GEPFLEGT
DURCHATMEN

Nummer 23 ■ Januar 2014

FACHZEITUNG

für außerklinische Intensivversorgung

Editorial

In dieser Ausgabe blicken wir auf den 6. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress am 8. und 9. November 2013 mit über 700 Teilnehmern aus dem ganzen Bundesgebiet zurück. Der MAIK bot eine Fülle an Informationen und er war eine Plattform für viele Begegnungen und Gespräche zwischen den Akteuren in der außerklinischen Intensivversorgung und den Betroffenen. Keine Spur von zwischenmenschlicher Kälte an den beiden etwas trüben Novembertagen, vor der der Friedensnobelpreisträger Albert Schweitzer in oben genanntem Zitat warnt! Einige Impulse, die von dem Kongress ausgehen, werden in dieser Ausgabe schon aufgegriffen. Erfahren Sie, was der Knigge-Rat für den respektvollen Umgang mit Menschen mit Behinderungen empfiehlt, und warum Humor in Klinik und Pflege so wichtig ist. Neben der Vorstellung einer Fachklinik berichten wir über die 150. Angehörigenfreundliche Intensivstation, und wir stellen die Podcast-Serie „Die Intensivrundschau“ vor. Sie können lesen, welche Erfahrungen es bereits mit der Televisite gibt und welch wertvollen Beitrag die Ergotherapie zur ambulanten Rehabilitation beatmeter COPD-Patienten leisten kann. Auch Betroffene kommen zu Wort, so „König Roland“, ein spastisch gelähmter Performer und eine an ALS erkrankte WG-Bewohnerin. „No Limits“, so hieß ein Internationales Theaterfestival in Berlin mit mehr als 200 Akteuren mit und ohne Behinderung. Lassen Sie sich anstecken von so viel Elan, Freude und Begeisterung!

Wir wünschen ein glückliches und erfolgreiches Jahr 2014!

Die Redaktion

Besucherrekord beim 6. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress

Der 6. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress am 8. und 9. November 2013 unter der Schirmherrschaft des Bayerischen Staatsministers Dr. Marcel Huber im Holiday Inn Munich - City Centre war ein voller Erfolg. Die beiden Kongresspräsidenten Jörg Brambring und Christoph Jaschke begrüßten über 700 Teilnehmer aus dem In- und dem benachbarten Ausland.

In seinem Grußwort zum MAIK hatte der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Hubert Hüppe, MdB, geschrieben: "Für mich steht fest, Inklusion muss alle Menschen mit Behinderungen einschließen. (...) Inklusion darf nicht halt machen vor den Betroffenen, bei denen die Umsetzung vermeintlich schwieriger ist. Auch Menschen, die rund um die Uhr Beatmungspflege benötigen, sollen teilhaben können." Wer sich unter den vielen Teilnehmern am MAIK umgesehen hat, sah viele Betroffene sowohl im Publikum als auch als Referenten.

Die beiden Kongresspräsidenten Jörg Brambring und Christoph Jaschke eröffneten den Kongress mit einem Dank an alle Teilnehmer, an den Wissenschaftlichen Beirat, an die vielen Referentinnen und Referenten und die Medizintechnik, die als Aussteller und als Veranstalter von spannenden Workshops vor Ort war. Jörg Brambring stellte sodann als ersten Redner Oswald Utz, den ehrenamtlichen Behindertenbeauftragten der Stadt München vor, der selbst auch schon Erfahrungen mit einem Atemgerät gemacht hat. In seiner Rede, die hier in Auszügen veröffentlicht wird, stellte er sein Amt als Behindertenbeauftragter vor.

„Ich bin vom Behindertenbeirat der Landeshauptstadt gewählt und vom Stadtrat ernannt. Dieses Konstrukt war nicht ganz unumstritten, hat sich aber aus meiner Sicht bewährt.

- Es ist gut, nicht in die Hierarchie der Stadtverwaltung eingebunden zu sein, dies ist im Ehrenamt möglich.
- Es ist gut, dass es ein Mensch mit Behinderung nach SGB IX ist.
- Es ist gut, dass diese Person gewählt wird.

Die Aufgaben in meinem Amt sind in einer Satzung niedergeschrieben und lassen sich wie folgt zusammenfassen: Beratung von Bürgerinnen und Bürgern, Ansprechpartner für Verwaltung und Politik und Öffentlichkeitsarbeit.

Weitere Informationen können Sie auch auf folgenden Seiten www.bb-m.info und www.facebook.com/Behindertenbeauftragter.Munich nachlesen. Ich freue mich, dass der diesjährige MAIK die Selbstbestimmung zum Thema hat. Nicht zuletzt deshalb möchte ich ganz persönliche Worte zu Ihnen sprechen.

'Behindert. Besonders. Anders. - Zwischen Ausgrenzung und Inklusion', so lautet der Titel der Veranstaltungsreihe, für die ich zusammen mit dem Behindertenbeirat verantwortlich bin. Im Grunde genommen drücken diese Worte mein immer wieder wechselndes Lebensgefühl in dieser 'ach' so toleranten Stadt aus. Ich bin mit 16 Jahren aufgrund meiner Behinderung nach München gekommen, um hier auf eine weiterführende Schule zu gehen und um danach in München zu studieren.

München ist zu meinem Lebensmittelpunkt geworden, ja ich kann sagen, ich fühle mich hier wohl. Ich habe dieser Stadt wirklich viel zu verdanken. Sie hat mich aus der Parallelwelt der Menschen mit Behinderungen heraus geholt. Heute würde man wohl sagen: 'Der Oswald hat es geschafft!' Aber habe ich es wirklich geschafft? Wenn ja, was habe ich geschafft? Und vielleicht noch eine viel wichtigere Frage: Wer hat mich dabei unterstützt? Ja, meine Wahrnehmung ist, ich habe es geschafft. Ich bin den Fesseln von Sonder- und Fördereinrichtungen entkommen. Ohne diese Einrichtungen zu verteufeln, habe ich für mich doch sehr früh gespürt, dass ich gehen muss, um zu leben, um mich zu spüren. Ja, es ist mir gelungen, in der Münchner Stadtgesellschaft anzukommen. Ich lebe mit meiner Partnerin und unserer Tochter in einer teuren Münchner Wohnung, und ich habe das Privileg, von unserem Einkommen mir das Leben in München leisten zu können. Bei der Beantwortung der Frage, wer mich dabei unterstützt hat, wird, so glaube ich klar, warum ich heute als ehrenamtlicher Behindertenbeauftragter tätig bin und versuche, bei der Kommunalwahl 2014 in den Münchner Stadtrat einzuziehen. Ich habe es nicht geschafft, weil ich ein Übermensch bin, sondern weil mir in meinem Leben immer zur richtigen Zeit die richtigen Menschen begegnet sind, die mir Mut gegeben haben, die mich unterstützt und begleitet haben. Es waren eben nicht die Strukturen, die mir Wahlmöglichkeiten zwischen Sondereinrichtungen und selbstorganisiertem und selbstbestimmtem Leben gegeben haben – und dieser Missstand treibt mich bis heute um. Noch heute ist es für Gesellschaft, Politik und Verwaltung konformer, wenn man als Mensch mit Behinderungen die vorgezeichneten Wege geht, und diese sind nun mal in einer Parallelwelt. Dort gibt es gut ausgebaute Strukturen von der Wiege bis zur Bahre. Dort ist der Mensch mit Behinderungen leicht zu verwalten, dort sind Fragen der Finanzierung und Zuständigkeiten geklärt.

Für Menschen mit Behinderungen, die einen Weg außerhalb der Parallelwelt gehen wollen, ist es sehr viel schwieriger. Auf der einen Seite die Vielfalt zu postulieren, aber immer wieder zur Konformität gezwungen zu werden, dies ist der Widerspruch, in dem sich viele Menschen mit Behinderungen vorfinden – diesen Widerspruch versuche ich täglich aufs Neue für Menschen mit Behinderungen in unserer Stadt ein wenig mehr aufzulösen.“

MAIK
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®
6. MAIK

Betroffene als Bürger und Experten in eigener Sache respektieren!

