Intensivmedizinern müsse in Zukunft ausgebaut werden, damit diese ihre Patienten besser aufklären und auf die außerklinische Situation vorbereiten könnten. Die außerklinische Intensivversorgung stehe noch vor vielen Herausforderungen. Seit dem intensiven Austausch von Akutmedizinern innerhalb der DGP mit den Akteuren der DIGAB im Rahmen des mittlerweile 7. Beatmungssymposiums hätte sich sehr viel für die Verbesserung der Lebensqualität der Betroffenen getan.
Mit großem Applaus endete ein großer Kongress mit vielen Anregungen. Geleitet hatten ihn die Tagungspräsidenten Dr. med. Thomas Barchfeld, Dr. med. Dominic Dellweg und Dr. med. Karsten Siemon sowie der Vorsitzende der DIGAB, Sprecher der Sektion Intensiv- und Beatmungsmedizin der DGP, Prof. Dr. med. Wolfram Windisch. Die Teilnehmer hatten die Wahl zwischen 11 Symposien, 22 Workshops, diversen Diskussionsforen, Gesprächskreisen und Podiumsdiskussionen.

Eine Nachlese wird auf der Homepage der DIGAB unter www.heimbeatmung.de eingestellt.

Der 21. Jahreskongress des DIGAB e.V.
findet vom 6. bis 8. Juni 2013 in Hamburg
unter der Präsidentschaft von Dr. Martin Bachmann und Dr. Bernd Schucher statt.

Dr.-Georg-Schreiber-Medienpreis

Die AOK Bayern zeichnet junge Journalistinnen und Journalisten für hervorragende Beiträge zu den Themen Gesundheit und Soziales aus. Preisträger in der Kategorie „Fernsehen“ war im vergangenen Jahr Heiner Hoffmann mit seinem Film „Beatmungspatienten“, der im Mitteldeutschen Rundfunk (MDR) gesendet wurde.

Der Dr.-Georg-Schreiber-Medienpreis wird zur Förderung des journalistischen Nachwuchses jährlich - erstmals für das Jahr 2003 - von der AOK Bayern in Zusammenarbeit mit den Nachwuchsjournalisten in Bayern (NJB) e.V. und mit Unterstützung der Deutschen Journalistenschule (DJS) e.V. ausgeschrieben. Im Bereich Fernsehen war 2011 der Journalist Heiner Hoffmann für seinen Beitrag „Beatmungspatienten“ ausgezeichnet worden. Der Film wurde im Mitteldeutschen Rundfunk (MDR) ausgestrahlt.
Inzwischen ist Hoffmann in der Jury, die entscheidet, wer den Dr.-Georg Schreiber-Medienpreis der AOK Bayern für das Jahr 2012 gewinnen wird.
Einsendeschluss ist der 12. Januar 2013.

Dr. Georg-Schreiber war Arzt und Medizinjournalist. Er hatte wichtige und zahlreiche Funktionen. Wegen seines publizistischen und sozialen Engagement erhält die AOK Bayern das Andenken an ihn über den nach ihm benannten Preis.

Mehr dazu auf www.aok-medienpreis.de

Links zu den Filmen:
http://www.mdr.de/fakt/Beatmung100.html
http://www.mdr.de/fakt/pflege152.html

Heiner Hoffmann, *Journalist*

Referent auf dem MAIK 2012

„Bösewichter in den Bronchien“

In dieser neuen Rubrik wird PD Dr. med. habil. A. Schwarzkopf, Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, in loser Folge bakterielle Erreger vorstellen, die Bronchitis und (vor allem beatmungsassoziierte) Pneumonie auslösen.

Pseudomonas aeruginosa

Mikrobiologische Daten

Pseudomonas aeruginosa ist ein gramnegatives Stäbchen, das durch polar (an den Enden des Bakteriums) angeordnete Geißeln in Flüssigkeit beweglich ist. Mittels haarähnlichen Haftorganen (längere Pili und kurzen Fimbrien) versuchen sie meist erfolgreich, sich an Oberflächen des Bronchialepithels, vor allem aber an Kunststoffe wie Tuben oder Trachealkanülen anzuheften. Einmal fixiert, beginnen sie mit der Bildung von Mikrokolonien und schließlich eines so genannten Biofilms, der ihnen einen zusätzlichen Schutz vor Zellen der körpereigenen Abwehr, aber auch vor Antibiotikamolekülen bietet.

Gelegentlich ist der Befall mit Pseudomonas aeruginosa schon ohne mikrobiologischen Befund wahrzunehmen, da die von den Bakterien hergestellten o-Aminoacetophenone einen „süßlichen“ Duft erzeugen können, der sehr typisch ist.

Einige Stämme sind in der Lage, Farbstoffe zu bilden. Pyoverdine und Pyocyanine ergeben einen grünen Farbstoff, der dem Bakterium den Spitznamen „Grünspanbakterium“ eingetragen hat. Einige Stämme erzeugen auch einen roten Farbstoff, das Pyorubin, und braune Farbstoffe, Pyomelanine. Normalerweise werden diese Farbstoffe nicht ohne weiteres im Trachealsekret zu sehen sein, jedoch verfärben sich die Verbände von mit Pseudomonas infizierten Wunden schon mal grün. Die Farbstoffe haben die Funktion von Desinfektionsmitteln gegen lästige bakterielle Mitbewerber und helfen so, dem Pseudomonas eine Vormachtstellung zu sichern.

Wo findet man Pseudomonas?

Pseudomonas ist ein Wasserkeim und in jeder Hausinstallation, vor allem aber in den Abflüssen von Waschbecken, Badewannen und Duschen zu finden. Eigentlich sind sie überall, wo es feucht ist und Reste von organischem Material enthalten sind. Dies gilt für Luftbefeuchter, Schläuche von Beatmungs- und Inhalationsgeräten, aber auch Hydrokulturen und Blumenvasen. Außerhalb ihrer Wirte überleben Pseudomonaden auf Flächen und Wäsche Stunden bis Tage, können sich dort aber nur bei Feuchtigkeit und organischen Rückständen vermehren.

Was macht ihn zum Krankheitserreger?

Mittels ihrer Fimbrien befestigen sich die Pseudomonaden an ihren Zielzellen oder Oberflächen. Nach einer „Ruhephase“ von etwa einer halben Stunde, die sie zur idealen Einstellung ihres Stoffwechsels benötigen, beginnen sie mit der Verdauung geeigneter Materialien in ihrer Umgebung. Mittels Elastasen und alkalischen Proteasen zerstören sie Bronchialzellen und Lungengewebe und erschließen sich so weitere Ressourcen. Eisen gewinnen sie durch das Auflösen roter Blutkörperchen. So können sie sich bald rasant vermehren und eine Infektion auslösen.

Resistenzen

Pseudomonas aeruginosa muss leider als Meister der Resistenzbildung betrachtet werden und repräsentiert die erste Bakteriengattung, die „panresistente“ (gegen alle derzeit in der Klinik benutzten Antibiotika resistente) Stämme gebildet hat. Bestimmte Stämme benutzen dabei eine Vielzahl von Resistenzmechanismen parallel. Beispielhaft seien Metalloproteasen und Effluxpumpen, die Antibiotika spalten bzw. wieder aus den Pseudomonas-Zellen hinauswerfen, genannt.

In Zukunft werden die multiresistenten Erreger nach dem MRGN-Schema durch das Labor auf dem Befund mitgeteilt. Dieses Schema wurde speziell für gramnegative Erreger entwickelt und sieht für Pseudomonas so aus:

	Antibiotikagruppe	Pseudomonas aeruginosa	
Antibiotikum		3 MRGN	4 MRGN
Piperacillin/Tazobaktam	Acylureido-Penicilline	Nur eines S	R
Ciprofloxacin	Chinolone		R
Ceftriaxon/Cefotaxim/ Cefipime	3./4. Generation Cephalosporine		R
Meropenem/Imipenem	Carbapeneme		R

Es wurden also 4 Leitantibiotikagruppen ausgewählt, die auch in der Intensivmedizin eine große Rolle spielen. MRGN steht für Multiresistenz bei Gram-negativen Bakterien.

Übertragungswege

Aerosole aus befallenen Trinkwassersystemen, Medizinprodukte mit Restfeuchte, Hände des Pflegepersonals kommen als relativ häufige Wege in Frage. Übertragungen wurden auch beschrieben aus vom Hersteller deklarierten Eimalbehältern, die mehrfach für Injektionen, Infusionen und Wundspüllösungen genutzt wurden.

Krankheitsbilder

- Harnwegsinfektionen, vor allem in Krankenhäusern,
- Wundbesiedelungen
- Wundinfektionen, meist mit blaugrünem Eiter und süßlichem Duft
- Haut- und Ohrinfektionen (Otitis externa) nach Bad in oder Dusche mit Pseudomonas-haltigem Wasser
- Ecthyma gangraenosum, scharfkantiges Ulcus bei Abwehrgeschwächten
- selten Sepsis mit der möglichen Komplikation eines septischen Schocks
- Pneumonien, vor allem beatmungs- oder inhalationsassoziiert.

Diagnostik

Pseudomonaden lassen sich meist problemlos im Trachealsekret oder Tracheostomaabstrich nachweisen.

Therapie

Wegen der zum Teil ausgeprägten Resistenzen sollte auf jeden Fall ein Antibiogramm angefertigt werden. Initialtherapie i.v. kann Ceftazidim in Kombination mit dem Aminogycosid Tobramycin (Kombination für drei Tage), das Carbapenem Meropenem oder Piperacillin/Tazobactam sein. Soll oral therapiert werden, kann Ciprofloxacin versucht werden. Nach Vorliegen des Antibiogramms wird testgerecht umgesetzt. Hinzu kommt bei Wundinfektionen eine lokale Antisepsis.

Komplikationen

Eine septische Streuung kann zum Vollbild des septischen Schocks mit entsprechender Letalität leiten. Generell nimmt die Pseudomonassepsis den dritten Platz unter den Sepsisfällen durch gramnegative Erreger ein, jedoch den ersten Platz der Letalität.

Anforderungen der Hygiene

Isolierung vor allem der „panresistenten“ Varianten (4 MRGN) auf Intensivstationen und chirurgischen Stationen empfohlen.

Schutzkleidung Handschuhe, Schürze oder Kittel, Mund-Nase-Schutz bei Aerosolbildung und Multi- bzw. Panresistenz, Desinfektionsmaßnahmen wie üblich.

Ansonsten normales Hygienemanagement, Medizinprodukte trocknen lassen, Herstellerhinweise beachten. *as*

www.institutschwarzkopf.de

Literatur:

C. Jassoy, A. Schwarzkopf (Hrsg.), Hygiene, Mikrobiologie und Ernährungslehre für Pflegeberufe, Thieme-Verlag Stuttgart, New York 2004

Neumeister B, Geiss HK, Braun RW, Kimmig P. Mikrobiologische Diagnostik 2. Auflage. Thieme Verlag Stuttgart (2009).

Definition der Multiresistenz gegenüber Antiobiotika bei gramnegativen Stäbchen im Hinblick auf Maßnahmen zur Vermeidung der Weiterverbreitung. Epidemiologisches Bulletin 36/11.

Referent auf dem MAIK 2012

ICW-Süd | HWX-Kongress erstmals in Würzburg

Ein ursprünglich in Bad Kissingen entwickeltes Kongresskonzept – bisher so einmalig in Deutschland – fand zum ersten Mal in der schönen Hauptstadt Unterfrankens, in Würzburg, statt.

Die Buchstaben HWX stehen für Hygiene, Wunde und das X für einen jährlich wechselnden Themenblock. 2012 waren es für das X Demenz und Altersmedizin, 2013 werden es Psychoneuroimmunologie und Lymphologie sein. Gleichzeitig ist dieser Kongress der ICW e.V.-Süd-Kongress. Die Initiative Chronische Wunden (ICW e.V.) ist mit über 2200 Mitgliedern eine große Fachgesellschaft, die sich die Prävention und Behandlung chronischer Wunden auf die Fahne geschrieben hat. Chronische Wunden sind auf Grund der demographischen Entwicklung ein zunehmendes Problem in der älter werdenden Bevölkerung, können aber – wie der Dekubitus – auch schon bei jungen Menschen auftreten.

Der vom Institut Schwarzkopf ausgerichtete Kongress auf der Festung Marienberg hatte 550 Teilnehmer und mehr als 30 Industrieaussteller, die Innovatives und Bewährtes präsentierten. Mehr als 40 Referenten trugen in vier parallel laufenden Räumen zum neuen Hygienerecht mit seinen Konsequenzen für die Praxis, über die sich ständig verändernde Welt der Mikroorganismen und Viren sowie Präventionsmaßnahmen und Antibiotikaresistenzen vor. Auch die Motivation für Hygienemaßnahmen – konsequent und fortwährend – war ein Thema.

Zum Leitthema „Wunde“ wurden Fragen des Qualitätsmanagements, der Lebensqualität von Wundpatienten sowie deren seelischer Zustand, Lokaltherapie und die Auswirkungen von Medikamenten wie Gichtmitteln auf Wunden referiert. Spezielle Fragestellungen wie palliative Wundversorgung auch in der Ambulanz, Umgang mit exulzerierenden Tumorwunden sowie politische Themen wie die Professionalisierung der Pflege stießen auf großes Interesse. Aspekte wie die Behandlung Dementer, Angehörigenschulung und Patientenverfügung bis hin zur Sterbebegleitung füllten das Leitthema Altersmedizin mit Leben.

Das Institut Schwarzkopf selbst ist ein moderner Dienstleister im Gesundheitswesen. Mit seinen verschiedenen Departments (Hygieneschulungen, Wundkurs, Kongress, Laborleistungen, Sachverständigenbüro, Support-Verlag) möchte es allen Praktikern zur Seite stehen. Fachlicher Leiter ist PD Dr. med. A. Schwarzkopf, der auch schon auf dem MAIK Münchner ausserklinischer Intensiv Kongress® referierte und 2012 wieder sprechen wird.

Die aktuellen Aktivitäten sind unter www.institutschwarzkopf.de einzusehen.

Zielgruppen des Kongresses sind - wie in diesem Jahr - auch 2013 Fachpersonal aus der Pflege, Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeitende des öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Heimaufsicht und des MDK.

Institut Schwarzkopf

Der nächste Kongress wird vom **4.- 6. März 2013** wieder in Würzburg stattfinden. Das Vorprogramm findet sich ab Ende September im Internet.

Hygienische Risikobewertung in der ambulanten Intensivpflege – ein Muss?

Es wird viel über Krankenhauskeime geschrieben, doch auch in der Häuslichkeit ist gerade bei tracheotomierten Klienten ganz besonders auf Hygiene zu achten. Reichen allgemeine Maßnahmen aus oder muss jede Versorgung individuell begutachtet werden?

In der außerklinischen Intensivversorgung sollte auf jeden Fall im Interesse aller Beteiligten ein individueller Hygieneplan erstellt werden. Diesem muss eine Risikobewertung des häuslichen Umfeldes vorausgehen. Diese findet im Rahmen einer Hygienevisite statt. Aus Respekt vor der Privatsphäre des Klienten und seiner Angehörigen ist es wichtig, sich vorher die Erlaubnis hierfür einzuholen. Ideal ist es, wenn bei dieser Visite der Klient und seine Angehörigen vor Ort sind, damit im direkten Gespräch offene Fragen geklärt werden können und der Klient und seine Angehörigen auch Gelegenheit haben, über Bedenken und Ängste zu sprechen. Eine/r Hygienebeauftragte/r sollte eine Vertrauensperson sein, deren objektiver Rat jedoch von allen Beteiligten respektiert und befolgt werden sollte.

Vor der Hygienevisite ist es wichtig, sich über die Geräte zu informieren, die vor Ort eingesetzt werden. Die Bedienungsanleitungen der Geräte sollten vorher gelesen werden, um u.a. die jeweiligen Wechselintervalle für Filter und das System zu kennen. Diese spezifischen Informationen werden bereits in den Individualhygieneplan implementiert, der Grundlage des Gesprächs mit dem Teamleiter nach der Hygienevisite ist. Vor Ort muss kontrolliert werden, ob die Angaben zu den Wechselintervallen mit dem Gerät, das bei dem Klienten steht, tatsächlich übereinstimmen. Sind diese Wechselintervalle so nicht umsetzbar, muss eruiert werden, warum dies nicht möglich ist. Es kann nämlich vorkommen, dass Filter häufiger erneuert werden müssen, weil die Geräte ansonsten nicht mehr funktionieren oder weil die Luft extrem mit Staub belastet ist. Manchmal ist auch Rücksprache mit dem Provider, der die Verbrauchsmaterialien anliefert, notwendig. Manchmal muss sogar der Hersteller eines Geräts kontaktiert werden, um genauere Informationen über die Aufbereitung von Hilfsmitteln für den häuslichen Bereich zu erhalten. Da in der außerklinischen Intensivpflege die Sterilisation weder möglich noch nötig ist, sollte auf dem Handbeatmungsbeutel und der Testlunge ein Bakterienfilter angebracht sein, der eine Keimbesiedelung verhindert. Die Intervalle des Wechsels dieser Filter legt die Hygienebeauftragte im individuellen Hygieneplan fest.

Bei der Hygienevisite erkundigt sich die Hygienebeauftragte nach eventuellen Keimbesiedelungen und nach der Art der Hygienemaßnahmen. Als Gesprächs- und Beratungsgrundlage dienen die Hygienestandards, nach denen die Pflegekräfte im Team arbeiten. Die aktuellen Hygienestandards müssen allen bekannt sein.

Liegt eine Keimbesiedelung vor, sollte die entsprechende Angehörigeninformation in Kopie vor Ort sein. Auf dem „Erregernachweisbogen“ werden die aktuellen Ergebnisse eingetragen. Bei Infektionen ist eine vorgegebene Meldekette einzuhalten, die den Mitarbeitern bekannt ist. Beim Umgang mit der Wäsche des Klienten muss streng darauf geachtet werden, dass diese vor Ort abgeworfen wird und klar ist, wie und von wem diese gewaschen wird. Der Wäscheabwurf sollte gut zu reinigen und auszuwischen sein. Bei der Besiedelung mit multiresistenten Keimen sollte die Wäsche bei 60 Grad C gewaschen werden.