Neben Oswald Utz saß auf dem Podium Dr. Adolf Ratzka, der ungemein viel für die Selbstbestimmung behinderter Menschen in Gang gesetzt hat. „Sie waren mein Idol“, mit diesen Worten würdigte Utz die Verdienste Ratzkas. Sensationell war Ende der 1980er Jahre dessen Film „Aufstand der Betreuten“. Dr. Ratzka war aus Schweden eigens zum MAIK angereist, kurz vor seinem 70. Geburtstag am 23. November 2013.

“Das Thema des Kongresses ist Selbstbestimmung“, so Ratzka, „nicht die absolute Selbstbestimmung, die hat niemand, der mit anderen Menschen zusammenleben will. Sondern es geht hier um den Grad an Selbstbestimmung im Alltag und im Leben, den unsere nichtbehinderten Geschwister, Freunde und Nachbarn als selbstverständlich ansehen. Um auch unserer Gruppe die Voraussetzungen zur Selbstbestimmung zu geben, muss noch einiges geändert werden. Heime und Einrichtungen müssen abgeschafft werden. In Heimen und Einrichtungen ist es unmöglich, selbstbestimmt zu leben, weil man nicht wählen kann, wo man wohnt, wie, mit wem; von wem man sich helfen lässt; weil man vom Personaldienstplan abhängig ist und daher nicht kommen und gehen, tun und lassen kann wie man will. Die Forderung nach Abschaffung von Einrichtungen und Heimen ist nicht besonders radikal, ist sie doch Teil der Behindertenrechtskonvention der Vereinten Nationen. Dort steht im Artikel 19, dass es unser Recht ist, in der Gesellschaft zu leben, Wohnort und Wohnform zu wählen, zu entscheiden, mit wem wir leben – all dies mit den gleichen Wahlmöglichkeiten wie andere, ohne in eine besondere Wohnform durch den Mangel an Alternativen gezwungen zu werden. Die Behindertenrechtskonvention wurde von der Bundesrepublik ratifiziert und ist somit Teil der deutschen Gesetzgebung.“ Artikel 19 gehe nicht auf die Größe der Einrichtungen ein. Was zähle, sei nicht die Anzahl der Betten oder Bewohner oder ob eine Mauer das Gelände umgibt, sondern die Wahlfreiheit: „Haben wir die gleichen Möglichkeiten wie unsere nichtbehinderten Geschwister, Freunde und Nachbarn, wenn es um die Wahl des Wohnorts, der Wohnform und der Mitbewohner geht? Haben wir die gleiche Wahlfreiheit bei Beschäftigungs- und Freizeitmöglichkeiten, die unseren persönlichen Voraussetzungen und Präferenzen entsprechen?“ Deutschland sei noch immer „das gelobte Land der öffentlich geförderten Heimindustrie“. Deshalb forderte Ratzka die Umverteilung der Gelder, damit diese „den vollen persönlichen Assistenzbedarf quantitativ und qualitativ abdekken, für die gesamten Kosten, einschließlich marktgerechter Gehälter, sozialer Abgaben, Versicherungen, Verwaltungskosten und Unkosten aufkommens-, einkommens- und vermögensunabhängig geleistet werden.“ Er verwies auf den Gesetzesentwurf zur sozialen Teilhabe, der vom Forum behinderter Juristinnen und Juristen in Zusammenarbeit mit der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland ausgearbeitet wurde und auf das Beispiel Schweden, wo man, abgesehen von Wohngruppen, keine stationären Einrichtungen mehr benötigt.

„Wir sind Zeugen einer zunehmenden Spezialisierung und Professionalisierung in allen Bereichen einschließlich der Heimbeatmung. Dadurch droht die Gefahr, dass wir als Betroffene immer weniger bei wichtigen Entscheidungen zu sagen haben, dass medizinische, wirtschaftliche, sicherheitstechnische und versicherungsrechtliche Aspekte eine immer grössere Rolle spielen, dass unser verbleibender persönlicher Entscheidungsraum und damit unser Leben zunehmend begrenzt werden. Um diese Entwicklung zu bremsen brauchen wir Verbündete. Wir, die direkt Betroffenen, wissen am besten, wie wir uns unser Leben wünschen. Das medizinische Personal soll uns dabei über unsere Möglichkeiten und die damit verbundenen Risiken beraten – aber nicht entscheiden. Die Entscheidung muss uns überlassen sein, was ein Verhältnis wie zwischen Rechtsanwalt und Mandanten, dem Auftraggeber, voraussetzt. Wenn uns eine kognitive Behinderung daran hindert, diese Entscheidungen selbst zu treffen und auszudrücken, sollten unsere Angehörigen diese Behinderung dementsprechend kompensieren. Ärzte und anderes medizinisches Personal, mit denen ich meine besten Erfahrungen mache, sind Menschen, die mich nicht in erster Linie als Objekt ihrer professionellen Interventionen betrachten, sondern mich als Bürger und Experten in eigener Sache respektieren. Niemand kennt meine Lebensbedingungen, meine Stärken und Schwächen, Wünsche und Befürchtungen besser als ich. Mediziner, die in mir einen ebenbürtigen Zusammenarbeitspartner sehen, erzielen nicht nur bessere Ergebnisse, sie sind wahrscheinlich auch mit ihrer Arbeit zufriedener.“

Die Selbstbestimmung wurde im Verlauf des Kongresses aus ärztlicher, pflegerischer und der Sicht eines Betroffenen vorgestellt und in dem Symposium "Nichts über uns - ohne uns" diskutiert. Beeindruckend war auch der Beitrag "Our American Dream - Ein 5.970 Meilen Trip von New York nach New York" von den Geschwistern Katharina und Elias Dinter aus München. Viele weitere Themen rund um Beatmung, Hygiene, Pflege, Therapie, Sozialrecht, den Transport technologieabhängiger Menschen, Langzeitkomplikationen der Querschnittlähmung, spezifische Probleme bei der Versorgung von Kindern und die Unterstützung von Geschwisterkindern sowie die Diskussion konkreter Fallbeispiele wurden geboten. Viele Vorträge sind auf www.maik-online.org eingestellt.

Kooperation, Transparenz und Moral

Am zweiten Kongresstag fand unter der Moderation von Detlef Friedrich, contec GmbH, eine Podiumsdiskussion mit dem Thema „Außerklinische ärztliche Betreuung“ statt. Die Runde setzte sich aus Klinikärzten, niedergelassenen Fachärzten, einem Vertreter der außerklinischen Beatmungspflege sowie einem Vertreter der Medizintechnik zusammen.

Was geschieht mit den Kindern und Erwachsenen, wenn sie von der Intensivstation entlassen werden, aber noch vom Beatmungsgerät abhängig sind? Wie ist die ärztliche Versorgung, wenn sie von einem Pflegedienst übernommen worden sind und entweder zuhause oder in einer Wohngemeinschaft leben? Diese Fragestellung aus medizinischer und pflegerischer Sicht war bereits am Vortag in dem Symposium „Weaningversagen nach Intensivtherapie – Möglichkeiten und Grenzen der ausserklinischen Intensiv- und Beatmungspflege" von Dr. Simone Rosseau beleuchtet worden. Bei der Podiumsdiskussion ging es um Missstände, Versorgungsstrukturen, Qualifikation sowie Finanzierungsfragen. Es diskutierten: Ralph Beitzel, Bereichsleiter Beatmung bei der Börgel GmbH, Jörg Brambring, Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, Dr. Stefan Heindl, niedergelassener Arzt für Innere Medizin | Pneumologie, Vorstandsvorsitzender der Genossenschaft Gesundheit und Mehr e.G., Praxisnetz München West mit einer Pneumologischen Praxis in Gauting, Dr. Simone Rosseau, Oberärztin der Intensivstation an der Medizinischen Klinik m.S. Infektiologie und Pneumologie der Charité-Universitätsmedizin Berlin, Leiterin des zertifizierten Weaningzentrums/DGP und des Zentrums für außerklinische Beatmung und Sauerstofftherapie (CABS), 2. Vorsitzende der DIGAB Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung, Dr. Bernd Seese, Chefarzt und ärztlicher Direktor Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken, und Dr. Markus Stiletto, niedergelassener Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin.

Nach der Entlassung von der Intensivstation hängt die Qualität der ärztlichen außerklinischen Versorgung allein schon davon ab, ob der Patient in einer Großstadt mit hoher Facharztdichte oder in der Provinz lebt. Die meisten Hausärzte, im Durchschnitt ca. 60 Jahre alt, kennen sich in der noch relativ jungen Versorgungsform der außerklinischen Beatmung kaum aus. Diese Lücke füllen spezialisierte Pflegedienste, die schwer ärztliche Ansprechpartner für ihre beatmeten Klienten finden. Aber warum ist die Pflege – im Gegensatz zu den Ärzten – so gut aufgestellt? „Uns als Pflegediensten wäre schon geholfen, wenn wir auf Augenhöhe mit den Hausärzten kommunizieren könnten“, was auch als Aufforderung verstanden wurde: „Ärzte, macht endlich eure Hausaufgaben!“ Die Klinikärzte gaben zu bedenken, dass sich die Pflegedienste erst nach dem sog. „Drachenfliegerurteil“ so bewegt hätten. Denn nun war es möglich, mit der außerklinischen Intensivversorgung „richtig Geld zu verdienen“. Seitdem expandierten die Unternehmen, die außerklinische Intensivversorgung anböten. Und seitdem würden die Ärzte auf den Intensivstationen von Vertretern der Pflege regelrecht „belagert“. „Die Kliniker haben kein Interesse an den sog. 'blutigen', also sehr schnellen Entlassungen!“, so die Klinikärzte in der Runde. Gerade deshalb gebe es die Weaning-Center, in denen die Entwöhnung von der Beatmungsmaschine schonend und mit so viel Zeit wie nötig durchgeführt werde, entsprechend der Weaning-Leitlinie, die besagt, dass der entlassende Arzt für die Versorgung zuständig sei. Die Pflegedienste müssten nicht die Patienten in einem so frühen Stadium übernehmen! Aber oft gehe es nicht um den Patienten, sondern um „Bettenmanagement“. Da werde ein ökonomischer Verteilungskampf geführt. Die DRGs hätten zu einer so starken Arbeitsverdichtung in den Kliniken geführt, dass – insbesondere an den Universitätskliniken - die Ärzte kaum mehr Zeit hätten, sich um Vernetzung und den Patienten nach der Entlassung zu kümmern. Die Sektoren driften immer weiter auseinander: Im Krankenhaus gebe es immer mehr High tec, während „draußen“ andere Probleme bestünden. So hätten die Klinikärzte kaum mehr Einblick in die ambulante Versorgung. Ökonomische Fehlanreize führten dazu, dass immer weniger der Mensch im Mittelpunkt stehe. Notwendig sei eine Entschleunigung der Prozesse und ein generelles Umdenken. Als positives Modell wurde Holland genannt, wo zunächst der konkrete Bedarf für eine Region ermittelt werde, und dann die Klinik handle. Die Teilnehmer waren sich einig, dass in der außerklinischen Intensivversorgung ein neues verzahntes Modell mit einem klaren Strukturrahmen entwickelt werden müsse. Weitere Stichworte in diesem Zusammenhang waren Regionalisierung, ein neues Geschäftsmodell, Schaffung von öffentlichem Interesse und dringend erforderliche Gespräche mit der Politik.

In der Schlussrunde gab die Pflege zu, dass sie sich in den vergangenen Jahren zu sehr mit sich selbst beschäftigt habe. Die Ärzte betonten ihre Bereitschaft zu mehr gemeinsamem Handeln und Netzwerken. Der Vertreter der Medizintechnik bot für die Zukunft Workshops an, die nicht nur die Transparenz förderten, sondern auch den Hausärzten Informationen zur Heimbeatmung gäben. Des Weiteren wurde betont, wie wichtig eine Selbstverpflichtung der Unternehmen zu mehr gemeinsamer Arbeit und Transparenz sei.

Der Moderator gab zu bedenken, dass die Politik den sehr intransparenten Markt der außerklinischen Intensivversorgung (in dem es um jährlich 16 Mrd. Euro geht, Anmerkung der Redaktion) schlichtweg nicht kenne.

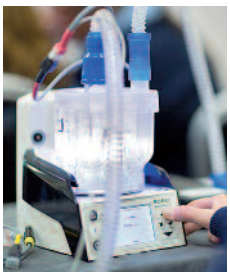
Detlef Friedrich, der schon mehrmals die Podiumsdiskussion moderiert hat, gab durch seine Fragestellungen und seine Begabung, quer zu denken, dem MAIK wieder neue Impulse. Jetzt liegt es nicht nur an den Akteuren auf dem Podium, sondern an allen Teilnehmern im vollbesetzten Vortragssaal, die Anstöße, die diese erfrischende Diskussion gegeben hat, in die Tat umzusetzen.

Industrieausstellung und ein umfangreiches Schulungsangebot

39 Aussteller aus der Intensiv– und Beatmungsmedizin präsentierten auf der erheblich erweiterten Veranstaltungsfläche ihre Produkte und Innovationen. Erstmals fanden 22 Workshops der Medizintechnik statt. Weitere Workshops wurden vom Veranstalter des MAIK, der IHCC Intensiv Home Care Consulting GmbH, angeboten.

Erstmals war der MAIK um mehrere Foren erweitert und die Ausstellerfläche wesentlich vergrößert worden. So war sehr viel mehr Platz für die Aussteller und die Workshops. ResMed hatte als erstes Unternehmen das Angebot des Veranstalters genutzt, eine eigene Lounge zu belegen, in der laufend Schulungen stattfanden. Im zweimaligen Workshop „Basics Beatmung“ wurden die Grundlagen der Beatmungstechnik erklärt und die Teilnehmer wurden durch den „Dschungel aus Modi, Werten, Parametern und Abkürzungen“ geführt. Weitere Themen waren Leckagebeatmung - nun auch für IV-Patienten, Mundstückbeatmung - Einstellungen, Tipps und Tricks, Gerätetraining Elisée 150 Beatmungsgerät, Anwender trifft Hersteller, Gerätetraining VSIII-Beatmungsgerät und Gerätetraining HumiCare D900. In einem zweiten Raum bot ResMed den Workshop „Darf´s ein wenig mehr sein?“ – Dienstleistungsqualität in der außerklinischen Beatmung an. Im Workshop „Software für die Intensivpflege“ wurden u.a. Lösungen vorgestellt, mit denen Intensivpflegedienste die Wirtschaftlichkeit ihrer Arbeit erhöhen können. Die Fahl Medizintechnik – Vertrieb GmbH setzte sich im Workshop „Endotracheales Absaugen – Möglichkeiten und Aspekte“ mit den theoretischen Grundlagen auseinander und streifte auch Fragen zur Hygiene, atraumatischem Vorgehen, Materialauswahl, begleitende Maßnahmen zu Sekretmanagement, Verwendung von geschlossenen Absaugsystemen und subglottischer Absaugung. Weitere Anbieter von Workshops waren die Firmen Fisher & Paykel, Heinen + Löwenstein GmbH & Co. KG mit zwei Workshops "Sekretmanagement in der außerklinischen Beatmung", Smiths medical Deutschland GmbH zu Dysphagien und die Fa. WKM GmbH in Kooperation mit der Fa. Camed GmbH zur „Systemhygiene im Bereich Außerklinische Intensivpflege“. Der Veranstalter dankte ausdrücklich der Medizintechnik für ihr Engagement, das diesen MAIK wieder möglich gemacht hat und dazu beitrug, dass der Kongress eine Fülle an Informationen lieferte. Neben dem Angebot an Workshops und Schulungen der Medizintechnik hatte der Veranstalter des MAIK, die IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH, Dozentinnen und Dozenten für Workshops der IHCC-Akademie eingeladen. Im Workshop "Wie aussagekräftig ist die Qualitätsprüfung in der Pflege" mit Fr. Prof. Dr. Herold-Majumdar und Fr. Ambros versuchten die Teilnehmer Vorschläge zur Optimierung des Qualitätsprüfungssystems zu erarbeiten. Neben der Ausweitung des persönlichen Budgets mit mehr Verantwortlichkeit beim Patienten, wurden Patientengremien vorgeschlagen, welche sich um die Interessen der Betroffenen kümmern und sich in die politische Diskussion einschalten sollten. Auch die Übertragung der Prüfaufgabe an ein wissenschaftliches, unabhängiges Institut wurde diskutiert. Am kurzfristig erfolgreichsten erschien jedoch, sich strenger an der Lebensqualität der Betroffenen mittels geeigneten Prüfinstrumenten wie dem SEIQoL-Verfahren (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) zu orientieren. Pflegedienste wurden auch ermutigt, ihr Handeln bzgl. Qualitätsprüfungen näher an der Lebensqualität der Betroffenen zu orientieren, was gleichzeitig der Entbürokratisierung dienen könnte, wenn man z.B. nicht eine Pflegeplanung anhand der AEBDL´s erstellt, sondern tatsächlich anhand der Bedürfnisse der Kunden. Großen Zuspruchs erfreuten sich die Reanimationskurse "Staying Alive" - Basics der Reanimation eines bewährten Teams aus dem Allgäu, bestehend aus Dr. Markus Hartung, Andreas Pröbstle und Armin Willburger. Unter der Fragestellung „Wer steuert? Versorgungsmanagement in der außerklinischen Intensivversorgung“ konnten die Teilnehmer mit dem Leiter des Sozialdienstes der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Murnau (BGU), Nikolaus Bader, diskutieren. In weiteren Workshops ging es um das Pflege-Image, das Pflege-Verständnis sowie die Fort- und Weiterbildung (Markus Staubach), um die „Marke im Gesundheitsbereich – erfolgreicher und profitabler durch Einzigartigkeit“ (Karlheinz Illner, FamilyBrands) und die Besonderheiten im Umgang mit beatmeten Patienten (Manuela Seitz).