In der außerklinischen Intensivversorgung übernehmen die Pflegekräfte oft einen Teil der hauswirtschaftlichen Tätigkeiten. Bei der Risikobewertung muss darauf geachtet werden, dass die Tätigkeiten klar zugewiesen sind und festgelegt ist, wer wann was mit welchem Material durchführt. All dies wird im Individualhygieneplan festgehalten. Wichtig ist auch, wann und von wem die Reinigungsutensilien gewaschen oder erneuert werden. Dieses ist ebenfalls eine wichtige Information für die Pflegenden, und sie wird im Hygieneplan notiert. Auch die Art der Bodenbeläge vor Ort wird darin festgehalten, um ggf. später auf diese Information zurückgreifen zu können.

Eine wichtige Frage im Zusammenhang mit der Hygiene ist die Art und Weise der Nahrungszubereitung. Meist wird diese Aufgabe von den Angehörigen übernommen, das Pflegepersonal ist vorrangig für die Ernährung über eine Sonde zuständig. Es ist darauf zu achten, dass die Sondenkost richtig aufbewahrt wird, und dass nur frisch abgekochtes Wasser oder Tee verabreicht werden. Ernährungssysteme und Spritzen, die verwendet werden, sollten alle 24 Stunden erneuert werden, und auch die Ernährungspumpen sollten sauber sein. In einem eigenen Hygienestandard wird den Mitarbeitern vorgegeben, wie die Verabreichung von Medikamenten und Sondenkost erfolgen soll. Arzneimittel, z.B. Tropfen, sollten mit einem Anbruchsdatum versehen sein, und die Medikamente müssen vorschriftsmäßig gelagert werden. Die Verfallsdaten dürfen nicht überschritten werden. Für Injektionen müssen ein geeigneter Abwurf und ein Hautdesinfektionsmittel vorhanden sein. Überprüft werden muss, ob die angeordneten Medikamente den Pflegekräften vor Ort zur Verfügung stehen. Es ist darauf zu achten, dass neue Verbrauchsmittel hinter den alten einsortiert werden. Allerdings sollte nur die erforderliche Menge bis zum nächsten Lieferdatum vor Ort sein. Im Klientenzimmer sollte nicht mehr als notwendig stehen. Die Pflegeutensilien sind so zu platzieren und zu beschriften, dass jeder Mitarbeiter erkennt, was wie zu benutzen ist.

Jeder vor Ort sollte wissen, wie der Müll entsorgt werden soll. Kontaminiertes Material gehört in den Restmüll. Glas, Papier und Plastik sollten so gesammelt bzw. getrennt werden, wie dies in der jeweiligen Kommune üblich ist. Laien muss erklärt werden, was „kontaminiertes Material“ ist. So gehören beispielsweise Handschuhe aus Latex oder Vinyl in den Restmüll. Für alle Pflegenden ist ausreichend Schutzmaterial (Mundschutz, Handschuh und Schutzkittel / Schürzen sowie Händedesinfektionsmittel, eine Handcreme und - in Einzelfällen - ein Flächendesinfektionsmittel) vor Ort, und es sollte situationsgerecht eingesetzt werden. Die persönliche Schutzausrüstung sollte gut zugänglich deponiert sein. Ein Händedesinfektionsmittel gehört in die Nähe des zu versorgenden Klienten. Da die Böden im häuslichen Bereich meist anders als in der Klinik sind, sollte man darauf hinweisen, dass Desinfektionsmittel auf Kork und Holzböden Flekken hinterlassen. Empfehlenswert ist eine sogenannte Händedesinfektionsstation, bestehend aus einem Pumpspender auf einem Tablett, über dem sich das Pflegepersonal die Hände desinfizieren sollte. Die Mitarbeiter kennen das Prozedere der korrekten Händehygiene, sie führen diese korrekt durch und achten darauf, dass sie im Dienst weder Schmuck tragen noch künstliche Fingernägel aufgeklebt haben. In die hygienische Händedesinfektion müssen auch die Angehörigen eingewiesen sein, wenn sie pflegerische Tätigkeiten, wie z.B. das endotracheale Absaugen durchführen.

In vielen häuslichen Versorgungen gibt es Sauerstoff in verschiedenen Formen: Flüssigsauerstoff, Sauerstoffflaschen oder auch nur Sauerstoffkonzentratoren. Diese dürfen nicht in der Nähe von Zündquellen gelagert werden! Im individuellen Hygieneplan wird festgelegt, wann die Zuleitungsschläuche, Sauerstoffbrillen / Masken oder Filter erneuert oder gereinigt werden müssen. Bei der Dokumentation achtet die Hygienebeauftragte darauf, dass für jeden eindeutig ersichtlich ist, wann welche Geräte und Systeme aufbereitet oder gereinigt werden. Auch die Haushaltstätigkeiten sind dort aufgeführt. Erst wenn alle Informationen aus Hygienevisite / Risikobewertung zusammen getragen sind, ist es möglich, den Individualhygieneplan für den Klienten zu erstellen. Nur wenn die hygienischen Maßnahmen dem Lebensstil angepasst werden, erreicht man eine optimale Lebensqualität. Deshalb ist eine Risikobewertung in der ambulanten Intensivpflege ein „Muss“!

Doris Böhm, *Hygienebeauftragte der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH*

„Exklusive Gesundheit?“ Tagung in Berlin zur gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen

Im Rahmen der Fachtagung „Exklusive Gesundheit? – Gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Behinderungen“ ging die Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen Anfang Mai 2012 der Frage nach, welchen Anforderungen das Gesundheitssystem bezogen auf die Bedürfnisse behinderter Menschen entsprechen muss.

Für einen contergangeschädigten Menschen, der seine Zähne zum Öffnen von Flaschen verwendet, ist das Gebiss, das er durch die zwangsläufige Abnutzung der Zähne nach einer Weile benötigt, kein Körperersatzstück, sondern ein Hilfsmittel. Das ist einleuchtend, lässt sich aber mit den bestehenden Regelungen zur Finanzierung so nicht abdecken. Denn das Gesundheitssystem ist nicht am Bedarf der Menschen ausgerichtet, sondern orientiert sich am Bedarf der Leistungserbringer und Kostenträger, kritisierte Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW, gleich zu Beginn der Tagung. Professor Dr. Michael Seidel, ärztlicher Direktor der von Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel, betonte in seinem Eröffnungsvortrag insbesondere die Notwendigkeit, die Fachkenntnisse über die Versorgung von Menschen mit Behinderungen bei Ärztinnen und Ärzten zu verbessern.

Panel 1:
Bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen

Im ersten Panel diskutierten Dr. Christian Peters (AOK Bundesverband), Prof. Dr. Jeanne Nicklas-Faust (Bundesvereinigung Lebenshilfe) und Dr. Bernhard Gibis (Kassenärztliche Bundesvereinigung) mit der Grünen Bundestagsabgeordneten Maria Klein-Schmeink über Anreize und Möglichkeiten, wie sich die gesundheitlichen Versorgungsangebote entsprechend den spezifischen Bedürfnissen und Bedarfen von Menschen mit Behinderungen verbessern lassen.

Ausgangspunkt des Gesprächs bot ein Vorschlag der Fachverbände der Behindertenhilfe zur Gemeindenahen Gesundheitsversorgung von Menschen mit einer geistigen oder mehrfachen Behinderung, der eine Verbesserung der Versorgung in der Breite bei großer Vielfalt vorsieht. Es müsse nicht nur gewährleistet werden, dass ambulante Angebote wohnortnah und barrierefrei zur Verfügung stünden, so Frau Nicklas-Faust, die das Konzept der Fachverbände der Behindertenhilfe vorstellte.

Ebenso müsse entschieden werden, wie viele Spezialangebote in welcher Häufigkeit nötig sind. Die Verbände schlagen ein Modell der gestuften gesundheitlichen Versorgung vor und fordern für den Bereich der spezialisierten Versorgung analog zu den Sozialpädiatrischen Zentren für behinderte Kinder Medizinische Zentren für erwachsene Menschen mit Behinderung. Spezialisierte Versorgungsangebote dürfen die Leistungserbringer allerdings nicht dazu verleiten, Menschen mit Behinderungen aus der Grundversorgung abzuschieben.

Aus Sicht der Krankenversicherungen, so Herr Peters, sei bei den Leistungserbringern eine mangelnde Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit Menschen mit Behinderungen feststellbar. Um eine bessere Versorgung zu gewährleisten bedürfe es allerdings nicht notwendig der von den Fachverbänden vorgeschlagenen spezialisierten Zentren. Es gebe im SGB V bereits Möglichkeiten zur Einrichtung spezialisierter Angebote, diese würden aber zu zögerlich genutzt. Zur Steigerung der Barrierefreiheit im Gesundheitssystem könne der G-BA bereits jetzt per Beschluss Barrierefreiheit als Zulassungs- und Qualitätskriterium für Leistungserbringer festlegen, so Herr Peters. Die gesetzliche Krankenversicherung selbst habe die Möglichkeit zu Selektivverträgen, in denen Leistungserbringer ausgeschlossen werden, die nicht barrierefrei sind.

Demgegenüber sah Herr Gibis die Lösung darin, in Kollektivverträgen Gelder und Honorarzuschläge spezifisch an die Gewährleistung einer besseren Versorgung behinderter Menschen zu binden. Erstaunlich einig waren sich Kassen- und Ärztevertreter in ihrer Forderung an die Politik: Angesichts der teilweise konträren Interessen in der Selbstverwaltung dauere es mitunter sehr lange, bis die untergesetzliche Ausgestaltung von Vorgaben Gestalt annimmt. Hier sei der Gesetzgeber aufgerufen, für eine Einigung Fristen mit Sanktionsandrohungen vorzugeben, um Verzögerungstaktiken zu verhindern.

Fotos von der Veranstaltung: **Benjamin Fehrecke**

Professor Michael Seidel, *ärztlicher Direktor der v. Bodelschwinghschen Stiftungen Bethel (3. v. l.),* ***Barbara Steffens,*** *Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW (4. v. l.),* ***Markus Kurth*** *MdB, Sprecher für Sozial- und Behindertenpolitik der Bundestagsfraktion Bündnis 90/DIE GRÜNEN (2. v. r.) und* ***Dr. Harry Fuchs,*** *unabhängiger Experte für das Recht der Rehabilitation und Teilhabe (r.)*

Panel 2:
Zwischen Teilhabeanspruch und Leistungskatalog: Das Spannungsfeld zwischen Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) und Sozialgesetzbuch Neun (SGB IX)

Im Rahmen des zweiten Panels diskutierten Dr. Siiri Ann Doka von der Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (BAG Selbsthilfe), Dr. Harry Fuchs, unabhängiger Experte für das Recht der Rehabilitation und Teilhabe, und Edelinde Eusterholz vom Verband der Ersatzkassen (vdek) mit Markus Kurth, behindertenpolitischer Sprecher der Grünen Bundestagsfraktion.

Den besonderen Belangen behinderter und chronisch kranker Menschen ist Rechnung zu tragen. Das geht unzweideutig aus § 2a SGB V hervor. Wohlfahrtsverbände und Verbände behinderter und chronisch kranker Menschen kritisieren seit langem, dass diese Formel lei-

stungsrechtlich und praktisch kaum Niederschlag findet. Grund sind bestehende Spannungsfelder zwischen SGB V und SGB IX, die zahlreiche Probleme in der gesundheitlichen Versorgung von Menschen mit Behinderungen verursachen.
Probleme gebe es, so Frau Doka, unter anderem in der Heil- und Hilfsmittelversorgung. Das liege auch daran, dass kein geeignetes Bedarfsfeststellungsverfahren existiere. Auch Herr Fuchs betonte, wie wichtig es sei, hier zügig ein Verfahren zu schaffen, mit dem eine Teilhabebeeinträchtigung ICF-orientiert und trägerübergreifend verbindlich festgestellt wird. In diesem Zusammenhang müsse auch die trägerübergreifende unabhängige Beratung weiter ausgebaut werden. Zu den Schnittstellenproblemen zwischen SGB V und SGB IX führte Herr Fuchs weiter aus, eine Rechtsbereinigung sei dringend geboten. Es müsse endlich gewährleistet werden, dass das eigenständige Teilhaberecht, das 2001 mit dem SGB IX geschaffen wurde, auch als übergreifendes Recht von allen Sozialleistungsträgern akzeptiert und praktiziert werde. Zu diesem Zweck dürfe in allen Büchern des Sozialgesetzbuchs nur die Anspruchsgrundlage selbst und damit die Leistungsverpflichtung der Träger verbleiben, aber keine Regelungen zum Teilhabe- und Rehabilitationsrecht selbst. Die Fragmente, die sich in den einzelnen Büchern noch immer finden, laden zu widersprüchlichen Rechtsauslegungen ein.
Auch Edelinde Eusterholz vom Verband der Ersatzkassen (vdek) sprach sich grundsätzlich dafür aus, Zuständigkeiten gesetzlich klarer zu definieren. Besonders die Schnittstelle zwischen Krankenversicherung und Jugendhilfe bzw. Eingliederungshilfe sei problematisch. So behaupteten die Träger der Eingliederungshilfe, als einzige gute Teilhabepläne machen zu können. Am Ausbau der gemeinsamen Servicestellen hätten sich bisher allerdings nur die Deutsche Rentenversicherung und die gesetzliche Krankenversicherung wirklich beteiligt. Gegenwärtig gebe es auf Ebene der Bundesarbeitsgemeinschaft Rehabilitation Bemühungen zur Verbesserung der Servicestellen. Eine weitere Problemlage in der Praxis schilderte Frau Doka im Zusammenhang mit der Einhaltung der Fristen nach §§ 14 und 15 SGB IX.

Panel 3: Barrierefreie Zugänge

Das Thema der Zugänge zur Gesundheitsversorgung diskutierten Ulrike Pohl vom Netzwerk behinderter Frauen und Verona Mau, Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung, gemeinsam mit Maria Klein-Schmeink, Sprecherin für Patientenrechte der Grünen Bundestagfraktion.
Gemäß den Anforderungen aus der UN-Behindertenrechtskonvention muss der Zugang zum Gesundheitswesen sowohl baulich als auch kommunikativ barrierefrei sein. Um dies zu gewährleisten, müssten zum einen barrierefreie Praxen in ausreichendem Maß zur Verfügung stehen und die Kommunikation zwischen Leistungserbringern und Menschen mit unterschiedlichen Beeinträchtigungen problemlos möglich sein. Möglichst viele Beschäftigte im Gesundheitsbereich, vor allem aber Ärztinnen und Ärzte, benötigen also den Sachverstand und die entsprechende Ausbildung, um mit verschiedensten Beeinträchtigungen umgehen zu können. Ulrike Pohl vom Netzwerk behinderter Frauen Berlin berichtete gleich zum Einstieg, es gebe zumindest in Berlin seit 10 Jahren keine wesentlichen Veränderungen im Ausbau barrierefreier Praxen. Sie mache immer wieder die Erfahrung, dass sie Ärzten die relevanten Richtlinien erklären müsse. Verona Mau von der Bundesarbeitsgemeinschaft Ärzte für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung sieht die Ursache dieses Problems in der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten. Diese müssten sich eigentlich fachlich gut auskennen mit den gesundheitlichen Bedarfen von Menschen mit Behinderungen und darüber hinaus auch noch Kenntnisse über die Inhalte des Sozialgesetzbuchs haben. Dadurch seien viele überfordert. In der Ausbildung seien daher Änderungen notwendig, sowohl im Studium als auch in der Facharztausbildung. Hier müsste der Medizinische Fakultätentag entsprechende Änderungen vornehmen. *cp*

Abdruck mit freundlicher Genehmigung von Markus Kurth, MdB.

Markus Kurth, *MdB, Sprecher für Sozial- und Behindertenpolitik, Obmann im Bundestagsausschuss Arbeit & Soziales*

Meinungsfreiheit in der außerklinischen Intensivpflege

„Jeder hat das Recht, seine Meinung in Wort, Schrift und Bild frei zu äußern und zu verbreiten und sich aus allgemein zugänglichen Quellen ungehindert zu unterrichten. Die Pressefreiheit und die Freiheit der Berichterstattung durch Rundfunk und Film werden gewährleistet. Eine Zensur findet nicht statt“, so lautet Artikel 5 Abs. 1 Grundgesetz.

In Deutschland werden seit ca. 50 Jahren Menschen außerhalb der Intensivstation intensivpflegerisch versorgt. Eine hoch komplexe und mit Gefahren verbundene Dienstleistung ist in Deutschland wie auch in anderen Ländern entstanden. Bei der Neuentwicklung von Märkten und Dienstleistungen kommt es darauf an, dass nach den ersten Gehversuchen möglichst schnell Regularien und Strukturen gefunden werden, die es den Marktbeteiligten möglich machen, miteinander in Beziehung zu treten.
Speziell die Gesundheitswirtschaft, die als ein planwirtschaftliches System freie Marktwirtschaft fordert, erschwert durch dieses Paradoxon allen Beteiligten das Miteinander, insbesondere denen, die die Dienstleistung empfangen, also den Klienten. Wenn wir davon ausgehen, dass die Unversehrtheit von Körper und Geist unser höchstes Gut ist, und wenn wir feststellen können, dass unsere Gesellschaft, also wir, hierfür Unsummen an Geld ausgeben, dann darf die kleine Gruppe der außerklinisch-intensiv versorgten Menschen doch nicht anders behandelt werden als der Rest der Gesellschaft! In meiner täglichen Arbeit habe ich in den letzten Jahren unzählige Gespräche mit Betroffenen geführt, die mir Dinge berichtet haben, bei denen es mir die Sprache verschlagen hat. Diese Gespräche finden meist in der Anonymität des Telefonnetzes statt, in der die Beteiligten sich nicht sehen, und somit auch kaum Empathie möglich ist. Die Welt des Telefonierens ist aber auch fast schon ein rechtsfreier Raum, denn Dinge, die hier ge- und besprochen werden, haben später kaum eine Bedeutung. Aber im Moment des Telefonates können Aussagen extremen Schaden verursachen und bei den Beteiligten zu einem hohen Grad an Verunsicherung führen.
Diese Situation lässt sich auf relativ einfache Weise lösen, indem man sogenannte Fallkonferenzen oder Überleitungsbesprechungen macht. Hier sitzen sich alle Beteiligten gegenüber und erörtern die Probleme und möglichen Lösungsansätze. Dennoch muss man feststellen, dass diese persönlichen Gesprächsrunden noch immer absolute Ausnahme in Deutschland sind. Ausgehend davon, dass unser Leben sowohl privat wie auch beruflich tagtäglich ein hohes Maß an Kommunikation erfordert, sollten wir gerade im Hinblick darauf, dass wir für unsere Klienten arbeiten, genau überlegen, was wir sagen, wie das Gesagte bei unserem Gegenüber ankommt und was es auslösen kann. Wir sollten uns einen reflektierten Umgang miteinander, als Dienstleister im Umgang mit den Leistungsträgern, und vor allem im Umgang mit den Betroffenen angewöhnen. Jeder darf seine Meinung äußern. Jeder heißt aber auch, dass es die Betroffenen tun dürfen. Sie müssen die Möglichkeit haben, ihre Meinung frei äußern zu können, ohne dass sie Repressalien befürchten müssen – sei es von dem, der sie versorgt oder dem, der die Versorgung bezahlt.