Dem Grundsatz folgend „Nichts über uns – ohne uns“ waren viele Betroffene mit ihren Angehörigen oder Assistenten vor Ort. Einen eigenen Workshop bot Oliver Jünke aus Berlin an. Der Veranstaltungsraum war mit 50 Zuhörern trotz der zeitgleich laufenden Podiumsdiskussion voll besetzt. Da die Teilnehmer die Workshops ohne Voranmeldung besuchen konnten, stießen die Veranstaltungen insgesamt auf großes Interesse. Die Themenauswahl war für die zahlreichen Pflegekräfte vor Ort besonders attraktiv, weil sie während des Kongresses einen Großteil ihrer vorgeschriebenen Pflichtschulungen absolvieren konnten. Es zeigte sich, wie wichtig gerade auch für Betroffene der unmittelbare Kontakt zu Anbietern der Medizintechnik ist. Sie können vor Ort Fragen stellen und sich in einer angenehmen Atmosphäre mit den Experten austauschen. Das überwältigend positive Feedback, das der Veranstalter inzwischen erhalten hat, bezog sich sowohl auf den hohen Informationswert als auch auf die gute Atmosphäre.



Wenn man das AtemReich betritt, wird man sofort liebevoll empfangen ...

Der diesjährige MAIK Award ging an Felicitas Hanne als Leitung und Geschäftsführung des Kinderhauses AtemReich. Die Laudatio hielt Christine Bronner, geschäftsführender Vorstand und Dienstleitung Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München – AKM, Preisträgerin des Prix Courage 2012. Danach wurde im Rahmen des Get Togethers gefeiert.

„Die erste Laudatio meines Lebens richtet sich an Frau Felicitas Hanne als Leitung und Geschäftsführung des Kinderhauses AtemReich. Sie wird heute vertreten durch Frau Müller, ihre Stellvertreterin und Pflegedienstleitung des Hauses AtemReich. Sie wird für Frau Hanne den MAIK Award entgegennehmen, da sich Frau Hanne heute leider im Ausland befindet.

Wer ist nun Frau Hanne? Was ist das AtemReich? Ich denke, dass viele Anwesende wissen, was sich hinter dem Kinderhaus AtemReich verbirgt, das von Frau Hanne mit unglaublichem Herzblut und Engagement geleitet wird. Bereits beim ersten MAIK Kongress stellte Dr. Stephan Kellnar, ärztl. Direktor am Klinikum Dritter Orden in München, das damals noch sehr junge Kinderhaus AtemReich vor. Das ist schon einige Jahre her. Seitdem ist viel geschehen und das AtemReich hat sich erheblich vergrößert. Diese Einrichtung erzählt viel von Frau Hanne und Frau Hanne erzählt viel vom AtemReich. Das AtemReich ist untrennbar verbunden mit Frau Hanne und das erste, was ich vom AtemReich noch vor der Eröffnung vor sechseinhalb Jahren im Frühjahr 2006 kennengelernt habe, war wiederum Frau Hanne in ihrem Büro, im noch halbfertigen Zustand.

Frau Hanne ist ein Mensch mit einer beachtenswerten Vita. Zunächst erlernte sie den Beruf der Krankenschwester sowie auch der Kinderkrankenschwester und studierte dann Pflegepädagogik. Ihr Studium schloss sie mit einem Diplom ab. Ihre berufliche Laufbahn zeugt von großem Schaffensdrang und einer ausgeprägten Liebe zu den Menschen, insbesondere zu den besonders Schwachen und Kranken. Eigentlich haben wir Frau Hanne in Bayern ja adoptiert, denn ihr Leben startete ursprünglich jenseits des Weißwurstäquators. Aber so sind wir Bayern halt! Frau Hannes berufliche Karriere startete also im hohen Norden und so setzte sie ihr erstes grundlegendes berufliches Fundament auch in Niedersachsen, indem sie dort das erste Hospiz Niedersachsens für Erwachsene gründete, es erfolgreich aufbaute und leitete. Dafür erhielt sie die Ehrenbürgerschaft der Stadt Hannover.

Von der Hospizbewegung war Frau Hanne also bereits zutiefst infiziert, als schließlich die AtemReich GmbH in München auf sie zurollte, die im Februar 2005 mit den Gesellschaftern Stiftung Pfenningparade, Blindeninstitut München, Mobile Ambulante Pflegepartner und dem Prinzessin Rupprecht Verein für kranke Kinder unter der Schirmherrschaft I.K.H. Beatrice Prinzessin von Bayern gegründet wurde. Nun waren aber definitiv und bisher endgültig nicht mehr die sterbenden Erwachsenen, sondern die schwerstkranken und beatmeten Kinder für Frau Hanne an der Reihe. Einen Ort der Geborgenheit, ein Heim galt es für sie zu schaffen, gab es doch keine geeignete Einrichtung für diese Kinder in München, ja eigentlich in ganz Bayern.

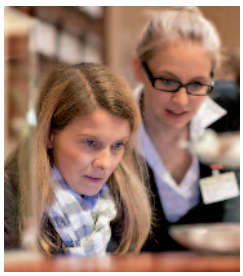
Astrid Lindgren sagt „Man kann in Kinder nichts hineinprügeln, aber vieles herausstreicheln.“ Und der Fuchs verrät dem kleinen Prinzen sein Geheimnis: „Man sieht nur mit dem Herzen gut. Das Wesentliche ist für die Augen verborgen.“ Frau Hanne sieht mit dem Herzen gut. Sie ist herzlich, warm und hat eine ausgesprochen mütterliche Ausstrahlung. Wenn man das AtemReich betritt, wird man sofort liebevoll empfangen und fühlt sich auch als vermeintlich gesunder Mensch sofort willkommen und geborgen. Frau Hanne und ihr Personal streicheln sich täglich aufs Neue in die Herzen der ihnen anvertrauten Kinder hinein und streicheln manche ungeahnte Fähigkeit hinaus. Dass dies so ist, hat viel mit Frau Hanne zu tun. Ist sie doch die Geschäftsführung und das Herz der Einrichtung.

Was meine ich nun mit vermeintlich gesund? Wer ist schon gesund und wer ist krank? Aaron Antonowski sagt: „Wir sind alle terminale Fälle. Aber solange wir noch einen Atemzug Leben in uns haben, sind wir alle bis zu einem gewissen Grad gesund.“ Das vergessen wir gerne in unserer ach so perfekten und dynamischen Welt, in der alles immer zu hundert Prozent funktionieren muss. Muss und kann immer alles zu hundert Prozent funktionieren? Ein altes Arztgelöbnis sagt: „Die Aufgabe des Arztes ist es, manchmal zu heilen, häufig zu lindern und immer zu trösten.“ Dieser Leitspruch gerät in der modernen, aufs Reparieren fixierten Medizin doch gerne in Vergessenheit. Und so strahlt in Frau Hanne nicht nur Wärme, vielmehr brennt ein starkes Feuer in ihr. Zwar ist sie bescheiden und zurückhaltend was ihre eigene Person betrifft, jedoch wird sie für „ihre“ Kinder, für die Sache AtemReich und die Bedarfe und Bedürfnisse der betroffenen Familien zur Löwin. Sie kämpft hartnäckig, mit viel Improvisationstalent, Konsequenz und großem Durchsetzungsvermögen, und auch mit harten Bandagen, wenn es sein muss. Dabei bleibt sie immer geradlinig und ehrlich und wirkt somit vollständig authentisch. Immer geht es ihr um das Recht von schwerstkranken Kindern und jungen Menschen auf ein würdiges Leben, auf Förderung und Kreativität, sowie um eine liebevolle Versorgung, um Geborgenheit und viel Liebe und Wärme. Auch geht es um das Recht von Familien, die betroffen sind von der Schwersterkrankung ihres Kindes, um ihre Wertschätzung, ihre Anerkennung und um ihr Recht auf Hilfe und Unterstützung. (…) Im AtemReich

geht es nicht vorrangig ums Reparieren, sondern darum, die Kinder so anzunehmen wie sie sind. Auch geht es nicht nur um das körperliche Wohl der kleinen Patienten. Ganz besonders bedeutsam sind eine adäquate Umgebung und eine liebevolle Atmosphäre, sowie das psychische, soziale und auch spirituelle Wohlbefinden der Kinder und ihrer gesamten Familien, denn die Kinder, die vorübergehend oder dauerhaft im AtemReich wohnen, sind untrennbar mit ihren Familien verbunden. Alle gehen einen sehr steinigen Weg, sobald die Diagnose der schweren Erkrankung fällt. „Dieser Weg wird kein leichter sein“, wir alle kennen das Lied von Xavier Naidoo. Es könnte für jeden Bewohner des AtemReichs und auch für die dazugehörigen Familien geschrieben worden sein.
Der finanzielle Anspruch, der Bedarf an Wissen, die Erforderlichkeit von immer mehr Fachkompetenz und die Verantwortung wachsen für die betroffenen Familien ab der Diagnose kontinuierlich ins Unermessliche, und auch das gesamte sie versorgende Netzwerk gerät immer wieder unter enormen Druck. So verwundert es nicht, dass Frau Hanne neben ihrer sehr warmen und überaus wertschätzenden Art zugleich auch fachlich extrem kompetent ist und sich ständig weiterqualifiziert. Dies erwartet sie auch von ihrem gesamten Personal, ohne große Toleranz, wie auch von dem Netzwerk, das sie umgibt und mit dem sie zusammenarbeitet. Da habe ich so meine Erfahrungen. Dieser hohe Anspruch mag merkwürdig und überhöht klingen. So heißt es doch häufig im Sprachgebrauch „Besser irgendeine Hilfe, als keine“. Doch da möchte ich ebenfalls als Fachfrau vehement widersprechen und Frau Hannes Haltung deutlich unterstreichen. „Lieber keine Hilfe, als die falsche“, ist in der Lebenssituation von den Patienten, die das AtemReich betreut, und ihren Familien meist angebrachter. Kurt Tucholsky hat dazu gesagt: „Das Gegenteil von Gut ist nicht Böse, sondern gut gemeint!“ Frau Hanne meint es nicht nur gut, nein, sie kann es wirklich gut, sogar sehr gut. Daher hat sie auch bereits das Bundesverdienstkreuz erhalten, wie auch die Bayerische Staatsmedaille. (…) So möchte ich mich abschließend vor Frau Hanne verneigen, ihr von ganzem Herzen gratulieren und meinen überaus großen Respekt, meine allergrößte Wertschätzung und auch meine Hochachtung für ihre herausragenden Leistungen und ihr Lebenswerk zum Ausdruck bringen. Zudem möchte ich ihr und allen Mitarbeitern des Kinderhauses AtemReich zutiefst danken für ihr unermüdliches Engagement für die schwerkranken jungen Patienten und ihre Familien, die uns allen so am Herzen liegen und für die wir uns alle so vehement einsetzen. Herzlichen Glückwunsch liebe Frau Hanne, herzlichen Glückwunsch liebes AtemReich!“

Die Kongresspräsidenten Jörg Brambring und Christoph Jaschke überreichten den MAIK Award mit den besten Wünschen für Frau Hanne - stellvertretend an die Pflegedienstleiterin Petra Müller. Zu den Gratulanten gehörte auch der Träger des MAIK Award aus dem Vorjahr, Jo Börgel, der sich seit Jahrzehnten ehrenamtlich in Osteuropa engagiert. Nach der Preisverleihung wurde das Get Together mit rockiger Musik fortgesetzt.

Der **7. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress** findet am **24. und 25. Oktober 2014** wieder im Holiday Inn Munich - City Centre statt. Die Räume sind bereits reserviert, ebenso die Location für die MAIK-Party. Mehr unter www.maik-online.org



MAIK
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

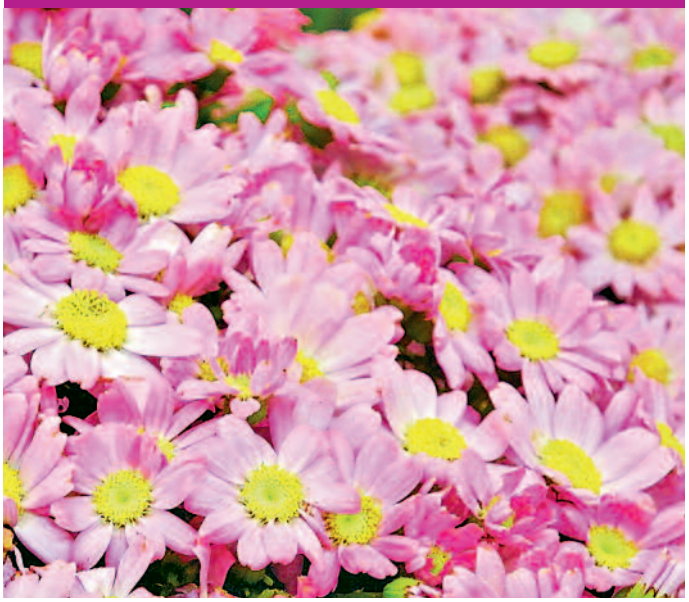
7. MAIK

HEIMBEATMUNGS SERVICE Brambring Jaschke GmbH

Selbstbestimmt leben...

in den Wohngemeinschaften für Menschen mit Beatmung der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH in **Augsburg**, **Bad Kissingen**, und **Kerpen-Sindorf**.

Weitere Informationen auf
www.heimbeatmung.com



Melanie Huml, MdL *Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege*

Am 10. Oktober 2013 stellte Ministerpräsident Horst Seehofer sein neues Kabinett im Bayerischen Landtag vor. Die 38-jährige Bambergerin Melanie Huml wurde als Staatsministerin im neu gebildeten Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit und Pflege vereidigt.

Die approbierte Ärztin zog 2003 in den Bayerischen Landtag ein, wo ihre Spezialgebiete in der Gesundheits- und Sozialpolitik lagen. 2007 berief sie der damalige Ministerpräsident Günther Beckstein als Sozialstaatssekretärin ins Kabinett, und Ministerpräsident Horst Seehofer übernahm sie anschließend in sein Kabinett. Dort war sie von 2008 bis 2013 Staatssekretärin für Umwelt und Gesundheit. Die neue Bayerische Staatministerin für Gesundheit und Pflege ist das jüngste Kabinettsmitglied. Sie ist nun für das gesamte Gesundheitswesen - betreffend Humangesundheit - einschließlich der gesetzlichen Krankenversicherung zuständig, die bisher beim Staatministerium für Umwelt und Gesundheit lag. Dazu gehört auch das Krankenhaus- und das Arzneimittelwesen. Aus dem Bereich des bisherigen Staatsministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen übernimmt die neue Staatsministerin den Bereich der Pflege einschließlich der sozialen Pflegeversicherung und zugehöriger Gebiete (z.B. Hospizwesen, Familienpflege und die Stärkung pflegender Angehöriger). Im neu zugeschnittene Ministerium wurden Gesundheit und Pflege zusammengefasst. So wird es zukünftig wieder möglich sein, „im Interesse der Patientinnen und Patienten Lösungen aus einem Guss zu erarbeiten“.
Mehr unter www.melanie-huml.de

Lebensmotto der Politikerin: "Wenn viele kleine Leute an vielen kleinen Orten viele kleine Schritte tun, können sie das Gesicht der Welt verändern."