Wir haben diesen Artikel nicht umsonst in unser Grundgesetz aufgenommen. Also lassen Sie ihn auch für alle Menschen in diesem Land gelten! *cj*

Der PEGASO Cough Perc – Hustenassistenz verbessert die Lebensqualität

Durch variable Perkussion und den schnellen Wechsel von Positiv- zu Negativdruck werden künstliche Hustenstöße provoziert und festsitzendes Sekret erfolgreich mobilisiert.

Der Husten (lat.Tussis) ist das Ausstoßen von Luft aus der Lunge und den unteren Atemwegen. Mechanisch betrachtet wird vor dem Hustenstoß die Stimmritze geschlossen, durch die Kontraktion des Zwerchfells und des Brustkorbes die eingeatmete Luft komprimiert und dadurch (Luft-)Druck im Brustkorb aufgebaut. Durch das blitzartige Öffnen der Stimmritze entweicht diese komprimierte Luft mit einer Geschwindigkeit von bis zu 480 km/h explosionsartig. Häufig verengt sich beim Hustenstoß auch die Luftröhre – es kommt zu einer besseren Sekretmobilisation und einem effektiveren Transport des Schleimes aus den unteren Atemwegen.

Aber was soll mit dem Hustenstoß bewirkt werden? Die Becherzellen der Schleimhäute bilden Sekrete, die Krankheitserreger und Staubpartikel binden. Häufig ist die Mobilität des Flimmerepithels krankheitsbedingt oder durch Umwelteinflüsse (z.B. Rauchen) eingeschränkt, Fremdkörper und Sekrete werden in Folge schlecht mobilisiert und nicht suffizient abgehustet. Bei Entzündungen in den unteren Atemwegen kommt es ebenfalls zu einer erhöhten Sekretion, die zu produktivem Husten mit entsprechendem Auswurf führt. Falls ein Hustenstoß nicht möglich ist, kann es zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes kommen – bis hin zur stationären Einweisung in eine Klinik. Abhängig vom Gesundheitszustand kann dann ein endoskopisches Entfernen von festsitzenden Sekreten aus den Atemwegen notwendig sein (Bronchoskopie).

Einige Patientengruppen haben krankheitsbedingt eine Hustenschwäche. Dies betrifft vorallem Patienten mit muskulären Erkrankungen

PEGASO Cough Perc, VIVISOL Deutschland

(Muskeldystrophie, Muskelatrophie), degenerativen neurologischen Krankheitsbildern (Amyotrophe-Lateral-Sklerose) und die Patientengruppe mit einer erhöhten Sekretproduktion (Zystische Fibrose, Mukoviszidose).

In der Vergangenheit wurden verschiedene Methoden zur manuellen Hustenassistenz in der Praxis angewendet. Physiotherapeuten bzw. Pflegekräfte haben nach Arztanordnung die Methode des Air Stackings genutzt; die Perkussionstherapie mit einem Vibrax® hat ebenfalls Sekrete mobilisiert, die dann, vor allem in der Intensivtherapie, durch aufwändige Drainage- & Lagerungsmaßnahmen am Patienten abgeleitet wurden.

Ein ideales Produkt, das das Husten und das Lösen der Sekrete durch Perkussion in den unteren Atemwegen und der Lunge aktiv unterstützt, ist der PEGASO Cough Perc. Durch eine variabel einstellbare Perkussion (50 bis 600 bpm) wird das Bronchialsekret zuerst von der Schleimhaut und so vom Gewebe bzw. den Atemwegen gelöst. Das gelöste Sekret wird nun durch die Cough Funktion, einen durch den schnellen Wechsel von einem Positiv- zu Negativdruck, künstlich provozierten Hustenstoß aus den unteren Atemwegen abtransportiert. Nun kann es ausgespuckt bzw. von Pflegenden abgesaugt werden. Die Einstellung der Parameter am PEGASO Cough Perc obliegt dem betreuenden Arzt bzw. Atmungstherapeuten, das Bedienfeld kann zum Schutz vor versehentlichen Veränderungen gesperrt werden. Die einfache Anwendung erfolgt durch den Patienten selbst, entsprechend geschulte Angehörige und eingewiesene Pflegekräfte.

Die Anwendung des Medizinproduktes kann über Mundstück, Maske oder eine Trachealkanüle erfolgen. Bei letzterer Anwendungsweise ist unbedingt auf eine geblockte Trachealkanüle zu achten, so ist der Einsatz des PEGASO Cough Perc auch über den direkten Zugang zu den unteren Atemwegen möglich. Bei tracheotomierten Patienten ist, physiologisch betrachtet, ein effektives Abhusten durch den fehlenden Stimmritzenschluss (Trachealkanüle liegt unterhalb in den Atemwegen) nicht möglich – hier kann der PEGASO die Lebensqualität und pulmonale Clearance deutlich verbessern. *sh*

Der PEGASO Cough Perc wird von VIVISOL Deutschland und über autorisierte Fachhändler vertrieben.

Herausforderung Intensivpflege – Intensive Herausforderung?!

Am 9. Mai 2012 hatte der „Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege Nordbayern e.V.“ unter dem Vorsitz von Michael Wehner und Dieter Weber zum 2. Intensivpflegetag Nordbayern eingeladen. Die Veranstaltung trug den Titel „Herausforderung Intensivpflege – Intensive Herausforderung?!“ Rund 100 Teilnehmer aus der Region hatten sich im Thoraxzentrum Münnerstadt eingefunden.

Chronische Lungen- oder Bronchialerkrankungen nehmen immer mehr zu, und auch die Notwendigkeit, dass die Beatmung maschinell unterstützt werden muss. Unter anderem liegt dies auch am demografischen Wandel. Ältere Menschen werden zwar auf der Intensivstation gerettet, aber oftmals verlassen sie diese mit einem Tracheostoma. Außerklinische Intensivpflege ist deshalb ein pflegerischer und besonders anspruchsvoller Spezialbereich, in dem hochqualifizierte Pflegekräfte mehr denn je gefragt sind.
Themen des 2. Intensivpflegetages Nordbayern waren „Hygiene – Umgang mit Multiresistenten Erregern in der Häuslichkeit und in Wohngemeinschaften“. Die ausführliche Präsentation der Hygienefachkraft Ludwig Kühnlein ist auf der Homepage (s.u.) eingestellt. Weitere Themen waren „Entwöhnung von der Beatmung“, die „Schnittstellenproblematik: Rettungswesen und Transport heimbeatmeter Menschen“, dargestellt in einem Rollenspiel mit Rettungsassistenten und Pflegekräften, die „Fallstricke des Medizinproduktegesetzes“ und die „Notwendigkeit der artifiziellen Atemgaskonditionierung Aktive vs. Passive Befeuchtung“. Eingeladen waren Ärzte, Pflegekräfte (stationär/ambulant), Medizintechnik / Industrie, Leistungsträger, Therapeuten aller Fachrichtungen, Pflegedienste, Case Manager / Sozialdienste und Pädagogen. Da Herr Dr. Rall (TüPASS) kurzfristig verhindert war, sprach der ärztliche Direktor CA Dr. med. Bernd Seese vom Thoraxzentrum Münnerstadt zum Thema „Entwöhnung von der Beatmung“. „Wir sind mit dem Erfolg des 2. Intensivpflegetages Nordbayern sehr zufrieden“, so ARGE-Vorsitzender Michael Wehner. Stellvertreter Dieter Weber, der die Tradition der Intensivpflegetage Nordbayern gerne fortsetzen möchte, dankte im Namen der ARGE Dr. med. Seese und Betriebsleiter Dipl.-Betriebswirt Jürgen Oswald für die Unterstützung bei der Vorbereitung und Organisation der Veranstaltung sowie der Industrie, die mit der begleitenden Industrieausstellung zum guten Gelingen der Veranstaltung beigetragen hatte.
Nebenstehend das Grußwort der Schirmherrin Sabine Dittmer, MdL. Auch die Wahlkreisabgeordnete Dr. h.c. Susanne Kastner, MdB, Bundestagsvizepräsidentin a. D. hatte an die Anwesenden Grüße ausrichten lassen. Wegen der parlamentarischen Sitzungswoche im Deutschen Bundestag war es ihr leider nicht möglich, an der Veranstaltung teilzunehmen. Der 3. Intensivpflegetag Nordbayern findet **voraussichtlich am 3. März 2013** statt. Weitere Informationen auf
www.intensivpflege-nordbayern.de

*(von links) **Dr. med. Bernd Seese,** Ärztlicher Direktor CA des Thoraxzentrums Münnerstadt, **Michael Wehner,** Vorsitzender „Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege Nordbayern e.V.“, **Dieter Weber,** stv. Vorsitzender, Schirmherrin **Sabine Dittmer,** MdL*

2. Intensivpflegetag Nordbayern Eröffnungsansprache der Schirmherrin

Der gesamte Komplex Pflege ist, so Sabine Dittmar, MdL, eine intensive Herausforderung für Gesellschaft und Politik. Die im Moment politisch Verantwortlichen hätten noch nicht realisiert, welch enormen gesellschaftlichen Sprengstoff dieses Thema birgt.

Sehr geehrter Herr Wehner,
sehr geehrter Herr Weber,
sehr geehrte Damen und Herren!

Als Schirmherrin des 2. Nordbayerischen Intensivpflegetages möchte auch ich Sie recht herzlich hier in Münnerstadt begrüßen und willkommen heißen! Ich habe diese Schirmherrschaft sehr gerne übernommen, weil das Thema Pflege in seiner ganzen Breite mir als Ärztin und Gesundheitspolitikerin ein großes Anliegen ist. Sie haben die Veranstaltung, die in ganz enger zeitlicher Nähe zum Tag der Pflegenden am 12. Mai stattfindet, unter das Motto „Herausforderung Intensivpflege – Intensive Herausforderung“ gestellt.
Ich meine: Nicht nur die Intensivpflege im speziellen, sondern der gesamte Komplex Pflege ist eine intensive Herausforderung für Gesellschaft und Politik. Und leider muss ich feststellen, dass die im Moment politisch Verantwortlichen noch nicht realisiert haben, welch enormen gesellschaftlichen Sprengstoff dieses Thema birgt.
Anders kann ich mir dieses für die Pflege verlorene Jahr 2011, dieses zögerliche Herangehen an längst notwendige Reformen, nicht erklären. Nicht nur die ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen, auch die pflegebedürftigen und dementen Patienten und deren Angehörige warten dringlichst auf die überfällige Neuordnung des Pflegebedürftigkeitsbegriffs. Ein Vorschlag des Fachbeirats liegt seit 2009 in der Schublade, fand aber zum Unverständnis der gesamten Fachwelt keinen Niederschlag im Entwurf zur Pflegereform.
Damit einher geht die Forderung nach einer soliden und nachhaltigen Finanzierung der Pflegeversicherung. Nur wenn wir die Rahmenbedingungen - organisatorisch und finanziell - für gute Pflege verbessern, werden wir junge Menschen für den Pflegeberuf gewinnen. Und hier ist es leider nicht 5 vor 12, sondern bereits 5 nach 12. In der Pflegebranche reden wir nicht vom drohenden Fachkräftemangel, wir haben ihn. Augenblicklich fehlen in Deutschland 30.000 Pflegekräfte! Und uns allen muss dabei klar sein: Gute Pflege gibt es nicht zum Nulltarif!
Sie, meine sehr geehrten Damen und Herren, trotzen heute den Widrigkeiten des beruflichen Alltags, wie da wären die Bürokratie, der Zeitdruck, unattraktive Arbeitszeit, nicht adäquate Entlohnung, unzureichende betriebliche Gesundheitsvorsorge - um nur einiges aufzuzählen. Sie trotzen, Sie bilden sich heute weiter und Sie nutzen die Möglichkeit zum kollegialen Austausch und Gespräch. Die große Teilnehmerzahl zeigt, dass die Veranstalter mit den gesetzten Themen den Nerv der Zeit getroffen haben. Gerade der Themenkomplex MRSA ist ein hochaktueller, der uns auch immer wieder im Ausschuss für Umwelt und Gesundheit beschäftigt. Das Robert-Koch-Institut schätzt, dass jährlich 5% der Krankenhauspatienten an einer MRSA-Infektion erkranken und ca. 40.000 Patienten infolgedessen versterben. Am Landesamt für Lebensmittelsicherheit und Gesundheit wurde deshalb 2008 die Landesarbeitsgemeinschaft Multiresistente Erreger - kurz „LARE“ installiert, die sich mit MRSA und anderen nosokomialen Problemerregern beschäftigt.

Quintessenz ist, dass wir mittlerweile eine sehr detaillierte Problembeschreibung haben - wir wissen woran es hakt:

- **Verbesserungswürdiges Überleitungsmanagement zwischen den versorgenden Einrichtungen stationär-ambulant, stationär, aber auch ambulant-Pflegeheim**
- **zu geringe Einsatzzeiten von Hygienefachpersonal**
- **nicht adäquater Antibiotikaeinsatz**
- **deutlich zu verbessernde Surveillance- und Screening-Konzepte**
- **Klärung der Kostenfrage.**

Unser Ziel muss es sein, diese Erkenntnisse nun endlich auch in praxistaugliche Konzepte umzusetzen, und hier ist neben Medizin und Pflege eben v.a. auch die Politik gefragt. Ausreichendes Hygienefachpersonal bis zum Mikrobiologen, konsequentes Screening und Quarantäne eines Patienten bis zur Klärung des Status kosten eben Geld, das gibt es nicht umsonst.
Im ambulanten Bereich versucht man nun, durch klarere Regelungen der Kostenübernahme die Diagnostik zu verbessern, doch auch in den DRGs der Krankenhäuser und in den Pflegesätzen der Pflegeheime und Reha-Einrichtungen muss sich dieser Mehraufwand niederschlagen. Oft schadet es nicht, einen Blick auf unsere europäischen Nachbarn zu werfen: In den Niederlanden wird seit Mitte der 80er Jahre eine konsequente Anti-MRSA-Politik betrieben, und die Ergebnisse können sich durchaus sehen lassen. Auch CIRS – Ihr zweiter Themenkomplex – hat ja seinen Ursprung bei unseren Nachbarn – als Zwischenfalls-Meldesystem für Schweizer Flugpiloten. Zwischenzeitlich etabliert es sich auch zunehmend im deutschen Gesundheitswesen. Ich finde die Idee, die dahintersteckt, bestechend: Anonym und sicher ermöglicht es ein gegenseitiges Lernen aus Fehlern oder kritischen Ereignissen. Es wird mit ein Baustein sein, um die Patientensicherheit weiter zu verbessern.
Die weiteren Themen – Schluckdiagnostik, Schnittstellenprobleme beim Rettungstransport heimbeatmeter Menschen und – was mich ganz persönlich auch noch brennend interessieren würde, ich aber leider nicht mehr anwesend sein kann, da Verpflichtungen in München rufen – die Fallstricke des Medizinproduktegesetzes runden den insgesamt sehr interessanten und thematisch abwechslungsreichen Fortbildungstag ab. Ich wünsche Ihnen viele neue Erkenntnisse, manch praktischen Tipp, gute Gespräche und der Tagung ein gutes Gelingen. Der 2. Nordbayerische Intensivpflegetag ist eröffnet!

Sabine Dittmar, *MdL Mitglied im Ausschuss Umwelt und Gesundheit, Verbraucherpolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion, Mitglied im Landesgesundheitsrat*

Soeben ist die 9., überarbeitete und erweiterte Auflage des Standardbuchs der Beatmungstechnik **„Atem – Atemhilfen. Atemphysiologie und Beatmungstechnik“** von Wolfgang Oczenski als flexcover im Georg Thieme Verlag, Stuttgart erschienen. Das 832 Seiten umfassende Buch enthält 279 Abbildungen.
Es kostet in Deutschland **69,99 Euro.**
Eine Besprechung erfolgt in Heft 18.

Networking – die Entstehungsgeschichte einer Arbeitsgemeinschaft in Nordbayern

Alle Welt spricht von Networking oder Netzwerken! Kein Kongress, keine Veranstaltung, in der nicht betont wird, wie wichtig für unser heutiges Leben Netzwerke seien. Man gewinnt den Eindruck, man könne ohne Netzwerke nicht mehr überleben. Es lohnt sich somit, einmal den Netzwerkgedanken zu hinterfragen. Ist die Vernetzung eher ein Mythos, oder überwiegen doch die Vorteile? Und bieten Netzwerke neue Perspektiven in der außerklinischen Intensivversorgung? Dieter Weber, der 2. Vorsitzende des „Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege Nordbayern e.V." berichtet über ein nachahmenswertes Erfolgsprojekt in Nordbayern.

Personen oder Gruppen verbinden sich immer häufiger miteinander zu Beziehungsgeflechten. Sie wollen einander besser kennenlernen, einander informieren, mit Hilfe eines Netzwerks ihre Karrierechancen erhöhen oder Wettbewerbsvorteile erlangen. Netzwerke können Instrumente von „Vetternwirtschaft" oder „Kungelei" sein, genauso gut aber Synergieeffekte im positiven Sinne herstellen nach dem Motto: „Gemeinsam sind wir stark!"

Wer sich schon in vielen Netzwerken bewegt und seine Erfahrungen bei Netzwerktreffen gemacht hat, kennt das „Ritual" der stetig wiederkehrenden Absichtserklärungen aller oder zumindest der überwiegenden Zahl der Anwesenden: Sie betonen, dass dieses oder jenes Projekt „nach vorne gebracht" werden soll. Aber allzu oft bleibt es bei der gebetsmühlenartigen Wiederholung. Viele dieser Netzwerke verkümmern irgendwann zu einem losen Gedankenaustausch, und das ehemals gesetzte Ziel geht aus den Augen verloren. Vielleicht sollte man an Netzwerke nicht mit zu großen Erwartungen heran gehen! Wer Wert auf eine stringente Umsetzungsgeschwindigkeit legt, dem bleiben in vielen Netzwerken Enttäuschungen und Zweifel an der Sinnhaftigkeit mancher Veranstaltungen nicht erspart. Selbst noch so vorsichtig ausgedrückte Kritik wird nicht gern vernommen, denn unter den Anwesenden gibt es immer welche, die diese Einstellung nicht teilen. Zugegeben: Es ist leichter, Kritik zu üben als es besser zu machen! Dies ist die Seite ermüdenden Networkings, das irgendwann im Sande verläuft und an dem man dann die Lust verliert.