Melanie Huml, *MdL Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege*

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Rainer Willy Hauck

Am 21. September 2013 wählte die Mitgliederversammlung der Deutschen SauerstoffLiga LOT e.V. einen neuen Vorstand. Neuer Vorsitzender wurde Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Rainer Willy Hauck.

Der Internist, Pneumologe, Kardiologe und Allergologe ist Chefarzt der Medizinischen Abteilung II, LungenZentrum SüdOst, Kreisklinik Bad Reichenhall, Kliniken Südostbayern AG. Stellvertretender Vorsitzender blieb Michael Golinske, Webmaster und Beisitzer für IT und Interne Kommunikation. Die Beisitzer Franz-Josef Kölzer (Gesundheitspolitik), Hans Messinger (Technik) und Walter Weygold (Finanzen) gehörten ebenfalls schon dem alten Vorstand an. Neu ist Angelika Uher, zuständig für die Gruppenleiter und die Gruppenbelange. Mit großem Applaus wurden die ehemalige Vorstandsvorsitzende Dr. Birgit Krause-Michel und Vorstandsmitglied Ursula Krütt-Bockemühl verabschiedet. Beide haben die LOT erfolgreich dahin gebracht, wo sie heute steht. LOT steht für “long term oxygen therapy". Dies ist die weltweit medizinisch gebräuchliche Bezeichnung der Therapie, die immer dann eingesetzt wird, wenn eine chronische Erkrankung der Lunge oder des Herzens vorliegt, die Sauerstoffmangel im Blut verursacht. Wer davon betroffen ist, erhält - meist rund um die Uhr - Sauerstoff als lebenserhaltende Maßnahme. Dieser verbessert Leistungsfähigkeit und Mobilität. Immer mehr Menschen leiden unter einer chronischen Erkrankung der Atemwege. Die COPD und das Lungenemphysem sind mittlerweile an die dritte Stelle der chronischen Erkrankungen gerückt. Deshalb werden immer mehr Menschen einer Sauerstofftherapie unterzogen. So können chronisch schwer Kranke auch weiterhin am öffentlichen Leben teilhaben. Die Sauerstofftherapie ist jedoch für die Betroffenen eine einschneidende Maßnahme. Die SauerstoffLiga LOT e.V. bietet Selbsthilfe zur Selbsthilfe. Basis ihrer Arbeit sind die derzeit 45 bundesweiten Regionalgruppen, die sich regelmäßig treffen. Die Internetseite www.sauerstoffliga.de stellt alle Informationen rund um das Thema Sauerstoff bereit und bietet ein Forum für den Erfahrungsaustausch.

Prof. Dr. med. Dr. med habil Rainer Willy Hauck
Vorsitzender Deutsche SauerstoffLiga LOT e.V.

Dinah Radtke

Am 9. Oktober 2013 erhielt Dinah Radtke aus Erlangen für ihren hervorragenden Einsatz für die Rechte behinderter Menschen im Sinne der Selbstbestimmten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft den Elke-Bartz-Preis.

„Wir zeichnen eine Frau aus, die sich regional, deutschland- europa- sogar weltweit einen Namen gemacht hat“, so Gerhard Bartz, Vorsitzender Bundesverband Forum selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen e.V. am 25. August 2013 in seiner schriftlichen Laudatio. Der Pokal wird in der Regel alljährlich an Menschen verliehen, die für ihren hervorragenden Einsatz für die Rechte behinderter Menschen eintreten. „Damit erfüllen wir“, so Gerhard Bartz, „einen Teil des Vermächtnisses, das uns Elke aufgegeben hat. In einem letzten Interview mit der Aktion Mensch fordert sie uns auf: 'Seid wachsam. Seid achtsam. Sucht euch Freunde. Der Rest kommt von alleine.'" Am 11. Oktober 2013 feierte der Verein Zentrum für Selbstbestimmtes Leben Behinderter sein 25-jähriges Jubiläum und verabschiedete Dinah Radtke als Bereichsleitung in den Unruhestand. ZSL ist für Menschen mit Behinderung, Interessierte und Ratsuchende eine wichtige Anlaufstelle. Als Interessenvertretung bietet es ein umfassendes Beratungs- und Dienstleistungsangebot für Menschen mit Behinderung an und setzt sich für die Gleichstellung aller in der Gesellschaft ein. So hat z.B. Dinah Radtke auch bei den Verhandlungen der UN-Konvention für die Rechte behinderter Menschen aktiv mitgewirkt. Für seine herausragende Arbeit wurde der Verein neben zahlreichen anderen Auszeichnungen von der Bayerischen Landesstiftung mit dem Sozialpreis 2005 geehrt. Wichtige Projekte waren und sind "Froschatmung - Schulungen und Beratung" (2011 bis 2013), "Integration jetzt! Selbstbestimmt leben mit Persönlichem Budget" (2006 bis 2010) und SeLeBe - Selbstbestimmt Leben mit Beatmung" (2001 bis 2005). Ausführlicher Bericht von der Preisverleihung unter www.forsea.de
Mehr zu Dinah Radtke und den ZSL e.V. unter www.zsl-erlangen.de, www.froschatmung.de

Dinah Radtke, *Zentrum für Selbstbestimmtes Leben Behinderter (ZSL e.V.)* *Foto: Brigitte Faber*

Zur Inklusion gehört respektvoller Umgang

Ist es okay, sich von einer blinden Frau mit „Auf Wiedersehen“ zu verabschieden? Wie bietet man einem Mann im Rollstuhl Unterstützung an, ohne aufdringlich zu sein? Um solche Unsicherheiten auszuräumen, hat der Deutsche Knigge-Rat jetzt zehn Tipps für den respektvollen Umgang mit Menschen mit Behinderungen herausgegeben. Fachkundig beraten wurde er bei der Zusammenstellung dieser Benimm-Regeln von Katja Lüke, die beim PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband Hessen verantwortlich ist für das Schwerpunktthema Inklusion.

„Nichtbehinderte sind im Umgang mit Menschen mit Behinderungen oftmals selbst blind, taub und unbeholfen. Sie reduzieren den Menschen allein auf dessen Beeinträchtigung. Plumpe Neugier, bestürztes Mitleid und bevormundende Hilfsbereitschaft sind oftmals die Folgen. Was vielleicht gut gemeint war, ist letztlich verletzend oder diskriminierend", berichtet Katja Lüke.

So ist es im Small Talk tabu, den Gesprächspartner zu fragen, warum und seit wann er eine Behinderung hat. Und auch blinde Menschen spüren, wenn sie angestarrt werden. Unhöflich ist es zudem, Menschen mit Behinderungen in der Anrede zu übergehen und stattdessen nur mit der Begleitperson zu sprechen.

„Die Behinderung ist nur ein Merkmal von vielen. Begreifen Sie Andersartigkeit nicht als Makel, sondern als Vielseitigkeit“, sagt Katja Lüke. Eine Bemerkung wie „Wie toll, dass Sie trotz Ihrer Behinderung mobil sind“ ist genauso unpassend wie „Für eine Frau können sie aber gut Auto fahren.“ Und Rául Krauthausen betont: „Es nervt mich, wenn andere Leute denken, ich würde leiden und hätte es ja so schwer im Leben.“ Der Journalist und Elektrorollstuhlnutzer hat die Internetseite Leidmedien.de mitbegründet, die Tipps für die Berichterstattung über Menschen mit Behinderung gibt.

Sprachliche Sorgfalt ist nicht nur in den Medien gefragt, sondern auch im Alltag. So gehört es zu den Knigge-Tipps, dass erwachsene Menschen gesiezt werden, egal ob sie eine Behinderung haben oder nicht. Gehörlose Menschen sollte man nicht als taubstumm bezeichnen, denn sie kommunizieren über die Gebärdensprache. Hartnäckig hält sich auch der Begriff „Mongolismus“, der keine Diagnose ist, sondern eine Diskriminierung. Richtig heißt es „Down-Syndrom“ oder „Trisomie 21“.