Netzwerken in der außerklinischen Intensivpflege

Dass es auch anders geht, zeigt ein Netzwerk in der außerklinischen Intensivpflege in Nordbayern. Initialzündung für dieses Netzwerk war die Erkenntnis, dass es regionale Besonderheiten gibt, die in anderen Ballungsräumen oder Bundesländern offensichtlich nicht vorhanden waren. So stellte sich die Frage, ob es den Dienstleistern in der Region genau so geht wie einem selbst. Oder kennen sie diese Probleme gar nicht? Im Gespräch miteinander wurde deutlich, dass sich jedes Unternehmen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege mit den gleichen Problemen befasste, sich über die gleichen Sachverhalte ärgerte und nach neuen Wegen suchte. Natürlich war man auch wissbegierig, ob andere Anbieter vielleicht schon Lösungen gefunden hatten, an die wir noch gar nicht gedacht hatten. Und könnten wir daran partizipieren? So fiel irgendwann die Entscheidung, die Berührungsängste zu überwinden und das Gespräch mit dem Mitbewerber suchen. So entstand der „Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege Nordbayern e.V.". Im Jahr 2009 wurden zum ersten Mal 25 Unternehmen zu einem Treffen eingeladen. Erstaunlich für die Organisatoren war, dass es tatsächlich Menschen gab, die sich allein schon darüber entrüsteten, neben einem Mitbewerber in der außerklinischen Intensivversorgung auf der Einladung zu stehen! Daran scheiterte der erste Versuch, denn keiner hatte ein Interesse an „kindergartenähnlichen" Streitereien! Die Gesamtsituation blieb somit unverändert schwierig. Ein Jahr später wurde ein zweiter Versuch gestartet. Es wurden 22 Einladungen verschickt. Die Vertreter von sechs Intensivpflegediensten aus der Region und eine Hand voll Interessierter, die vor allem die Protokolle erhalten wollten, sagten zu.

Das erste Treffen verlief dann wie erwartet. Vorsichtiges Abtasten, jedes Wort wohlüberlegt, nichts sagen, was Rückschlüsse auf das eigene Geschäft hätte geben können. Dass man sich wieder treffen müsse, war das Gesprächsergebnis. In den folgenden regelmäßigen Zusammenkünften baute sich langsam ein Vertrauensverhältnis auf. Schnell wurde offenkundig, dass Probleme bei der Personalakquise, der Mitarbeiterqualifikation, dem Marketing oder der Bedeutung und Umsetzung der S2-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz" überall gleich waren. Ideen wurden gesponnen, diskutiert und verworfen. Was blieb, war der zunehmend engere und vertraute Kontakt. Es wurde deutlich einfacher nachzufragen, und das Wissen, welches Gesicht, welcher Mensch hinter einer Telefonnummer steckt, ist nahezu unbezahlbar! Andere schieden mangels erkennbarer Eigeninitiative rasch aus, denn ihrem Wunsch nach den Protokollen wollten wir nicht nachkommen. Beinahe von selbst entstanden dann erste größere Projekte: Ein gemeinsamer Flyer, ein gemeinsamer Internetauftritt, gemeinsame Weiterbildungsangebote, die Organisation des „1. Intensivpflegetages Nordbayern" im Jahr 2011 und die Teilnahme am Boys' Day 2011. Plötzlich war es kein Problem mehr, auch über gemeinsame Klientenversorgungen nachzudenken und diese umzusetzen. (Wer die Strukturen der außerklinischen Intensivversorgung kennt, weiß, dass dies alles andere als alltäglich ist - in einer Branche, in der jeder dem anderen die Versorgungen vor Nase wegschnappen möchte, indem er bei den Kassen möglichst niedrige Preise angibt!) Inzwischen ist es personell bedingt in ländlichen Regionen kaum mehr möglich, als einzelner Pflegedienst die Klienten zu versorgen. Aufgrund dieser Erkenntnis rückten die Mitgliedsunternehmen der Arbeitsgemeinschaft nahezu zwangsläufig immer weiter zusammen. Inzwischen wird erfolgreich in mehreren Versorgungen zusammengearbeitet. Rückblikkend steht fest: die Idee des ersten runden Tisches war richtig. Dabei ist zu beobachten, dass die Bereitschaft zu gegenseitiger Hilfe enorm gestiegen ist. Positiv ist auch, dass inzwischen nicht jeder die Fehler des Anderen wiederholt. Kennt man z.B. die Probleme des Mitbewerbers in seiner Wohngemeinschaft, kann man sehr konstruktiv darüber diskutieren und leichter versuchen, es besser zu machen.

Natürlich gibt es in einer Arbeitsgemeinschaft auch Meinungsverschiedenheiten. Gerade im sensiblen Feld der Klientenanfragen und dem Umgang damit sind und waren Probleme zu erwarten. Erstaunlicherweise war es jedoch nie so, dass man dem Mitbewerber das Geschäft nicht gönnte. Vielmehr war es interessant zu sehen, dass es auch hier gelang,

gemeinsame Probleme zu lösen, von denen man vorab noch gar nicht wusste, dass sie existierten. Beispiel: Eine Klinik will einen Klienten entlassen und setzt sich mit drei Pflegediensten aus der Region in Verbindung. Dabei tritt sie so auf, als wäre jeder Pflegedienst der alleinige und einzig angefragte Dienstleister! Dies kann zu großen Missverständnissen führen und den Anschein erwekken, als wollte der eine dem anderen doch den Klienten wegschnappen! Dieser Vorfall war Anlass für einen Überleitworkshop mit den regionalen Kliniken. Darin gelang es, die Vorstellungen der Anbieter außerklinischer Intensivversorgung mit den Erwartungen der Kliniken abzugleichen. Ziel des Workshops war auch, die Effizienz der aufzubringenden Leistung zu erhöhen.

Feinfühlig muss angesichts des Personalmangels in einem Netzwerk in der außerklinischen Intensivversorgung auch mit dem Thema „Mitarbeiter“ umgegangen werden. Es könnte ja sein, dass Mitarbeiter, die im Nebenerwerb beim Mitbewerber tätig sind, den Arbeitgeber ganz wechseln wollen! Solche Situationen gab es und wird es immer wieder geben. Damit wurde von allen Seiten sehr offen umgegangen. Die ungeschriebene Vereinbarung lautet: Kein aktives Abwerben von Mitarbeitern bei Unternehmen der Arbeitsgemeinschaft! Den Rest muss man einfach sportlich betrachten! Wir leben in einem freien Land!

Aus den gemeinsamen Veranstaltungen erwuchs schließlich die Notwendigkeit, den losen Zusammenschluss auf rechtssicheren Boden zu stellen. Als Gesellschaftsform einigte man sich auf einen Verein. Am 18. August 2011, also rund 18 Monate nach dem ersten Treffen, erhielt der „Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege Nordbayern e.V.“ den Status des eingetragenen Vereins.

Zwischenzeitlich gehören diesem Verein acht Unternehmen an. Ihr gemeinsames Ziel ist, das Thema „außerklinische Intensivpflege“ in der Öffentlichkeit bekannt zu machen und Strukturen zu schaffen, damit möglichst viele beatmete Menschen ein selbstbestimmtes Leben in der für sie geeigneten Wohnform führen können. Ziele im politischen Sinne sind die Entwicklung gemeinsamer Qualitätsstrukturen, die fachärztliche, ambulante Versorgung in der außerklinischen Intensivpflege, Rechtssicherheit bei geplanten Krankentransporten beatmeter Klienten und die Umsetzung der S2-Leitlinie. In der Arbeitsgemeinschaft wird nicht nur gearbeitet, es gibt auch gesellschaftliche Anreize für ein gemeinsames Miteinander: Gemeinsame Wanderungen, schmackhaftes Essen und Spaß! Netzwerke sind zwar nicht überlebenswichtig, aber sie sind wunderbar, wenn es gelingt, in ihnen engagierte, ziel- und lösungsorientierte Menschen für ein gemeinsames Ziel zu begeistern. Einige solcher Enthusiasten haben sich in dem gelebten Netzwerk „Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege Nordbayern e.V.“ zusammengefunden! Vielleicht ist dies ein Anstoß für Anbieter außerklinischer Intensivversorgung in anderen Bundesländern und Regionen zu prüfen, ob nicht auch sie in Zukunft mehr auf Kooperationen anstatt auf Konkurrenz setzen wollen! *dw*

Mehr dazu auf www.intensivpflege-nordbayern.de
Der Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege gehören folgende Unternehmen an:

Heimbeatmungsservice
Brambring Jaschke GmbH
Sieboldstraße 7
97688 Bad Kissingen
Tel.: 0971/7236500
www.heimbeatmung.com

Kiwi zu Hause
Sebastian-Merkle-Straße 13
97074 Würzburg
Tel.: 0931/887982
www.kiwizuhause.de

Die Intensivpfleger
Schmerber Weg 3
96181 Rauhenebrech
Tel.: 09554/923781
www.die-intensivpfleger.de

Caritas-Sozialstation St. Gregor Fährbrück e.V.
Raiffeisenstraße 2
97241 Bergtheim
Tel.: 09367/988790
www.sankt-gregor.de

BRK Kreisverband Rhön-Grabfeld
Sonnenstraße 1
97616 Bad Neustadt
Tel.: 09771/6123-0
www.kvrhoen-grabfeld.brk.de

wenoba Wehner Nolte
Heimbeatmungsservice GmbH
Kleinfeldlein 1
97708 Bad Bocklet
Tel.: 09734/934505
www.wenoba.de

Remeo Center Münnerstadt
Michelsberg 1
97702 Münnerstadt
Tel.: 09733/783900
www.remeo.de

Lichtblick Mellrichstadt GmbH
Roßmarktgasse 5
97638 Mellrichstadt
Tel.: 09776/7093872
www.lichtblick-mellrichstadt.de

MAIK-QUIZ **Auflösung der Fragen aus Heft 16**

1. Eine PEG mit innen liegender Dünndarmsonde fixiere ich …..
A … wann es mir am Besten passt
B … um die 5 Uhr herum
C … bei reizlosem Eintritt gar nicht
D … mit hautfreundlichem Pflaster ohne Knickbildung zur Pumpe

Auflösung Frage 1:
A falsch
B **Richtig.** Die Dünndarmsonde verlässt den Magen in Richtung der rechten Schulter, also etwa bei 11 Uhr. Die Fixierung „bei 5 Uhr“ gewährleistet einen fast geradlinigen Verlauf.
C **Richtig,** wenn **ohne** innen liegende Sonde. Ist die PEG nicht fixiert, **kann** die Innensonde dislozieren.
D Sicher praktikabel, schützt aber zu wenig vor Dislokation der Dünndarmsonde.

2. Was begünstigt die Gesichtsschwellung mancher beatmeter Kinder?
A … Fett in der Nahrung
B … Öl in der Gesichtscreme
C … Wasser im Beatmungsschlauch
D … Druck in der Atemluft

Auflösung Frage 2:
A Fett ist ein wichtiger Energielieferant und Grundbaustein für z.B. Hormone. Hauptverantwortlich für die Organverfettung und Fettspeicherung sind Kohlehydrate.
B falsch
C Kondenswasser in großer Menge kann akut die Atemwege verlegen. Übermäßige Aktivbefeuchtung kann zum Lungenödem führen.
D **Richtig.** Die Venen des oberen Körperdrittels haben keine Venenklappen. Der Beatmungsdruck in der Lunge kann sich über das Herz bis in die zuleitenden Blutgefäße ungehindert fortleiten (Obere Einflussstauung).

3. 1 Amp. Adrenalin pur inhalieren
A ... Die Ampulle enthält eine 1%ige Lösung Adrenalin (1mg in 1ml)
B ... Die Ampulle enthält reines Adrenalin (1mg in 1ml)
C ... Die tausendfache Verdünnung bewahrt vor Tachycardie
D ... Die Injektion von Adrenalin 1:10.000 ist wirkungslos

Auflösung Frage 3:
A Adrenalin-Ampullen: Handelsüblich ist 1mg in 1ml entspricht 1 Teil Wirkstoff in 1000 Teilen Lösungsmittel (1:1000) entspricht einer 0,1%igen Lösung.
B Adrenalin-Ampullen: Handelsüblich ist 1mg in 1ml entspricht 1 Teil Wirkstoff in 1000 Teilen Lösungsmittel (1:1000) entspricht einer 0,1%igen Lösung.
D European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation 2010: Mittel der Wahl bei Asystolie: Adrenalin 1:1000 oder 1:10.000
C **Richtig:** Die handelsüblichen Adrenalin-Amp. enthalten 1:1000 (1mg in 1ml). Die lokale Vasokonstriktion verhindert die systemische Wirkung. Dies ist bei weiterer Verdünnung nicht gesichert.

AmbulanzPartner

Das Internetportal AmbulanzPartner ist ein innovatives webbasiertes Instrument der Versorgungskoordination mit einer elektronischen "Versorgungsakte", die allen an einer Versorgung beteiligten Partnern jederzeit zugänglich ist. Es wurde in Kooperation mit Ärzten, Therapeuten, Wissenschaftlern und Informatikern entwickelt. Seit März 2011 ist es im online-Betrieb. AmbulanzPartner erinnert, wie im Nachrichtenmagazin DER SPIEGEL vom 18.03.2011 zu lesen war, an „Facebook". Wenn dies so ist, dann ist es ein „Facebook" für Schwerkranke, deren „Freundeskreis" aus Ärzten, Sanitätshäusern und Pflegediensten besteht.

Die Idee für **AmbulanzPartner** hatten im Jahr 2009 die beiden Professoren Thomas Meyer und Christoph Münch. Die beiden Neurologen sind in der ambulanten Versorgung von schweren neurologischen Erkrankungen wie zum Beispiel bei der Amyotrophen Lateralsklerose (ALS) an der Charité tätig. Ihnen war aufgefallen, dass die Patienten, Ärzte, Therapeuten, die Lieferanten von Medizinprodukten und die Anbieter von Dienstleistungen ausgesprochen schlecht vernetzt waren – und sind. In Zeiten, in denen IT in allen Bereichen auf dem Vormarsch ist und viele Prozesse beschleunigt und erleichtert, eigentlich ein Unding! Unter dem Namen **„AmbulanzPartner"** realisierten sie ihre Vision von einer neuen Form der Koordination ambulanter Versorgung. Dabei steht die Technik, so wichtig sie ist, im Hintergrund. Sie wird eingesetzt für den „Dienst für die Dienstleistung". Im Fokus steht der Mensch: Momentan drei Koordinatorinnen finden für die Patientinnen und Patienten die auf sie genau passenden Versorger und klären die wichtigen Fragen. Als Case-Managerinnen legen sie im Versorgungsportal alle relevanten Informationen an, so dass die Beteiligten jederzeit Zugriff auf die Daten haben und sich auch untereinander abstimmen können.

Grundlage ist die Modularisierung personenbezogener Dienstleistungen, die man sich wie in einem großen Baukasten vorstellen kann. Zur umfassenden Versorgung eines Patienten werden die spezifischen Module abgerufen und personenbezogen zugeordnet.
Und dies geschieht auf der Internetplattform **AmbulanzPartner.de** unter Beteiligung aller an der Versorgung beteiligten Gruppen. Es wird jedoch nicht über den Patienten entschieden, er ist immer dabei, z.B. bei der Heilmittelversorgung: „Im Regelfall wird einem Patienten ein Rollstuhl gebracht, den dieser während einer Probezeit ausprobiert. Dann meldet er, ob das Produkt wie gewünscht funktioniert. Der Versorgungsprozess läuft anders, wenn man neue Technologien einsetzt, beispielsweise Smart Poster, die den Patienten einbeziehen. Schon während des Anpassungsprozesses kann sich der Patient mit seinen Einschätzungen einbringen und etwa Schwierigkeiten thematisieren. Die Rolle des Patienten wird gestärkt und er oder sie kann zu individuellen Lösungen für den Versorgungsprozess beitragen", so Prof. Meyer beim 3. Workshop des Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. mit dem Thema „Personenbezogene Dienstleistungen im Spannungsfeld zwischen Standardisierung und Individualisierung – zur Rolle neuer Technologien" am 21. September 2011 in Berlin. Die Rolle der anderen Beteiligten, z.B. der Ärzte werde verändert, sie entwickelten sich von einer „Betreuungsrolle zu einer Management- und Supervisionsrolle". All diese Überlegungen liegen **AmbulanzPartner** zugrunde, und der Erfolg schon nach einem Jahr zeigt, dass sie richtig sind.

Die Homepage von **AmbulanzPartner** ist übersichtlich gegliedert und informiert umfassend, was Patienten und Angehörige, Medizinische Partner und Versorgungspartner erwartet, wenn sie sich dort registrieren. Hier ein kleiner Überblick für alle, die diese innovative Plattform noch nicht kennen. Für jede dieser Gruppen bietet das Portal Vorteile.

1. Die Patienten und Angehörigen haben eine einheitliche Ansprechpartnerin in den Fragen der Hilfsmittel- und Heilmittelversorgung. **AmbulanzPartner** ermöglicht die, übrigens für Betroffene und Angehörige, kostenfreie Suche nach spezialisierten Therapeuten und Hilfsmittelexperten. Diese und andere Versorgungspartner können miteinander kommunizieren, auch hinsichtlich der Rezeptabwicklung. In einer „elektronischen Versorgungsakte" sind dann alle Hilfs- und Heilmittel registriert und bieten einen Überblick über den Stand der Versorgung.

2. Medizinische Partner haben einen zeitsparenden, effektiven und qualitätsgesicherten Zugriff auf spezialisierte Versorgungspartner. **AmbulanzPartner** stellt eine strukturierte Koordination, eine elektronische Datenübermittlung und kurze Kommunikationswege zur Verfügung, so dass eine Zeit- und Aufwandsersparnis im laufenden Pflege- und Praxisbetrieb entsteht. Durch definierte Handlungsabläufe und Qualitätsstandards der Dokumentation erhält der Medizinische Partner eine höchstmögliche Transparenz über den Versorgungsprozess. **AmbulanzPartner** arbeitet für Medizinische Partner kostenfrei, da die Finanzierung aus Spendenmitteln und Projekten der Versorgungsforschung gewährleistet wird.