Keine Hemmung braucht man im Umgang mit Menschen mit Behinderungen vor gewohnten Redewendungen zu haben. Zu einer blinden Frau darf man also ruhig „Auf Wiedersehen“ sagen. Und der Rollstuhlfahrer stört sich in der Regel nicht daran, wenn man ihn fragt, ob er mit „spazieren gehen“ möchte.

Generell ist es höflich, Hilfe anzubieten, so ein weiterer Knigge-Tipp. Zu Höflichkeit gehört es aber auch, geduldig auf die Antwort zu warten und es freundlich zu akzeptieren, wenn jemand die Hilfe ablehnt. Denn andernfalls kann aus Hilfsbereitschaft schnell ein Übergriff werden. *bh*

Die zehn Tipps für den respektvollen Umgang mit Menschen mit Behinderungen sind nachzulesen auf der Internet-Seite des PARITÄTISCHEN Hessen (www.paritaet-hessen.org).

Zur Berichterstattung über Menschen mit Behinderung siehe www.leidmedien.de

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
Systemhygiene
Im Dienst unserer Patienten. Jederzeit.
Ihr Partner in der Hilfsmittelversorgung für außerklinische Intensivpflege in Bayern.
Dr.-Rank-Straße 8 · 82275 Emmering · Telefon 08141 2297-0 · Fax 08141 2297-111 · www.wkm-rehamed.de · info@wkm-rehamed.de

Warum wir Lachen ernst nehmen sollten

Wie erleben Patienten, Pflegekräfte und Ärzte heute deutsche Krankenhäuser? Dr. Eckart von Hirschhausen hat gemeinsam mit seiner Stiftung HUMOR HILFT HEILEN eine Studie zur Untersuchung der "Schicksalsmühle Krankenhaus" in Auftrag gegeben und erstaunliche Ergebnisse zu Tage gefördert. Am 8. Oktober 2013 wurde die Studie in Berlin im Rahmen einer Pressekonferenz vorgestellt.

Bei der Pressekonferenz, zu der rund 50 Journalisten gekommen waren, setzte der bekannte Mediziner und Kabarettist nur ein einziges Mal seine rote Clownsnase auf und erzählte nur wenige Witze. Denn bei der Vorstellung der tiefenpsychologischen Studie über die Schaffung einer heilsamen Stimmung im Krankenhaus ging es um eine ernste Sache: Das Krankenhaus, die Ärzte und Pflegekräfte – und natürlich auch um die Patienten. Wie schnell kann ein Schicksalsschlag die Illusion des „glücksmaximierten Vollkaskolebens“ erschüttern!

Wie Patienten, Pflegekräfte und Ärzte den deutschen Klinikalltag erleben, zeigt die vorliegende Studie, die das rheingold institut im Auftrag der Stiftung **HUMOR HILFT HEILEN** erstellt hat. Hierfür wurden von Herbst 2012 bis Juni 2013 in mehreren Kliniken in ganz Deutschland 120 jeweils zweistündige Tiefeninterviews mit je 40 Ärzten, Pflegekräften und Patienten geführt. Neben Dr. Eckart von Hirschhausen gingen der Psychologe und Therapeut Stephan Grünewald und Diplom-Psychologin Birgit Langebartels, beide vom rheingold institut, detailliert auf die Studienergebnisse ein. Während sich der Patient bei der Einlieferung ins Krankenhaus häufig als „stillgelegt und entmündigt“ und in die Kinderzeit zurückgeworfen fühlt, treten die Ärzte mit der Fiktion an, „das Schicksal bekämpfen zu können“. Sie betrachten sich als „Frontkämpfer“, die unablässig gegen Krankheit, Tod und bedrohliche Schicksalsgewalten antreten. Das zehrt an ihrer Kraft und kann dazu führen, dass sie sich „immunisieren“, indem sie ihr Mitgefühl ausschalten, bis zur „Besinnungslosigkeit“ arbeiten oder nur noch ihre Routine abspulen. Als heilsames Prinzip schlägt Dr. Hirschhausen seinen Kollegen die „Aufweichung der strengen Klinikhierarchie und die Etablierung echter Teamarbeit zwischen Ärzten, der Pflege und Patienten“ vor. „Dann könnten die Ärzte die Ebenen wechseln: vom unfehlbaren Gott zum Kollegen, der auch nicht alles weiß, und sich auch auf die Perspektive der anderen einlassen“.

Die Pflegekräfte sind die „hilfreichen Schicksalsbegleiter“, die sehr nah an den Patienten sind. „Sie tauchen in das Schicksal der Patienten ein und avancieren so in allen Nöten und Gebrechen zu unverzichtbaren und intensiven Bezugspersonen. Dem Auf und Ab des Patienten folgen sie mit einer mütterlichen Mitbewegungskunst. Sie versorgen, pflegen, trösten, erklären, erziehen und ermuntern ihn.“ Diese Charakterisierung der Pflegenden in den Kliniken trifft auch auf die Pflegekräfte in der außerklinischen Intensivversorgung zu, die häufig den Klinikalltag genau aus den in der Studie genannten Gründen hinter sich gelassen haben: „Pflegekräfte vermissen die Wertschätzung auf allen Ebenen. Sie fühlen sich

Stefan Grünewald *(Psychologe und Leiter des Kölner rheingold instituts) links neben* ***Dr. Eckart von Hirschhausen*** *(Gründer und Geschäftsführer der Stiftung HUMOR HILFT HEILEN)*

schlecht bezahlt, in ihren Kompetenzen und ihrem Potential nicht genutzt und sehen wenige Entwicklungschancen. Die innere Emigration oder der Rückzug aus dem Krankenhaus erscheinen immer häufiger als Not-Lösung.“ Wie die Ärzte sehen sich die Pflegekräfte einem Verwaltungsapparat ausgesetzt, der sinnvoll erachtete Maßnahmen erschwert. Sie haben häufig das Gefühl, sich von den eigenen Idealen entfernt zu haben. Viele Ärzte sehen das Krankenhaus „als Karrierefegefeuer oder Durchgangsstation in eine private Praxis“, während Pflegekräfte nach Alternativen jenseits der Pflege suchen und auf absehbare Zeit dem Pflegeberuf ganz den Rücken kehren. „Die fehlende Sinn- und Entwicklungsperspektive von Ärzten und Pflegern stellt eine Zeitbombe für das System dar“ und das „Krankenhaus frisst seine eigenen Kräfte“, mahnt Dr. Hirschhausen, der selbst als Arzt in Kliniken gearbeitet hat.

Um dieser Entwicklung entgegen zu wirken, empfiehlt er den Humor „als den humanen Schmierstoff im Krankenhaus“. Die Erfahrungen mit den Klinik-Clowns haben gezeigt, dass junge und alte Patienten motiviert werden, zuversichtlicher und gelöster mit ihrer Krankheit umzugehen. Dieser „Selbsthilfezauber“ der Klinik-Clowns gründet sich laut Dr. Hirschhausen darin, dass sie „routinierte Klinikabläufe spielerisch aufbrechen. Sie schaffen eine menschliche Nähe und spüren sensibel, was der Patient in seiner Situation braucht. Sie schaffen es, der Macht des Todes oder der Krankheit für einen Moment den Schrecken zu nehmen. Und sie helfen den Patienten dabei, blockierte Gefühlszustände zu lösen oder nonverbal zu artikulieren. Das hat eine befreiende Wirkung und motiviert die Patienten an die Heilung zu glauben und die Therapie fortzusetzen.“

Für Ärzte und Pflegekräfte ist der Humor genauso wichtig, da ihnen der „hochgedrehte Klinikalltag“ kaum mehr Zeit zum Luftholen lässt. So klang in einigen Interviews an, dass sich Patienten nach ihrer Einlieferung ins Krankenhaus mehr um das Wohlbefinden der stressgeplagten Pflegenden sorgten als um ihre eigene angeknackste Gesundheit! Die Zuhörer der Pressekonferenz erhielten auch einen kleinen Nachhilfeunterricht bei der Unterscheidung von Witz und Humor. So hat, laut Dr. Hirschhausen, der Humor im Krankenhaus nichts mit Witzen zu tun. „Der Witz ist eine Distanzwaffe. Er zündet seine schnell verglühende Pointe auf Kosten anderer. Humor ist kein Schnellschuss, sondern eine humane Haltung. Humor schafft im Krankenhaus ein einbeziehendes, warmherziges, entkrampfendes und heilendes Klima.“

Die Studie gibt 11 Empfehlungen für das Krankenhaus der Zukunft. Sie reichen von der Etablierung von Seelenhygiene, frohen Farben, wertschätzendem Umgang miteinander bis hin zu mehr Entwicklungsräumen für Ärzte und Pflegekräfte. In der Klinik ist, so Dr. Hirschhausen, Seelenhygiene genauso wichtig wie die Einhaltung der Hygienevorschriften!