3. Versorgungspartner sind Unternehmen, die sich auf die Versorgung mit Hilfsmitteln und Heilmitteln spezialisiert haben. Durch die Teilnahme an **AmbulanzPartner** werden die administrativen und organisatorischen Prozesse verschlankt, so dass ein Zeit- und Effizienzvorteil für diese Unternehmen entsteht. Versorgungspartnern dient das Portal als Hauptinstrument der Versorgungskoordination, deshalb müssen die kommerziellen Versorgungspartner die mit der Nutzung der Internetplattform verursachten Kosten bezahlen. Aus diesen Einnahmen sollen die recht hohen Kosten für die Instandhaltung und Weiterentwicklung der Internetplattform gedeckt werden.

Im Oktober 2011 wurde **AmbulanzPartner** übrigens bereits ausgezeichnet. Es erhielt den Innovationspreis für wegweisende Entwicklungen in der Informationstechnologie (E-Health-Innovationen). Der Preis wurde gemeinsam von der Humboldt-Universität Berlin, der Freien Universität Berlin und dem Xinnovations e.V. vergeben. Auch aus sprachlicher Hinsicht hat **AmbulanzPartner** Charme, denn es gehört zum Selbstverständnis vieler im Gesundheitswesen und in der Pflege, dass sie sich nicht nur als Dienstleister verstehen, sondern oft viel mehr als Partner, wenn nicht sogar Freunde!
Denn der Mensch steht im Mittelpunkt!
Mehr dazu auf www.ambulanzpartner.de

AmbulanzPartner
Koordination ambulanter Versorgung

Ein Jahr AmbulanzPartner - Herzlichen Glückwunsch zum Geburtstag!

Prof. Dr. Thomas Meyer und Prof. Dr. Christoph Münch, die beiden Initiatoren des Internetportals AmbulanzPartner, begrüßten am 26. April 2012 in der Berliner Villa Kreuzberg über 80 Gäste zur Feier des ersten Geburtstages von AmbulanzPartner.

In seiner Begrüßungsrede stellte Prof. Dr. Thomas Meyer klar, dass es an diesem Abend nicht darum gehe, „die Technologie eines Internetportals zu feiern, sondern die Menschen, die das Projekt ausmachen". Was die Tätigkeit des hervorragenden Teams angehe, so führe es jetzt das aus, „was die Patienten von uns seit Jahren erwarten", nämlich „das Einfache, das so schwer zu machen ist."

AmbulanzPartner sei formal gesehen die Verbindung von Fallmanagement mit einem Internetportal - mit einem Netzwerk. Dies sei eigentlich „nichts Futuristisches". „Tatsächlich erwarten die Zukunftsforscher, dass die grossen Fortschritte der nächsten Jahrzehnte durch die 'Neue Kombination des Konventionellen' entstehen. So sind kein grundsätzlich neuer Rollstuhl zu erwarten, auch keine ganz andere Art der Physiotherapie, keine ganz andere Methode der Pflege, aber auch keine völlig neuen Medikamentengruppen, keine neue Typen der Computer und auch kein anderes Internet. Die Zukunft der ambulanten Versorgung entsteht durch eine scheinbare Kleinigkeit: die ambulante Welt wird besser, wenn die Rollstuhlversorgung, das Internet, die Physiotherapie, die Medikation und die Pflege auf sinnvolle Art verknüpft werden. Hier entsteht der erhoffte Fortschritt: durch die neue Kombination dessen, was bereits vorhanden ist."

Wie gut diese Verknüpfung schon nach einem Jahr gelungen ist, darüber berichtete Prof. Christoph Münch. Es seien derzeit „1400 Nutzer, davon 1100 Patienten, 90 Ärzte – überwiegend Neurologen – 120 Versorgungspartner – davon etwa 30 Versorger von Hilfsmitteln und 60 Physiotherapeuten, 9 Pflegeeinrichtungen, 6 Spezialambulanzen an Unikliniken und 1 Rehabilitationsklinik. Für die 1100 Patienten wurden bislang 3800 komplexe Hilfsmittel und 900 physikalische Therapien koordiniert." Diese Zahlen sprechen für sich und zeigen, wie gut das Netzwerk funktioniert. Noch in diesem Sommer beginnt die Ausdehnung auf weitere Bereiche der ambulanten Medizin, zum Beispiel auf die Überleitung von Patienten in spezialisierte ambulante und stationäre Pflegeangebote. Bei der Feier wurde das „ungewöhnliche, starke und eingespielte Team" von **AmbulanzPartner** vorgestellt, dem die beiden Professoren ihre Anerkennung und Dank aussprachen. Die Gäste und das Team von **AmbulanzPartner** durften an diesem Abend als erste den Informationsfilm sehen, der inzwischen auf der Homepage eingestellt ist. Das weitere Abendprogramm gestalteten die Sopranistin Monika Stache, die, begleitet von dem Pianisten Nico Stabel, ein fein abgestimmtes „Opera meets Tango"-Programm bot. Durch den Abend führten Karin Denisow und Nina Trobisch.

Natürlich gab es auch die Geburtstagstorte, wie sie auf der Einladungskarte angekündigt war. Mehr zu **AmbulanzPartner** erfahren die Teilnehmer des MAIK Münchner außerklinische Intensiv Kongress ®.

*Bilder oben: **Prof. Dr. Christoph Münch** (links) und **Prof. Dr. Thomas Meyer** (rechts) bei der Begrüßung der zahlreichen Gäste. Die beiden Neurologen loben vor allem das großartige Team von AmbulanzPartner! Schnell noch die Kerzen ausgeblasen, dann darf die Geburtstagstorte angeschnitten werden!*

*Die Sopranistin **Monika Stache** (links) und ihr Partner am Flügel, **Nico Stabel** (rechts), die grossen Applaus für ihr großartiges Abendprogramm „Opera meets Tango" erhielten. Rechts die Sängerin beim Solo-Tanz.*

Referent auf dem MAIK 2012

Wohngemeinschaft in Kerpen-Sindorf

Die Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in Kerpen-Sindorf wurde am 15. Mai 2012 eröffnet! Bevor die ersten Erwachsenen mit Beatmung in die WG der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH in Kerpen-Sindorf einziehen, konnten die hellen, großzügig geschnittenen Räumlichkeiten und ein Musterzimmer besichtigt werden.

Viele Gäste waren zur Einweihungsfeier erschienen. Geschäftsführer und Niederlassungsleiter von Köln, Jörg Brambring, berichtete von der langen Vorbereitungsphase von rund zwei Jahren. Er lobte die zuständigen Behörden in Nordrhein-Westfalen für ihr professionelles Vorgehen. Denn es ist klar, dass eine Wohngemeinschaft in einem so sensiblen Pflegesegment streng geprüft werden muss. Geschäftsführer Christoph Jaschke, der aus München angereist war, dankte seinem Partner und allen, die zur Verwirklichung der WG beigetragen haben. Die stv. Bürgermeisterin der Stadt Kerpen, Hildegard Diekhans, gratulierte im Namen der Stadtverwaltung und betonte, wie stolz die Kommune auf dieses ganz spezifische Angebot an die Bürgerinnen und Bürger in Kerpen-Sindorf sei. Genau dieses hätte bis dato noch gefehlt. Der Wahlkreisabgeordneten Willy Zylajew, MdB, der als pflegepolitischer Sprecher seiner Fraktion den entscheidenden Hinweis auf Kerpen-Sindorf gegeben hatte, war natürlich ein weiterer Ehrengast. In einer beeindruckenden Ansprache nahm er Stellung zur Entwicklung der Pflege und betonte, dass die Zukunft der Pflege in solchen Angeboten liege. Er freue sich sehr, dass das Projekt umgesetzt werden konnte, wünschte dem Unternehmen viel Erfolg und hieß schon jetzt die neuen Bewohner herzlich willkommen. Ebenfalls gekommen waren u.a auch der Bauträger Karl-Heinz Emrich, der Geschäftsführer der AWO im Erftkreis GmbH, Wolfgang Schilling, zahlreiche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, Freunde und vor allem auch Angehörige von Menschen mit Beatmung. Die WG liegt in einer ruhigen Wohngegend mit kleinen Geschäften im Umkreis. In dieser Wohlfühlgegend sind Erwachsene, die beatmet werden, herzlich willkommen. Mit der S 12 ist es übrigens nur ein Katzensprung bis ins Zentrum von Köln.

Für Fragen zur Wohngemeinschaft
für Menschen mit Beatmung
in 50170 Kerpen-Sindorf, Vogelrutherfeld 48
stehen Jörg Brambring und Martina Friedrichs
zur Verfügung:

Niederlassungsleitung
der Heimbeatmungsservice Brambring
Jaschke GmbH,
Sülzburgstraße 103, 50937 Köln,
Tel.: 0221/4470524,
koeln@heimbeatmung.com

Wir suchen weiterhin Pflegekräfte, die in der WG arbeiten möchten. Die vielen Auszeichnungen als „Bester Arbeitgeber im Gesundheitwesen“ sowie die Preise „Qualifizierung der Mitarbeiter“ und „Ambulante Intensivpflege“ zeigen, dass wir Wert auf Arbeitsplatzkultur legen. Unseren Klienten geht es gut, weil unsere Pflegekräfte zufrieden sind und ihren Beruf lieben.

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Niederlassung der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH in Köln freuen sich, dass der Ausbau der Wohngemeinschaft nun fertig gestellt ist.

Rechtsanwalt Karl-Heinz Emrich,
Investor und Bauträger

*Wahlkreisabgeordneter **Willi Zylajew,** MdB (links) im Gespräch mit der stv. Bürgermeisterin der Stadt Kerpen, **Hildegard Diekhans***

Dipl. Sozialpädagogin
Martina Friedrichs,
Niederlassungsleiterin in Köln

***Jörg Brambring,** Geschäftsführer*
der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
und Niederlassungsleiter in Köln

DispoFix mobile - Mobile Notrufbereitschaft und Dienstplanung im Smartphone

Ein neues Modul der bekannten Dienstplanungs- und Verwaltungssoftware DispoFix entlastet Pflegedienste bei der Sicherstellung ihrer Dienstleistung.

DispoFix bietet mit einer Dienstplanung und der Stammdaten-, Niederlassungs- und Personenverwaltung eine schon sehr umfangreiche Funktionalität, die insbesondere auf Intensivpflegedienste abgestimmt ist und von diesen sehr geschätzt wird. Ein Problem bei der Dienstplanung ergibt sich meist dann, wenn kurzfristig Dienste außerhalb üblicher Bürozeiten ausfallen und besetzt werden müssen. Bisher war es dafür nötig, entweder einen Computer mit Internetzugang in erreichbarer Nähe zu haben oder umfangreiche Papierstapel mit Dienstplänen aller Mitarbeiter mit sich zu führen.

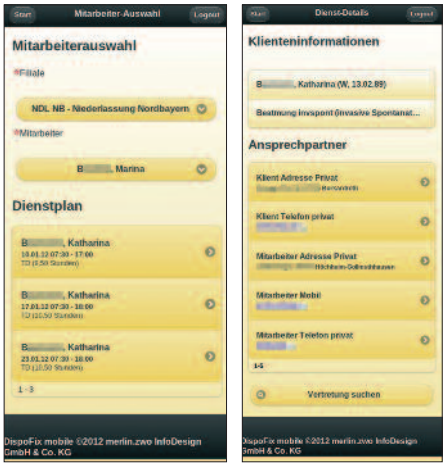
Die Lösung kommt nun mit DispoFix mobile auf Handys und Smartphones. DispoFix mobile ermöglicht es, den dienstverhinderten Mitarbeiter auszuwählen und vollautomatisiert eine Liste möglicher Vertretungen erstellen zu lassen. Das Ranking auf der Liste wird von harten und weichen Kriterien bestimmt, welche sich wiederum unterschiedlich gewichten lassen. So führen harte Kriterien, wie Erziehungsurlaub oder ein Beschäftigungsverbot dazu, dass diese Mitarbeiter gar nicht erst auf der Liste erscheinen. Weiche Kriterien wie das Anstellungs- und Beschäftigungsverhältnis, Anzahl der Überstunden oder die Entfernung zum Einsatzort sind Beispiele dafür, dass eine individuelle Beurteilung der Einsatzmöglichkeiten eines Mitarbeiters sowohl die Belange des Mitarbeiters als auch die des Arbeitgebers berücksichtigt. Auf das System ist auch dann noch Verlass, wenn die Dienstplangestaltung sehr komplex ist. Sind z.B. Mitarbeiter in mehreren Teams gleichzeitig eingesetzt, funktioniert die Vertretungssuche auch teamübergreifend.

Aus der Auswahlliste heraus kann der Mitarbeiter direkt angerufen werden. Dabei werden wesentliche Daten seines Dienstplanes, wie „letzter Dienst“, „nächster Dienst“ und die „Entfernung zum Klienten“ angezeigt. Das Ergebnis des Anrufs lässt sich einfach per Tastendruck setzen. So kann hinterlegt werden, ob der Mitarbeiter erreicht wurde, ob er den Dienst übernimmt oder auch, dass er für die weitere Suche ignoriert werden soll. In einem Freifeld können individuelle Notizen zum Anruf hinterlegt werden. Sollten weitere Informationen zum Einsatzort oder dem Klienten benötigt werden, lassen sich diese ebenfalls abrufen. Über die Kontaktdaten ist auch gewährleistet, dass der Klient über die Dienstplanänderung informiert werden kann. Bei Bedarf können weitere wichtige Informationen, z.B. Diagnosen oder die Kontaktdaten des Hausarztes angezeigt werden. Selbstverständlich ist das System auch mehrplatzfähig, d.h. sollten mehrere Mitarbeiter mit der Vertretungssuche beschäftigt sein, werden diese stets mit dem aktuellen Status versorgt. DispoFix mobile kann selbstverständlich auch bei der üblichen Vertretungssuche eingesetzt werden, da es auf jedem System mit aktuellem Web-Browser funktioniert. Damit ist es nicht nur ein ideales Instumentarium für den Notfall, sondern auch für die tägliche Arbeit bei der Dienstplandisposition. *dw*

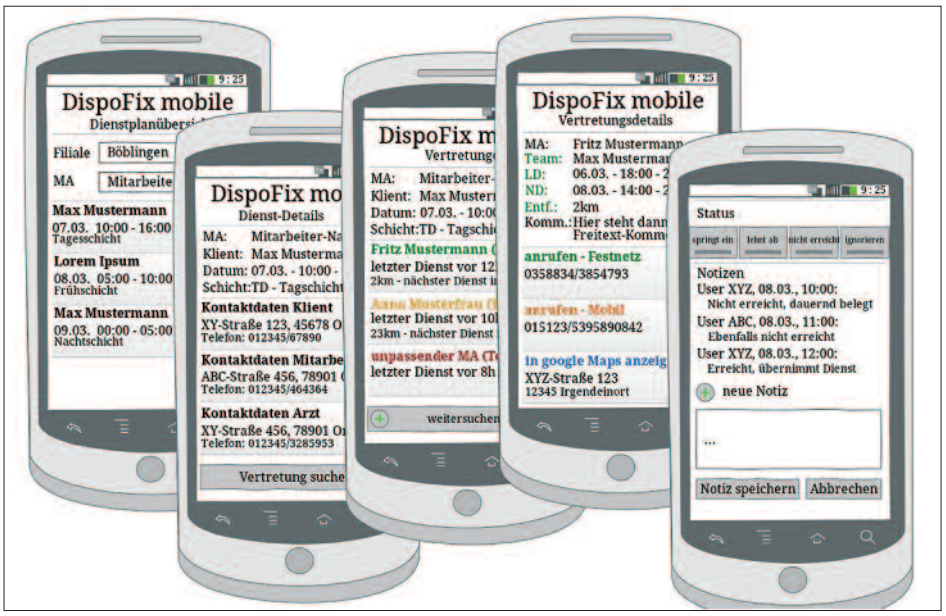
merlin.zwo InfoDesign

Ein Unternehmen der merlin.zwo-Gruppe

Wir kümmern uns!



So detailliert werden die Ergebnisse der Abfragen angezeigt.



DispoFix mobile auf Handy und Smartphones ermöglicht es, den dienstverhinderten Mitarbeiter auszuwählen und vollautomatisiert eine Liste möglicher Vertretungen erstellen zu lassen. Aus der Auswahlliste kann der Mitarbeiter direkt angerufen werden. Dabei werden wesentliche Daten seines Dienstplanes wie „letzter Dienst“, „nächster Dienst“ und die „Entfernung zum Klienten“ angezeigt. Das Ergebnis des Anrufs lässt sich einfach per Tastendruck setzen. In einem Freifeld können individuelle Notizen zum Anruf hinterlegt werden.

Weitere Informationen über:

merlin.zwo InfoDesign GmbH & Co. KG
Daniel Horwedel
Tel.: +49 7052 / 5089815
E-Mail: daniel.horwedel@merlin-zwo.de
www.merlin-zwo.de

Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Dieter Weber
Tel.: +49 971/7236500
E-Mail: dieter.weber@heimbeatmung.com
www.heimbeatmung.com

Dieter Weber, *Prozessmanager der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH®*

Referent auf dem MAIK 2012

Einsparungspotential durch Green-Fleet

MAHAG ist das größte Leistungszentrum für Großkunden in Deutschland. Betriebswirtschaftlich übergreifende Sichtweisen sind der Grundstock für einen Großkundenbetreuer, wenn er ein Unternehmen mit einem Fuhrpark berät. Der MAHAG Automobilhandel und Service GmbH & Co. OHG führte mit Christoph Jaschke, Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, das folgende Gespräch über das Einsparungspotential für ambulante Pflegedienste beim Spritverbrauch durch die Green-Fleet.

MAHAG: Herr Jaschke, Sie haben eine Fahrzeugflotte mit rund 120 Fahrzeugen für Ihren Intensivpflegedienst. Die Jahresfahrleistung Ihrer Pflegekräfte beträgt insgesamt rund 2,75 Millionen Kilometer. Da kommt einiges an Spritkosten zusammen. Wie wichtig ist da für Sie der Verbrauch?

Jaschke: Der Verbrauch spielt in einem Unternehmen, das eine Fahrzeugflotte benötigt, um den von der Politik formulierten Grundsatz „ambulant vor stationär“ zu verwirklichen, eine große Rolle. Wir können die pflegebedürftigen Menschen, gerade auch im ländlichen Raum, nur dann versorgen, wenn unsere Pflegekräfte mobil sind. Spezifisch für die außerklinische Intensivversorgung ist, dass die schwerstpflegebedürftigen Menschen aller Altersstufen, deren Atmung überwacht werden muss, weit verstreut im ganzen Bundesgebiet wohnen und nicht von einem „normalen“ Pflegedienst in der Nachbarschaft versorgt werden können. Bei einem Durchschnittsverbrauch von insgesamt 6,37 Liter zahlt ein Pflegedienst wie wir jährlich allein für den Sprit 275.000 Euro. Jede Spritpreissteigerung, egal in welchem Cent-Betrag, schlägt sich sofort gravierend auf unsere Jahresrechnung nieder. Wir müssen nach Alternativen suchen. Eine Möglichkeit ist, unsere Pflegekräfte für eine Sprit sparende Fahrweise zu begeistern, die andere ist, den Fuhrpark auf Leasingfahrzeuge umzurüsten, die wenig Sprit verbrauchen und trotzdem unsere Anforderungen optimal erfüllen. Nach eingehender Prüfung haben wir uns für den Polo BlueMotion von VW entschieden.

MAHAG: Können Sie uns Ihre Kriterien nennen, die für diese Entscheidung ausschlaggebend waren?

Jaschke: Entscheidend war für uns der überragend niedrige Spritverbrauch, der bei ca. 3,4 Liter pro 100 km liegt. Bei sehr hohen Fahrleistungen bzw. vielen Fahrzeugen in unserem Unternehmen besteht dadurch ein riesiges Potenzial an Kosteneinsparungen, da der Polo BlueMotion hinsichtlich TCO auch auf den zweiten Blick günstig ist. Hinzu kommt die Versicherungseinstufung „best-in-class“, die uns eingeräumt wird.

MAHAG: Ihre Mitarbeiter sind bundesweit unterwegs. Einen Fuhrpark zu unterhalten bedeutet auch, Sorge für die regelmäßige Wartung zu tragen und eventuelle Schäden so schnell wie möglich zu reparieren.

Jaschke: Die Teams aus maximal 10 Pflegekräften rund um einen Klienten arbeiten nach einem ausgefeilten und genau abgestimmten Zeitplan. Die Anwesenheit der Pflegekräfte bei unseren Klienten muss lückenlos gewährleistet sein. Der Ausfall nur eines Fahrzeugs kann das ganze System durcheinander werfen. Wir haben uns für Volkswagen entschieden, weil er das dichteste Servicenetz in Deutschland anbietet. Für unsere Leasing-Fahrzeuge haben wir ein Wartungspaket abgeschlossen. Was wir übrigens am Polo Blue Motion auch schätzen ist die Tatsache, dass er über Parksensoren verfügt. Das ist für unsere Pflegekräfte eine wertvolle Hilfe. Dass die Wartungsintervalle sehr lang, also alle 2 Jahre/ 30 000 km sind, kommt uns sehr entgegen.

MAHAG: Welche Rolle spielte für Sie bei der Entscheidung für den Polo BlueMotion der Umweltgedanke?

Jaschke: Unser Motto „Gepflegt durchatmen“ ist nicht nur programmatisch für die Pflege unserer beatmungspflichtigen Kinder und Erwachsenen. Durchatmen hat für uns alle nur dann einen Effekt, wenn die Luft möglichst schadstofffrei ist. Der Emissionswert des Polo BlueMotion liegt bei 89g, ist also extrem niedrig. Dass wir einen Beitrag für die Umwelt leisten, ist für uns und unsere Pflegekräfte eminent wichtig. Mit dem Wechsel zum Polo BlueMotion steigern wir die positive Wahrnehmung als ein umweltbewusstes Unternehmen.

MAHAG: Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit mit unserem Großkunden-Leistungszentrum?

Jaschke: Das umfassende Dienstleistungsangebot wurde exakt auf unsere Bedürfnisse zugeschnitten. Wir wurden professionell bei der Beschaffung der Fahrzeuge beraten. Im Vorfeld wurde abgeklärt, wie die Komplexität der Fuhrparkflotte verringert werden kann. Wir konnten und können auf das professionelle Fuhrpark-Management bei unserem Handelspartner MAHAG zurückgreifen. Wichtig ist der zukünftig geringe Verwaltungs- und Zeitaufwand für den Fuhrpark durch die Kostentransparenz und die bargeldlose Abwicklung. Fällt ein Fahrzeug aus, erhalten wir sofort einen Ersatzwagen in Höhe von 30,00 Euro. Der Leasinggeber übernimmt die Kosten mit Reporting.

MAHAG: Die Umrüstung der Fuhrparkflotte eines Unternehmens ist eine weitreichende Entscheidung. Wie wichtig ist für Sie der Faktor Zeit?

Jaschke: Wenn sich die Geschäftsleitung entschieden hat, möchte sie diese Veränderung so schnell wie möglich umsetzen. Uns kam sehr entgegen, dass MAHAG dies genauso sieht. Durch die deutschlandweite Präsenz erfolgen Auslieferungen und Dienstleistungen unglaublich schnell und zu nachhaltig gesicherten Konditionen.

MAHAG: Was sagen Ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu ihrem neuen Dienstwagen?

Jaschke: Ich bin überzeugt, dass sich unsere Pflegekräfte schnell mit dem Polo BlueMotion anfreunden. Er passt zu unseren flotten, fröhlichen und selbstbewussten Pflegekräften. Wer so versiert ist bei der Handhabung der High-Tec der Beatmungsgeräte, der hat ein Auge für Qualität und solide Technik! Und die Familien, zu denen unsere Pflegekräfte fahren, sagen dann beim Blick aus dem Fenster vielleicht: „Ah, da kommt ja wieder unsere Pflegekraft mit dem tollen Flitzer!“

MAHAG: Herr Jaschke, wir danken Ihnen für dieses Gespräch.

Das Interview führte Gabriel Reiz,
Verkaufsleiter Grosskundenleistungszentrum
MAHAG Automobilhandel
und Service GmbH & Co. OHG

Kontakt:
Grosskundenleistungszentrum
MAHAG Automobilhandel und Service GmbH & Co. OHG
Schleibingerstrasse 12-16
81669 München
Telefon +49/89/48001-616
Telefax +49/89/48001-598
E-Mail: Gabriel.Reiz@mahag.de
www.mahag.de

Nach den Erscheinen der SPIEGEL-Titelgeschichte „Das Benzin-Kartell. Wie Öl-Konzerne die Spritpreise manipulieren“ am 2.4.2012 meldete sich die ambulante Intensivpflege in einem Leserbrief zu Wort. Sie könne den Grundsatz „ambulant vor stationär“ nur verwirklichen, wenn die Pflegekräfte mobil seien. Auch der Verband katholischer Altenhilfe in Deutschland (VKAD) und der Anbieterverband qualitätsorientierter Gesundheitspflegeeinrichtungen e.V. (AVG) gingen an die Öffentlichkeit. „Die Politik glänzt zur Problematik der steigenden Spritpreise leider durch nicht vorhandenes Interesse und hat bislang zu der von uns geforderten Senkung der Benzinsteuer keine Stellung bezogen. Die Kassen verweisen auf das unternehmerische Risiko und darauf, dass bei Preissenkungen auch nichts gemacht wird. Dabei hatten wir ganz konkrete Vorschläge unterbreitet, wie zum Beispiel eine Benzinpauschale als Ausgleich (...) Viele Pflegedienste geraten durch die drastisch steigenden Kosten, die mit der Erhöhung der Benzinpreise einhergehen, unter einen extremen wirtschaftlichen Druck, und ein Bankrott der Einrichtungen kann unserer Meinung nach auch nicht im Sinne der Kassen und ihrer Versicherten liegen“, so AVG-Vorstand Thomas Meißner.

Mit dem Polo BlueMotion steht man immer sauber da.

Nur sehr wenige Fahrzeuge haben es bisher geschafft, in die Energie-Effizientsklasse A+ eingestuft zu werden. Der Polo BlueMotion hat sich diese Auszeichnung jedoch redlich verdient. Mit einem CO_2-Ausstoß von gerade mal 89 gr/km und einem Verbrauch von nur 3,4 Liter ist er tatsächlich eines der sparsamsten und saubersten Autos der Welt! Das sich größte Sparsamkeit auch mit gutem Design und einer tollen Ausstattung verbinden lassen, beweist der Polo BlueMotion darüber hinaus sehr eindrucksvoll. Wenn Sie jetzt von seinen inneren und äußeren Qualitäten beeindruckt sind, lassen Sie sich doch mal ein Angebot machen.

Polo BlueMotion 1.2, 55 kW (75 PS)

Kraftstoffverbrauch in l/100 km: 4,1 (innerorts)/3,0 (außerorts)/3,4 (kombiniert),
CO_2-Emissionen in g/km: 89 (kombiniert), Effizienzklasse A.
Ausstattung: schwarz, 4 Leichtmetallräder „Grönland“, 5 1/2 J x 15, elektronisches Stabilisierungsprogramm inkl. ABS, Kopf- und Seitenairbags vorn, GRA, NSW, Start-Stopp-System mit Bremsenergie-Rückgewinnung u.v.m.

Geschäftsfahrzeug-Leasingrate mtl: 146,– €[1]

inkl. Überführungskosten, zzgl. Zulassungskosten ohne Sonderzahlung,
Laufzeit 36 Monate bei einer Fahrleistung von 15.000 km /Jahr

[1] Ein Angebot der Volkswagen Leasing GmbH, Gifhorner Straße 57, 38112 Braunschweig für gewerbliche Einzelabnehmer mit Ausnahme von Sonderkunden für ausgewählte Modelle. Alle Werte zzgl. gesetzlicher Mehrwertsteuer. Abbildung zeigt Sonderausstattungen gegen Mehrpreis.

Das Auto.

MAHAG Automobilhandel und Service GmbH & Co. OHG

Das Münchner Großkunden-Leistungszentrum
Schleibingerstr. 12-16, 81669 München
Tel. 08 00 / 894 80 02, www.mahag.de

„Bärenstark" in Darmstadt – ein schönes Zuhause für Kinder und Jugendliche

***Bärenstark** - so sollen sich die fünfzehn jungen Bewohner in ihrem neuen Zuhause in Darmstadt fühlen. In der Einrichtung können Kinder und Jugendliche von 0 bis 18 Jahren, die aufgrund einer angeborenen oder erworbenen Erkrankung zeitweise oder durchgehend beatmet werden, einen neuen Wohnraum finden. Zudem bietet die Einrichtung zwei Kurzzeitpflegeplätze, damit Eltern und Angehörige die Möglichkeit haben, sich zu regenerieren und einmal Zeit für sich zu haben.*

Die Einrichtung ist durch das interdisziplinäre Zusammenspiel von Pflegefachkräften, Pädagogen, Rehabilitationsspezialisten, Therapeuten und Ärzten ein ganzheitlich-orientiertes Betreuungsangebot für Kinder und Jugendliche. Durch die enge Zusammenarbeit mit dem Jugendamt, dem Deutschen Kinderschutzbund, Bezirksverband Darmstadt e.V., verschiedenen Vereinen und Selbsthilfegruppen rundet die Einrichtung Bärenstark die ganzheitliche Versorgung und Betreuung der Bewohner ab. Durch Kooperation mit dem Klinikum Darmstadt sowie mit der Darmstädter Kinderklinik Prinzessin Margaret erhalten die kleinen und großen Bewohner eine optimale Versorgungsstruktur.

Um der UN-Behindertenrechtskonvention und dem damit verbundenen Inklusionsgedanken gerecht zu werden, haben die Bewohner der Einrichtung Bärenstark die Möglichkeit, nahe gelegene Kindergärten und Schulen zu besuchen. Denn in den allgemeinen Grundsätzen der Konvention, die 2006 in New York verabschiedet wurde, wird unter anderem "die volle und wirksame Teilhabe an der Gesellschaft und die Einbeziehung in die Gesellschaft" gefordert.

In Begleitung examinierter Pflegefachkräfte können die Kinder und Jugendlichen trotz ihrer Erkrankung lernen und sich weiterentwickeln. Sie haben die Möglichkeit, andere Kinder sowie Erwachsene kennen zu lernen und aktiv am Leben teil zu haben. Sie stehen sprichwörtlich mitten im Leben - auch durch die zentrale Lage in Darmstadt.

Bärenstark befindet sich im fünften Stock eines Fachärztezentrums, direkt angebunden an das Klinikum Darmstadt. Umfassende kulturelle Angebote, zahlreiche Parkmöglichkeiten, Cafés, Restaurants und Geschäfte bieten den Bewohnern sowie deren Familien und Freunden zahlreiche Beschäftigungsmöglichkeiten. "Wir möchten mit unseren Bewohnern das Leben in Darmstadt genießen. Wir möchten Kinos sowie Schwimmbäder besuchen und ins Theater gehen können," so die pflegerische Leitung Isabel Scheidt. Das Konzept der ganzheitlichen Betreuung erstreckt sich somit weit über die Wände der Einrichtung Bärenstark hinaus.

"Unser Ziel ist es, die Kinder und Jugendlichen auf ein autonomes und selbstbestimmtes Leben vorzubereiten (Empowerment). Sie sollen im Rahmen ihrer Möglichkeiten und durch unsere professionelle Unterstützung alle Potentiale und vorhandenen Ressourcen erkennen und nutzen", so die Heimleiterin und Geschäftsführerin Daniela Jentsch. Durch das umfassende Betreuungs- und Versorgungskonzept werden die Bewohner auf das Erwachsenenleben vorbereitet. Sie sollen sich darauf freuen, das 18. Lebensjahr zu erreichen und stolz sein, dass sie nach einem Auszug ein im Rahmen der Möglichkeiten eigenständiges Leben führen können. In der Einrichtung Bärenstark selbst haben die Kinder und Jugendlichen auf knapp 1000 qm ausreichend Platz zur freien Entfaltung. Die Räumlichkeiten sind in zwei Wohn- und Gruppenbereiche unterteilt. Die kind- und jugendgerecht gestalteten Ein- und Zweibettzimmer bieten den Bewohnern bestmöglichen Komfort. Eltern können selbstverständlich bei ihren Kindern übernachten. Neben den zwei großen Aufenthaltsbereichen finden die Kinder und Jugendlichen in verschiedenen Therapieräumen, dem Entspannungs- bzw. Snozzleraum, den Schulungsräumen und sonstigen Gemeinschaftsräumen viel Platz und Rückzugsmöglichkeiten, um sich in ihrem Zuhause wohl zu fühlen. Um die Versorgungsqualität zu erhalten und kontinuierlich zu steigern, arbeitet die Einrichtung Bärenstark eng mit kooperierenden Akademien und Gremien zusammen.

Unter anderem kann hierdurch die stetige Fort- und Weiterbildung der Pflegefachkräfte zu „Fachexperten der außerklinischen Beatmung" und in sonstigen Themen gewährleistet werden.

Bärenstark GmbH
Intensivpflege für Kinder und Jugendliche

Im 5. Stock des weißen Gebäudes befindet sich die Einrichtung „Bärenstark". im Zentrum von Darmstadt haben nun Kinder und Jugendliche, die beatmet werden, ein gemütliches neues Zuhause.

Am 1. Juni 2012 zogen die ersten Bewohner ein. Am 29. Mai 2012 konnte im Rahmen eines "Tages der offenen Tür" die Einrichtung besichtigt werden. Dabei stellten die Leitung der Einrichtung Bärenstark und das pflegerische Startteam den Besuchern das umfassende und ganzheitlich-interdisziplinäre Betreuungskonzept vor.

Bärenstark GmbH - Intensivpflege
für Kinder und Jugendliche
Grafenstrasse 13
64283 Darmstadt
Mobil: 0160 / 96357391

info@baerenstark-ip.de
www.baerenstark-intensivpflege.de

***Daniela Jentsch,** Heimleitung / Geschäftsführung Bärenstark GmbH - Intensivpflege für Kinder und Jugendliche*

***Isabel Scheidt,** Pflegedienstleitung der stationären Spezialeinrichtung der Bärenstark GmbH.*

Referentinnen auf dem MAIK 2012

Atemspiel verhilft Kindern zu langem Atem

Die Deutsche Lungenstiftung e.V. hat ein Kartenspiel für Kinder herausgebracht, das zu einer natürlichen Atemweise anregt und diese trainiert. Von der in den Spielen gewonnenen Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper können die Kinder ein Leben lang profitieren. Zudem unterstützt das Spiel die Kinder darin, einen langen Atem zu entwickeln.

Atmen heißt leben: Ein Mensch stirbt nach etwa 40 Tagen ohne Essen, nach circa 5 Tagen ohne zu trinken, aber schon nach wenigen Minuten ohne Sauerstoff. Man spricht ja auch vom Lebenshauch. Atmung ist aber auch Sprache: Die Stimme wird durch Atemluft gebildet. Atmung steht zudem im direkten Zusammenhang zum körperlichen & psychischen Wohlbefinden. Sie wird deutlich beeinflusst von starken Emotionen: vor Angst den Atem anhalten, vor Aufregung atemlos sein, dem Ärger Luft machen, einen langen Atem haben, vor Wut schnauben, der Atem stockt, sich frei atmen, an seinen Sorgen ersticken usw.
Bedauerlicherweise ist Bewegungsmangel heutzutage nicht nur bei Erwachsenen, sondern auch schon bei Kindern weit verbreitet und führt - wie eine einseitige Haltung auch - zu einer Einschränkung der Lungenfunktion. Es wird auch eine Zunahme von Sprachschwierigkeiten im Kindesalter beobachtet, zudem sieht man immer mehr Kinder, die über den geöffneten Mund anstelle der Nase atmen - die offene Mundhaltung wird offenbar häufiger, obwohl die Nasenatmung den Vorteil hat, die Atemluft zu filtern und anzufeuchten. Ausserdem leidet etwa jedes 10. Kind und jeder 5. Erwachsene in Deutschland unter Asthma. „Das darf so nicht weitergehen!“, meint Prof. Dr. Gerd Sybrecht, Vorsitzender des Kuratoriums der Deutschen Lungenstiftung e.V. „Deshalb haben wir beschlossen, gemeinsam mit dem kleinen Förderspiel ein Atemspiel zu entwickeln, das spielerisch die natürliche Atemweise von klein auf anregt und trainiert. Mit Hilfe des Atemspiels soll die Wichtigkeit des Themas Atmung neben dem präventiven und therapiebegleitenden Einsatz bewusst gemacht werden.“
Das kleine Atemspiel besteht aus Übungskarten, die zu einer natürlichen Atemweise anregen und diese trainieren. Dabei wird gepustet, gerochen, geschnäuzt, geblasen, geschlürft, gehaucht, geschnaubt, geschnüffelt, eingesaugt, angesaugt und durch Atmung verursachte Geräusche gemacht. Zu den Zielen des Spiels gehören:

Bewusstmachung & Schulung der Körperwahrnehmung:
- Sinnesorgane Nase & Mund und ihrer Funktionen, Aktivierung, Kräftigung & Stärkung der gesamten mundmotorischen Muskulatur
- Kräftigung und Stärkung der Einatemmuskulatur
- Aktivierung & Steigerung der Zwerchfellaktivität
- Erfahren & trainieren einer gezielten & dosierten Ausatmungsbewegung
- Förderung der Lungenelastizität
- Verbesserung der Gesamtkörperspannung

Angela Hartge, eine der beiden Macherinnen der kleinen Förderspielreihe erklärt: „Wir freuen uns, dass wir ein so wichtiges Thema dank der Lungenstiftung in unsere Bewegungsspielreihe aufnehmen konnten.“ Wie auch bei den anderen Spielen, motiviert das Atemspiel durch Spaß und vielseitige Spielmöglichkeiten immer wieder aufs Neue zu mehr Bewegung. Von der in den Spielen gewonnenen Achtsamkeit gegenüber dem eigenen Körper können die Kinder ein Leben lang profitieren, zudem unterstützt das Spiel die Kinder darin, einen langen Atem zu entwikkeln. Das Kartenspiel besteht aus 32 Karten und einer Spielanleitung, steckt in einer in Faltschachtel vom Format 120 x 80 mm und kostet **10 Euro.**
Bezugsquelle www.das-kleine-foerderspiel.de
Informationen unter: www.lungenstiftung.de

Quelle: www.lungenarzte-im-netz.de

Bürgertelefon des Bundesministeriums für Gesundheit wird auf lokale Servicenummern umgestellt

Das Bundesministerium für Gesundheit hat die Erreichbarkeit seines Bürgertelefons zum **1. Mai 2012** auf neue örtliche Rufnummern umgestellt. Die Beraterinnen und Berater des Servicetelefons geben unter den unten aufgeführten Nummern Auskunft zu den Themen Kranken- und Pflegeversicherung und gesundheitliche Prävention. Das Bürgertelefon zur Krankenversicherung gibt Auskunft über das Beitrags- und Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung. Dazu gehören Informationen zum Versicherungsschutz, zum Krankengeld oder zu ambulanten Kuren.
Telefon : 030 / 340 60 66 – 01
Beim Bürgertelefon zur Pflegeversicherung werden Fragen zu den Leistungen der Pflegeversicherung beantwortet. Die Themenbereiche sind u.a. Kurzzeit- und Verhinderungspflege, Einstufungsverfahren und das Pflege-Neuausrichtungs-Gesetz.
Telefon : 030 / 340 60 66 – 02
Bei Fragen zur gesundheitlichen Prävention bietet das Bürgertelefon Informationen zu Präventionsmaßnahmen, die von den Krankenkassen bezahlt werden oder zum Thema Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen. **Telefon : 030 / 340 60 66 – 03**
Die Umstellung auf lokale Servicerufnummern erfolgt in mehreren Stufen, indem zunächst die bisherigen Nummern parallel beibehalten werden und der Anrufer einen Hinweis auf die neuen Nummern erhält. Für gehörlose und hörgeschädigte Menschen gibt es spezielle Angebote mit eigenen Servicenummern.
Beratungsservice für Gehörlose
Telefax 030 / 340 60 66 – 07
Gebärdentelefon ISDN-Bildtelefon 030 / 340 60 66 – 08
Beratungsservice für Gehörlose /
Schreibtelefon 030 / 340 60 66 – 09

Das Bürgertelefon des BMG ist montags bis donnerstags von 8 bis 18 Uhr und freitags von 8 bis 12 Uhr erreichbar.

Die Geschichte von Gabor und Gerda

Ohne die Spenden aus Deutschland hätten die ungarischen Geschwister Gabor und Gerda, die mit schwersten-Behinderungen auf die Welt gekommen waren, nicht überlebt. Isolde Noé aus Baldham sucht und findet immer wieder Unterstützer, die der Familie helfen. Die WKM Werkstatt für Körperbehinderten-Hilfsmittel, Orthopädie, Reha- und Medizintechnik GmbH in München spendet seit vielen Jahren Beatmungstechnik und Hilfsmittel.

Wegen der schönen Pferde zog es vor 20 Jahren Frau Noé nach Ungarn. Die leidenschaftliche Reiterin machte dort besonders gerne Urlaub. Eine Freundin, die als Lehrerin in dem ungarischen Ort Nagyvázsony arbeitete, erzählte ihr von zwei Kindern, die sie und ihre Kollegen zuhause unterrichteten. Denn beide seien schwerstbehindert und benötigten dringend Hilfe. Frau Noé lernte die Familie Vilagos kennen und schloss sie sofort in ihr Herz. Nun sind 20 Jahre vergangen, und die Kinder von damals sind 23 und 25 Jahre alt. Sie sind groß geworden, die schweren Behinderungen sind mit gewachsen und haben sich ausgeprägt. Die Geschwister leiden an dem Hoffmann-Werding-Syndrom, das begleitet wird von Muskelatrophie, Osteoporose, Glasknochenkrankheit u.v.m.. Trotzdem strahlen Greta und Gabor Lebensfreude aus.

„Ich will leben“ teilt Gabor Vilagos mit, der weder den Kopf noch Hände und Füße bewegen kann. Zeitweise wird er über ein Tracheostoma maschinell beatmet. Deshalb kann er nicht sprechen und wird künstlich, über eine PEG, ernährt. Gabor kann hervorragend mit dem Computer umgehen, mit nur zwei Fingern bedient er die Computermaus. Dies ist für den intelligenten jungen Mann die einzige Möglichkeit, mit der Außenwelt zu kommunizieren. Schwester Gerda ist ebenfalls hellwach und interessiert. Sie schreibt mit ihrem Computer Gedichte, die sogar schon auf einer CD erschienen sind, die im Rahmen eines ungarischen und europäischen Kulturprojekts unter dem Titel LECTUS herausgebracht wurde. Aufgrund ihres konsequenten Atemtrainings muss Gerda noch nicht beatmet werden. Sie kann immer nur jeweils 10 Minuten in ihrem elektrischen Rollstuhl sitzen, ihr Körper ist schon sehr verformt. „Das spüre ich deutlich, wenn ich sie streichle“, so Frau Noé, „die Wirbelsäule wandert immer weiter nach vorn.“ „In Deutschland sorgen gute Orthopäden dafür, dass die Kinder richtig sitzen“, so Werner Fulle, Vertriebsleiter Außerklinische Intensivmedizin der WKM. „Dies kann Jahre der Beatmung ersparen! Denn Beatmungspflichtigkeit kann die Folge von falscher Rollstuhlversorgung sein.“ Gerda bräuchte also längst einen gut angepassten Rollstuhl.

*Oben: **Gabor Vilagos** kann weder Kopf, Hände und Füße bewegen. Mit nur zwei Fingern bedient der aufgeweckte junge Mann die Computermaus und kommuniziert so mit der Außenwelt. Gabor liegt viel zu viel, weil sein Rollstuhl nicht mehr passt. Schwester **Gerda** (unten) muss trotz ihrer schweren Behinderungen nicht, wie ihr Bruder, beatmet werden. Die 25 Jahre alte Frau trainiert konsequent ihre Atmung. Auch für sie wäre ein neuer Rollstuhl ein Segen. Das ungarische Gesundheitswesen ist in keiner Weise auf außerklinische Intensivversorgung eingestellt.*

Pflegebedürftig in Ungarn

Die Eltern sind um die 40 Jahre alt. Sie versorgen ihre Kinder rund um die Uhr und sind ausgesprochen versiert. Dass kaum Infekte auftreten zeigt, dass sie alle erforderlichen Hygienemaßnahmen einhalten. Einer geregelten Berufstätigkeit können die Eltern nicht nachgehen. Sie müssen von monatlich 250 Euro leben, die sie vom Staat erhalten. Es gibt weder Hilfsmittel über die Krankenkasse noch wird die Pflege bezahlt. Nur wenn die Kinder in der Klinik sind, wird die Behandlung vom Staat übernommen. Die nächste Klinik befindet sich in Veszprém, 18 Kilometer entfernt von Nagyvázsony. Dort arbeitet die Ärztin, die die Kinder unentgeltlich betreut. Sie hat sich selbst in die Handhabung des Beatmungsgeräts eingearbeitet.

Es fehlt also an allem, und Familie Noé hilft, wo sie nur kann. 4 bis 6 Mal im Jahr fährt sie mit vollbepacktem Auto nach Ungarn, und sie hat schon fast alles, was man sich nur vorstellen kann, dorthin gebracht: Lebensmittel, Kleidung, Möbel, Spezialnahrung, Brennholz, Windeln, Waschpulver und natürlich das dringend notwendige Beatmungsgerät für Gabor. Erst vor kurzem hat sie eine gebrauchte Küche und den kostenlosen Transport nach Ungarn organisiert. „Ich geh halt immer wieder betteln“, lacht Frau Noé, die schon auf große Erfolge zurückblicken kann.

Ohne die Spenden würden die Kinder nicht mehr leben

Vor 24 Jahren wurde von BILD das Auto gespendet, mit dem die Familie noch immer fährt. Inzwischen fallen extrem viele Reparaturen an. „Am besten wäre ein Sanitätswagen, damit Gabor im Notfall sofort ins nächste Krankenhaus gefahren werden kann“, so Frau Noé. Denn bis der Notarzt eintrifft, wäre Gabor erstickt. Frau Noé träumt von einem neuen großen Auto für die Familie. Einen ausrangierten Krankenwagen aus Spanien hatte sie schon organisiert, außerdem die Kosten für den Zoll. Dass genau dieser Sanitätswagen bei der Fahrt nach Ungarn verunglückte, ist schon großes Pech. Aber Frau Noé lässt sich nicht entmutigen. Die Spende von Beatmungstechnik und Hilfsmitteln ist für die Geschwister besonders wichtig. Seit vielen Jahren engagiert sich die WKM und schickt Geräte nach Ungarn. „Mein guter Engel heißt Werner Fulle“, so Frau Noé. Geschäftsführer Sascha Krnajac gibt ihm da völlig freie Hand und fördert ebenfalls wo er nur kann. Alle Geräte stammten bisher unentgeltlich von der WKM. Dabei handelte sich z.B. um Notfallgeräte. Es wurde auch schon ein Beatmungsgerät aus verschiedenen defekten Geräten zusammengebaut! Die WKM schickt außerdem immer wieder Kompressen, Absaugkatheter und Desinfektionsmittel. Was von den Spenden nicht gebraucht wird, geht an das Krankenhaus in Veszprém. Weihnachten 2011 schickten auch die Firmen Heinen & Löwenstein, Tracoe und Streifeneder Hilfsmittel und Technik. Ein ganz besonderes Erlebnis für die Geschwister war die Spende eines Geräts mit Akku gewesen. Sie erlebten zum ersten Mal in ihrem Leben, was es heißt, mobil zu sein und Urlaub am Plattensee zu machen.

„Lieber Gott, lass mich so lange leben, bis die Familie in Ungarn versorgt ist!“, betet die 73jährige Frau Noé, die jeden Abend beim Nachtgebet Fulle und all die anderen großzügigen Menschen, die Gerda und Gabor helfen, in ihr Nachtgebet einschließt. Die agile Rentnerin hat immer wieder Ideen, wie sie „ihren zwei Schätzchen, die das Leben verdient haben“ helfen könnte. Und sie bettelt jeden an - charmant und selbstbewusst. Man kann ihrer Ausstrahlung und vor allem ihrer großen Herzenswärme kaum widerstehen! Sie denkt in die Zukunft und sagt: „Ich versuche, so viele Menschen wie nur möglich zu aktivieren, die dann, wenn ich nicht mehr kann, weiter helfen. Denn die Geschwister haben nur eine Chance, wenn sie und ihre Eltern Hilfe von außen erhalten“. Und dies weiß auch Familie Vilagos, die allen Unterstützern ausdrücklich dankt.

Dies brauchen Gabor und Gerda derzeit am dringendsten:

- Elektrorollstühle
- Beatmungstechnik: Schleimabsauggerät, zweites Beatmungsgerät für den Notfall
- Außenlift, um in den 1. Stock des Hauses zu kommen
- Auto (z.B. gebrauchten Sanitätswagen)
- Lebensmittel, Kleidung, Möbel, Spezialnahrung, Brennholz, Windeln, Waschpulver etc.
- Kostenlose Transport- oder Mitnahmemöglichkeiten von Deutschland nach Ungarn

__Isolde Noé__ aus Baldham (links) hatte vor 20 Jahren die beiden schwerstbehinderten Kleinkinder Gabor und Gerda sofort ins Herz geschlossen. Seitdem hilft sie der ungarischen Familie, wo immer möglich. Tatkräftiger Unterstützer und medizintechnischer Berater ist __Werner Fulle__ (rechts) von der WKM in München.

Spendenangebote bitte an:

Isolde Noè
Brunnenstr. 2 A
85598 Baldham
Tel.: 08106-5605
isoldenoe@googlemail.com

Medizintechnische Fragen bitte an:

Werner Fulle
Vertriebsleitung
Außerklinische Intensivmedizin
Tel: +49 (089) 14337-730
Fax.: +49 (089) 14337-717
wfulle@wkm-rehamed.de

WKM Werkstatt
für Körperbehinderten-Hilfsmittel,
Orthopädie, Reha- und
Medizintechnik GmbH
Wildermuthstraße 88
80993 München
www.wkm-rehamed.de

Für jede Spende
wird eine Quittung ausgestellt.

WKM

Heimbeatmung
Tracheostomaversorgung
Inhalations- und Atemtherapie
Enterale künstliche Ernährung
Dekubitusprophylaxe und -therapie
Wundversorgung und -beratung
Patientenüberwachung
Pflegehilfsmittel und Verbrauchsmaterial
Sauerstofftherapie
Kontinenzförderung
Dienstleistungen und Schulungen
Überleitmanagement
Rehaversorgung

Im Dienst unserer Patienten. Jederzeit.

Ihr Partner in der Hilfsmittelversorgung für außerklinische Intensivpflege in Bayern.

Zentrale München Wildermuthstraße 88 80993 München
Telefon 089 14337-730 Fax 089 14337-717 www.wkm-rehamed.de info@wkm-rehamed.de

Teilhabe orientierter Umgang mit Trachealkanülen – das etwas „andere“ Vorgehen.

Am 5. Mai 2012 wurde vom Dysphagie-Netzwerk-Südwest, einem lockerem Zusammenschluss von Angehörigen verschiedener Berufsgruppen, die sich mit Diagnostik und Behandlung von Schluckstörungen bei Kindern wie auch Erwachsenen im Südwestdeutschen Raum und der angrenzenden Schweiz beschäftigen, in Zusammenarbeit mit der GHD GesundHeits GmbH Deutschland an der IB - GIS Medizinische Akademie, Schule für Logopädie Reichenau, ein erster Workshop zum Thema: „Teilhabe orientierter Umgang mit Trachealkanülen“ gegeben. Karl-Heinz Beck, Logopäde an der Helios-Klinik Zihlschlacht/Schweiz, berichtet.

Herr Dr. med. Paul Diesener, Arzt für Anästhesiologie und Ltd. Arzt - Intensivmedizin – am Hegau-Jugendwerk Gailingen führte zunächst im Rahmen eines ganztägigen Seminars in die Grundlagen des Umgangs mit Trachealkanülen ein. Die Zielgruppe des Seminars waren Angehörige aus Pflegefachberufen, Ärzte und Therapeuten. Neben den Grundlagen wurde besonderer Wert auf spezielle Fragen nicht nur zur bestmöglichen Sicherung der Atemwege gelegt, sondern vor allem auch darauf, wie besonders schwer Betroffene trotz einer Trachealkanüle an ihrem sozialen Umfeld teilhaben können - einschließlich sprachlicher Kommunikation. Um dies zu gewährleisten, wurde spezielles Wissen zu Absaugtechniken und Sekretmanagement sowie zu infektionsprophylaktischen Maßnahmen wie Abdichtung bei ausgeweitetem Tracheostoma und der stufenweisen Kanülenentwöhnung vermittelt Pflegefachleute, Ärzte und Therapeuten, die in Heimen oder der häuslichen Versorgung tätig sind, erhielten in dem Kurs mit seinen unkonventionellen Lösungsansätzen einen umfassenden Überblick über das Trachealkanülen-Management, wobei auch praktische Anwendungen visuell eindrücklich dargeboten wurden. In Videos und Live-Demonstrationen über eine Kamera (z.B. Kanülenvariationen und deren Besonderheiten) wurden beispielhaft die wesentlichen Aussagen verdeutlicht. Die dabei vermittelten fundierten und umfassenden Kenntnisse ließen die Komplexität des Themas bewusst werden und legten eine breite Basis für den korrekten Umgang mit tracheotomierten und kanülenversorgten Patienten. Überraschend für die Seminarteilnehmer war die Erkenntnis, dass die herkömmlichen Standards im Umgang mit Trachealkanülen wohl einer Überarbeitung bedürfen.

Dr. med. Paul Diesener *(links) erklärt den interessierten Teilnehmern den „Teilhabe orientierten Umgang mit Trachealkanülen“*

Aufgrund der hohen Nachfrage musste ein Teil der Interessenten auf einen zweiten Termin vertröstet werden. Der Kurs wird deshalb am **22. September 2012** erneut angeboten. Es kann damit gerechnet werden, dass weitere Termine folgen werden. *khb*

Informationen und Anmeldemodalitäten über www.dysphagie-netzwerk-suedwest.de

Messen - Kongresse - Fortbildung

Juli 2012

2. Juli 2012 in Unterhaching
Kritikgespräche führen
www.ihcc-akademie.de

2./3. Juli 2012 in München
Grundkurs Hygienebeauftragte/r in der ambulanten Pflege oder in stationären Pflegeeinrichtungen
WKM Werkstatt für Körperbehinderten-Hilfsmittel, Orthopädie, Reha- und Medizintechnik GmbH
Informationen bei Ralf Hecker:
rhecker@wkm-rehamed.de
www.wkm-rehamed.de

4. Juli 2012 in Unterhaching
Kinästhetik Teil 3 von 3
www.ihcc-akademie.de

19. Juli 2012 in Würzburg
Rezertifizierung „Wundexperte ICW e.V."
Institut Schwarzkopf GbR
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

25. Juli 2012 in Unterhaching
Tracheostomaversorgung, Hygiene, Megacodetraining
www.ihcc-akademie.de

August 2012

31. August 2012 in Berlin
Tracheostoma-Seminar
Information und Anmeldung:
Frau Iserhardt, Tel. 02203/2980-116
www.fahl.de

September 2012

13. September 2012 in Essen
Grundlagen der Außerklinischen Beatmung KOMPAKT
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Tel.: 089 9901-1316
Fax: 089 9901-2965
Email: Akademie@resmed.de
www.resmed.de

13. September 2012 in München
Aufbaukurs Hygienebeauftragte/r in der ambulanten Pflege oder in stationären Pflegeeinrichtungen
WKM Werkstatt für Körperbehinderten-Hilfsmittel, Orthopädie, Reha- und Medizintechnik GmbH
Informationen bei Ralf Hecker:
rhecker@wkm-rehamed.de
www.wkm-rehamed.de

13. - 15. September 2012 in Berlin
HAI 2012 - Der Hauptstadtkongress der DGAI für Anästhesiologie und Intensivtherapie mit Pflegesymposium
www.hai2012.de/

14. - 15. September 2012 in Haltern am See
Praxisworkshop für Schlaflabore
ResMed-Akademie

21. September 2012 in Köln
Tracheostoma-Seminar
Information und Anmeldung:
Frau Iserhardt, Tel. 02203/2980-116
www.fahl.de

22. September 2012
in Reichenau / Bodensee
„Teilhabe orientierter Umgang mit Tracheal-kanülen" Anmeldung:
b.kattge@gesundheitsgmbh.de
www.dysphagie-netzwerk-suedwest.de

24. - 28. September 2012 in Unterhaching
Basiskurs außerklinische Beatmung 50 UE
www.ihcc-akademie.de

24. - 28. September 2012 in Bad Kissingen
Modul I: Hygienebeauftragte(r) in der Pflege gemäß Modul II: 15. - 19. Oktober 2012
Module III und IV im Jahr 2013
KRINKO/RKI-Empfehlung und HygMedV (Freistaat Bayern)
Institut Schwarzkopf GbR
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

25. - 27. September 2012 Essen
Grundlagen der Klinischen Beatmung: Teil 1-3
ResMed-Akademie
Informationen und Anmeldung:
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Tel.: 089 9901-1316
Fax: 089 9901-2965
Email: Akademie@resmed.de
www.resmed.de

28. - 29. September 2012 in Rottenburg
Praxisworkshop für Schlaflabore
ResMed-Akademie
Informationen und Anmeldung:
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Tel.: 089 9901-1316
Fax: 089 9901-2965
Email: Akademie@resmed.de
www.resmed.de

29. September 2012 in Köln
Kölner Beatmungssymposium
Weaning: Kunst oder Wissenschaft
Fortbildungsveranstaltung für Ärzte und Pflegekräfte mit Erfahrung in der maschinellen Beatmung
Anmeldung: andreas.bosch@hul.de
www.hul.de/service/HUL_EIN_Weaning_100x210_lowres.pdf

Oktober 2012

1. - 2. Oktober 2012 in Bad Kissingen
Mit starkem Rücken – Hygienekräfte setzen sich durch Institut Schwarzkopf GbR
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

8. - 10. Oktober 2012 in Bad Kissingen
Hygienebeauftragte(r) in der Hauswirtschaft
Institut Schwarzkopf GbR
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

9. Oktober 2012 in Martinsried
Grundlagen der Klinischen Beatmung: Teil 1-3
ResMed-Akademie
Informationen und Anmeldung:
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Tel.: 089 9901-1316, Fax: 089 9901-2965
Email: Akademie@resmed.de
www.resmed.de

16. Oktober 2012 Martinsried
Gerätekunde: AutoSet CS, die 3. Generation
ResMed-Akademie
Informationen und Anmeldung:
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Tel.: 089 9901-1316, Fax: 089 9901-2965
Email: Akademie@resmed.de
www.resmed.de

17. Oktober 2012 Martinsried
Geräte der S9 Plattform (APAP - BPAP)
ResMed-Akademie
Informationen und Anmeldung:
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Tel.: 089 9901-1316, Fax: 089 9901-2965
Email: Akademie@resmed.de
www.resmed.de

18. Oktober 2012 in München
Geräteeinweisung / Schulung zur „Gerätebeauftragten Person" Heimbeatmungsgeräte
WKM Werkstatt für Körperbehindern-Hilfsmittel, Orthopädie, Reha- und Medizintechnik GmbH
Informationen bei Ralf Hecker:
rhecker@wkm-rehamed.de
www.wkm-rehamed.de

18. Oktober 2012 in Martinsried
Gerätekunde: Stellar 150 mit iVAPS Funktion
ResMed-Akademie
Informationen und Anmeldung:
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Tel.: 089 9901-1316
Fax: 089 9901-2965
Email: Akademie@resmed.de
www.resmed.de

Messen - Kongresse - Fortbildung

Oktober 2012

19. - 20. Oktober 2012 in Zeulenroda
Praxisworkshop für Schlaflabore
ResMed-Akademie
Informationen und Anmeldung:
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Tel.: 089 9901-1316
Fax: 089 9901-2965
Email: Akademie@resmed.de
www.resmed.de

22. - 26. Oktober 2012 in Bad Kissingen
Teil 1: „Wundexperte ICW e.V." mit Zertifikat
Basiskurs Teil 2: 26. - 27. November 2012
Institut Schwarzkopf GbR
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

23. Oktober 2012 in Bad Kissingen
Rezertifizierung „Wundexperte ICW e.V."
Institut Schwarzkopf GbR
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

23. Oktober 2012 in Essen
Beatmung für Fortgeschrittene: Teil 4
ResMed-Akademie
Informationen und Anmeldung:
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Tel.: 089 9901-1316
Fax: 089 9901-2965
Email: Akademie@resmed.de
www.resmed.de

24. Oktober 2012 in München
Geräteeinweisung / Schulung zur „Gerätebeauftragten Person"
Heimbeatmungsgeräte
WKM Werkstatt für Körperbehinderten-Hilfsmittel, Orthopädie, Reha- und Medizintechnik GmbH
Informationen bei Ralf Hecker:
rhecker@wkm-rehamed.de
www.wkm-rehamed.de

26. - 27. Oktober 2012 in München
MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress® 2012
www.maik-online.org

29. Oktober 2012 in Mönchengladbach
Gerätekunde: Stellar 150 mit iVAPS Funktion
ResMed-Akademie
Informationen und Anmeldung:
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Tel.: 089 9901-1316
Fax: 089 9901-2965
Email: Akademie@resmed.de
www.resmed.de

30. Oktober 2012 Mönchengladbach
Gerätekunde: AutoSet CS, die 3. Generation
ResMed-Akademie
Informationen und Anmeldung:
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Tel.: 089 9901-1316
Fax: 089 9901-2965
Email: Akademie@resmed.de
www.resmed.de

31. Oktober 2012 in Mönchengladbach
Geräte der S9 Plattform (APAP - BPAP)
ResMed-Akademie
Informationen und Anmeldung:
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Tel.: 089 9901-1316
Fax: 089 9901-2965
Email: Akademie@resmed.de
www.resmed.de

November 2012

5.-7. November 2012 in Stuttgart-Metzingen
Lehrgang zum geprüften Desinfektor
Institut Schwarzkopf GbR
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

8. November 2012 in Stuttgart / Metzingen
Aktualisierungskurs für Desinfektoren
Institut Schwarzkopf GbR
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

12. - 14. November 2012
in Stuttgart-Metzingen
Lehrgang zum geprüften Desinfektor
Institut Schwarzkopf GbR
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

14. November 2012 in Unterhaching
Tracheostomaversorgung, Hygiene, Megacodetraining
www.ihcc-akademie.de

16. - 17. November 2012 in Bad Segeberg
Praxisworkshop für Schlaflabore
ResMed-Akademie
Informationen und Anmeldung:
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Tel.: 089 9901-1316
Fax: 089 9901-2965
Email: Akademie@resmed.de
www.resmed.de

17. November 2012 in Münster
Husten-Helfen-Beatmen
Sekretmanagement und Beatmung bei neuromuskulären Erkrankungen
Fortbildungsveranstaltung
für Ärzte und Pflegekräfte
Anmeldung: andreas.bosch@hul.de
www.hul.de/service/HUL_EIN_Weaning_100x210_lowres.pdf

17. November 2012
in Brandenburg a.d. Havel
Kongress für Außerklinische Intensivpflege
www.kai-brandenburg.de

19. - 21. November 2012
in Stuttgart-Metzingen
Lehrgang zum geprüften Desinfektor
Institut Schwarzkopf GbR
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

20. November 2012 in Rendsburg
Grundlagen der Klinischen Beatmung: Teil 1-3
ResMed-Akademie
Informationen und Anmeldung:
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Tel.: 089 9901-1316
Fax: 089 9901-2965
Email: Akademie@resmed.de
www.resmed.de

26. - 30. November 2012 in Unterhaching
Basiskurs außerklinische Beatmung 50 UE
www.ihcc-akademie.de

27. November 2012 in Martinsried
Grundlagen der Außerklinischen Beatmung KOMPAKT
ResMed Akademie
Koordinatorin Christin Heckl
Tel.: 089 9901-1316
Fax: 089 9901-2965
Email: Akademie@resmed.de
www.resmed.de

27. - 29. November 2012
in Stuttgart-Metzingen
Lehrgang zum geprüften Desinfektor
Institut Schwarzkopf GbR
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

29. - 30. November 2012 in Bad Kissingen
Update für Hygienebeauftragte in der Pflege
Institut Schwarzkopf GbR
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

Dezember 2012

1. Dezember 2012 in Frankfurt/Main
1. IMT Symposium: „Wovon wir reden wenn wir vom Atemmuskeltraining reden?"
Anmeldung: andreas.bosch@hul.de
www.hul.de/service/fortbildungen.htm

Messen - Kongresse - Fortbildung

3. - 5. Dezember 2012
in Stuttgart-Metzingen
Lehrgang zum geprüften Desinfektor
(mit Prüfung am 05.12.2012)
Institut Schwarzkopf GbR
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

12. - 13. Dezember 2012 in Bad Kissingen
Validierung des Aufbereitungsprozesses
im Team, Institut Schwarzkopf GbR
Kursmanagement Peggy Hauck
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

19. - 20. Dezember 2012 in Augsburg
Hygienebeauftragte in der Pflege
Hessing-Stiftung Augsburg
in Kooperation mit Institut Schwarzkopf GbR
Kontakt: HFK Kornelia Kunz
kornelia.kunz@hessing-stiftung.de

Anbieter von Fortbildungen auf einen Blick

BGW Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege
www.bgw-online.de

Heinen & Löwenstein GmbH & Co. KG
www.hul.de

Andreas Fahl Medizintechnik-Vertriebs GmbH
www.fahl.de

IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH®
www.ihcc-akademie.de

ResMed Deutschland GmbH
www.resmed.de

Institut Schwarzkopf GbR
www.institutschwarzkopf.de

Servona GmbH
www.servona.de

Smiths Medical Deutschland GmbH
www.smiths-medical.com

Vivisol Deutschland GmbH
www.vivisol.de

WKM GmbH
www.wkm-rehamed.de

Patienteninformationsportal www.lungenarzte-im-netz.de

www.lungenarzte-im-netz.de *ist ein Patienteninformationsportal, das die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) gemeinsam mit dem Bundesverband der Pneumologen (BdP) herausgibt.*

Atemwegs- und Lungenpatienten, deren Angehörige und Interessierte finden dort ein Verzeichnis „Krankheiten A-Z“, in dem verschiedene pneumologische Krankheitsbilder allgemeinverständlich und dennoch fachlich korrekt dargestellt werden – mit ihren Ursachen, gesundheitlichen Auswirkungen, Möglichkeiten der Vorbeugung und Behandlung, wichtigen Adressen etc.

Wöchentlich erscheinen Ratgebermeldungen für Atemwegs- und Lungenpatienten oder Pressemitteilungen der Fachgesellschaft bzw. -verbände sowie aktuelle Nachrichten aus Wissenschaft, Forschung und Praxis.
Wer einen Lungenarzt oder eine Lungenfachklinik in Wohnortnähe sucht, kann die Lungenärzte-im-Netz unter Arzt- bzw. Kliniksuche nach Postleitzahl-Gebiet filtern.

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, Ottobrunner Straße 43, 82008 Unterhaching, Fax: 089 - 540 42 68 30

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

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

Impressum

GEPFLEGT DURCHATMEN
Fachzeitung
für außerklinische Intensivversorgung

Herausgeber:
Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH

Geschäftsleitung:
Jörg Brambring, Christoph Jaschke

Redaktionsleitung: Dr. Maria Panzer

Layout: Elke Schuhbauer, Grafik-Design

Druck: Print 24

Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Karl-Heinz Beck, Doris Böhm,
Sabine Dittmar, MdL, Angelika Graf, MdB,
Stefan Hille, Christoph Jaschke,
Nicola Jürgens, Martina Neikes, Carola Pohlen,
Gabriel Reiz, Raimund Schmid,
PD Dr. med. Andreas Schwarzkopf,
Roland Thietje, Dieter Weber,
Willi Zylajew, MdB

Anzeigenleitung:
Christoph Jaschke, Linda Stumpf
Derzeit gilt die Anzeigenpreisliste
vom 1. August 2011.

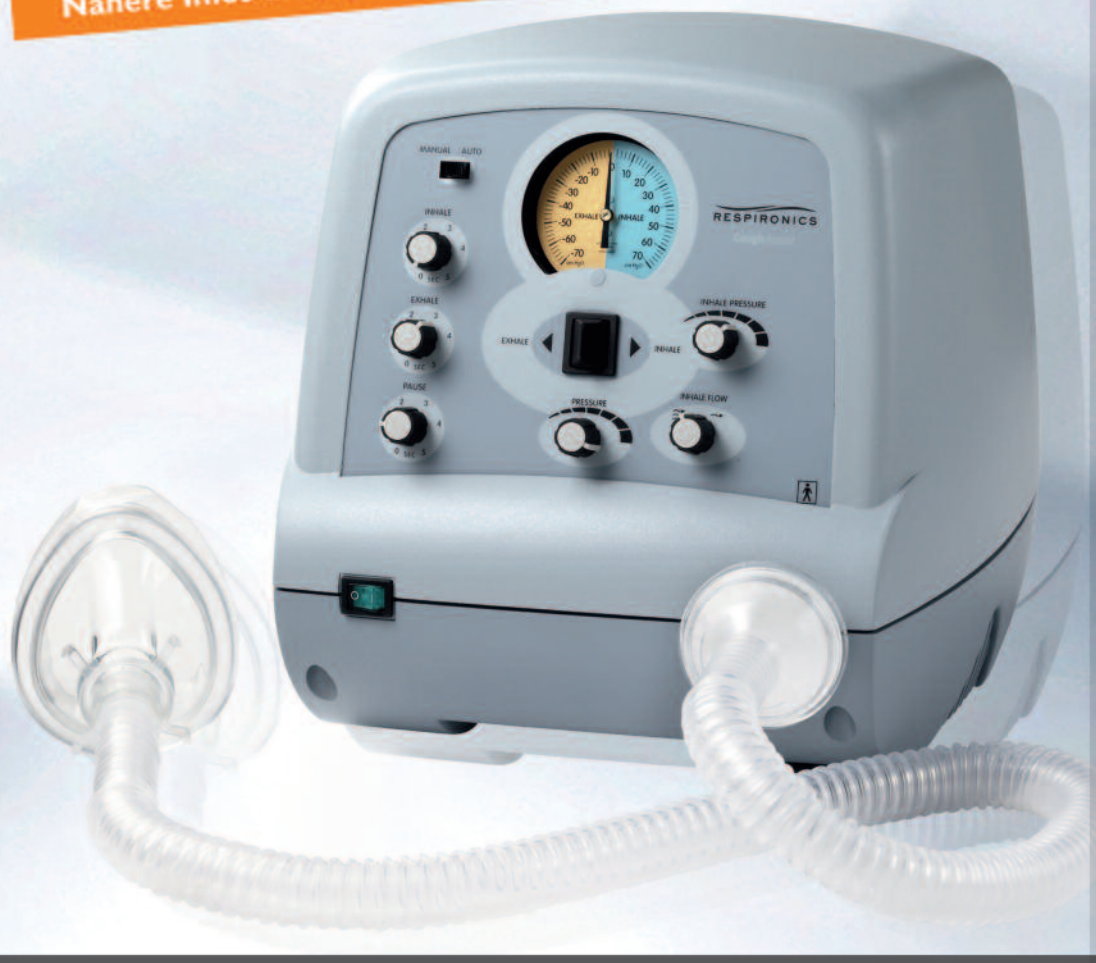
Anschrift der Herausgeber und der Redaktion:
Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Ottobrunner Straße 43
D-82008 Unterhaching
Telefon: 089 - 540 42 68 - 0
Fax: 089 - 540 42 68 30
E-Mail: presse@heimbeatmung.com

Homepage: www.gepflegt-durchatmen.de
Die Zeitung erscheint vierteljährlich.

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

17.11.2012 Fortbildung
Husten, Helfen, Beatmen
in Münster.
Nähere Infos unter: www.hul.de

HEINEN + LÖWENSTEIN
Lebenserhaltende Medizintechnik



EINZIGARTIGE TECHNIK

Cough Assist

Neonatologie
Beatmung
Anästhesie
HOMECARE
Schlafdiagnostik
Pneumologie
Service
Patientenbetreuung

Der Cough Assist befreit Patienten mittels einzigartiger Technik von störendem Lungensekret. Er ist insbesondere für Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen wie SMA, Muskeldystrophie, ALS, Myasthenia Gravis, Poliomyelitis oder anderen neurologischen Störungen mit Paralysen der Atemmuskeln geeignet.

Heil- und Hilfsmittelnummer: 14.24.08.3001

Heinen + Löwenstein
Arzbacher Straße 80
D-56130 Bad Ems
Telefon: 02603/9600-0
Fax: 02603/9600-50
Internet: hul.de