Die Vorstellung der Studie mit vielen konkreten Beispielen findet sich unter
www.rheingold-marktforschung.de

Kontakt
Stiftung HUMOR HILFT HEILEN gGmbH
Dolivostraße 9
64293 Darmstadt
buero@humorhilftheilen.de
www.humorhilftheilen.de

Eckart von Hirschhausen
Stiftungsgründer, Geschäftsführung
www.hirschhausen.com

Angehörigenfreundliche Intensivstation

Pflege e.V. zeichnete am 26. September 2013 die 150. Intensivstation als „Angehörigenfreundliche Intensivstation“ aus. Das Zertifikat erhielt die interdisziplinäre Intensivstation des Evangelischen Krankenhauses Witten.

Die Zuwendung vertrauter Menschen trägt wesentlich zum Genesungsprozess bei. Dies ist gerade bei schwerkranken Patienten besonders wichtig. Das Ev. Krankenhaus Witten beteiligte sich deshalb an der bundesweiten Initiative „Angehörige jederzeit willkommen“ des Vereins Pflege e.V.. Ziel des Projekts ist es, eine angehörigenfreundliche Intensivstation zu schaffen.

Für seine Bemühungen hat das Ev. Krankenhaus das Zertifikat „Angehörigenfreundliche Intensivstation“ erhalten. Prof. Angelika Zegelin vom Institut für Pflegewissenschaften der Universität Witten/Herdecke überreichte die Auszeichnung am 26. September 2013 an Dr. Thomas Meister, Chefarzt der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Pflegedienstleitung Ingeborg Drossel und das Team der Intensivstation. „Sie verstehen den Besuch von Angehörigen als Teil des therapeutischen Konzeptes, der entscheidend zur schnellen Genesung des Patienten beiträgt“, würdigt die Professorin den Ansatz des Ev. Krankenhauses.

„Wir betrachten Angehörige als Kooperationspartner der Pflegenden“, erklärt Pflegedienstleitung Ingeborg Drossel. „Sie spielen auch gerade dann eine besondere Rolle, wenn der Patient nicht ansprechbar ist und nicht in der Lage ist, selbst über seine Behandlung zu entscheiden.“ Deshalb ist die Einbeziehung von Angehörigen, Freunden und anderen vertrauten Menschen bei Patienten, die aufgrund ihres kritischen Gesundheitszustandes auf der Intensivstation behandelt werden, besonders wichtig.

Bereits seit einigen Jahren hat das Ev. Krankenhaus daher auch auf der Intensivstation individuelle Besuchszeiten eingeführt. „Damit haben wir sehr gute Erfahrungen gemacht“, betont Daniela Troost, pflegerische Leitung der Intensivstation. Mittlerweile weist ein großes Schild vor dem Eingang zur Intensivstation darauf hin, dass „Besucher jederzeit willkommen“ sind.

„Auch wenn wir manches tun können, um einen Patienten am Leben zu erhalten, müssen wir immer den ganzen Menschen im Blick haben“, sagt Chefarzt Dr. Thomas Meister. In kritischen Situationen sind deshalb – neben einer eventuell vorliegenden Patientenverfügung – Gespräche mit den Angehörigen für Ärzte und Pflegepersonal von entscheidender Bedeutung, wenn es darum geht, den mutmaßlichen Patientenwillen zu ermitteln und die Behandlung darauf abzustimmen.

Außerdem hat das Team ein Faltblatt mit Informationen für Patienten und Besucher zusammengestellt. Darin werden unter anderem die komplexen Abläufe auf der Intensivstation kurz erklärt und die Ziele der Behandlung erläutert. Es wird über notwendige Hygienemaßnahmen informiert. Dazu gehören insbesondere die Händedesinfektion sowie ggf. das Tragen eines Schutzkittels. Außerdem wird auf die Möglichkeit weiterer Unterstützung, z.B. durch einen Seelsorger, hingewiesen.

Foto: Jens-Martin Gorny / Diakonie Ruhr

Prof. Angelika Zegelin *vom Institut für Pflegewissenschaften der Universität Witten/Herdecke (3.v.r.) überreicht das Zertifikat „Angehörigenfreundliche Intensivstation“ an Stationsleitung* ***Daniela Troost*** *(4.v.l.), Pflegedienstleitung* ***Ingeborg Drossel*** *(2.v.r.) und Mitarbeiterinnen der Intensivstation im Ev. Krankenhaus Witten.*

Kontakt:
Ev. Krankenhaus Witten
Pferdebachstraße 27
58455 Witten
Tel.: 02302/175-0
www.evk-witten.de

Außerklinische Langzeitbeatmung

... seit 1982!

Als erstes Unternehmen in Deutschland haben wir 1982 damit begonnen, Langzeitbeatmungspflichtige Personen mit unterschiedlichen Grunderkrankungen und jeden Alters ganzheitlich zu betreuen und zu versorgen.

Unser Konzept, das neben der medizintechnischen Versorgung eine umfassende Betreuung der Patienten/Versicherten beinhaltet, wurde in Zusammenarbeit mit Fachkreisen verschiedener Fachkliniken entwickelt (z.B. Querschnitt, Anästhesie, Neurologie, Pädiatrie).

EN ISO 13485 EUROCAT

Unsere Leistungen:

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

Wir liefern:

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

BÖRGEL GmbH

Beatmungsmedizinische Dienstleistungen und Technik

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

Standort Bad Reichenhall der Kliniken Südostbayern AG

Die Innere Medizin II ist eine Fachabteilung an der Kreisklinik Bad Reichenhall im Verbund der Kliniken Südostbayern AG. Sie vertritt neben der allgemeinen Inneren Medizin die Schwerpunkte Pneumologie (= Lungen- und Bronchialheilkunde), Beatmungsmedizin, Schlafmedizin sowie Allergologie. Seit über 40 Jahren besitzt die pneumologische Abteilung einen überregionalen Ruf als Fachzentrum für lungenkranke Patienten. Seit 4 Jahren bildet sie die Akutklinik im Verbund des „LungenZentrum SüdOst“ (www.lungenzentrum-suedost.de). Die Abteilung wird seit dem Jahr 2002 durch Prof. Dr. med. Dr. med habil Rainer Willy Hauck geleitet.

Allgemeine Innere Medizin

Trotz der heute angestrebten Spezialisierung von Abteilungen auf einzelne Fachgebiete verbleibt eine Reihe von allgemein-internistischen Erkrankungen, die zur Behandlung kommen. Hierunter zählen z. B. Verschlechterungen des Allgemeinzustandes, unklares Fieber, unklarer Gewichtsverlust, abklärungsbedürftige unklare Schmerzzustände, abklärungs- und behandlungsbedürftige Infektionen. In unserer Abteilung finden sich hierfür Spezialisten mit den Fachgebieten Innere Medizin, Pneumologie, Allergologie, Kardiologie, Somnologie, Ernährungsmedizin, Notfallmedizin.

Die Lungen-Spezialstation 3B

Die pneumologische Schwerpunktstation bietet spezialisierte Versorgung auf hohem Niveau. Es können fachlich und technisch alle pneumologischen Krankheitsbilder qualifiziert versorgt werden. Die chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD), chronischer Husten, Asthma, Lungenentzündungen und alle Lungengefäß- und Lungengewebserkrankungen (z. B. pulmonale Hypertonie (PAH), Lungenembolie, Lungenfibrose, Sarkoidose, Lungenemphysem, Vaskulitis) werden mit neuesten Verfahren und leitliniengerecht behandelt. Daneben können alle Tumoren des Thoraxraumes abgeklärt werden. Im Anschluss daran wird jeder Patient in der interdisziplinären Tumorkonferenz unseres Zentrums vorgestellt. Vor dem Fachgremium, bestehend aus Pneumologen, Onkologen, Radiologen, Strahlentherapeuten, Chirurgen und Thoraxchirurgen und Gynäkologen wird dann die individuell auf den Patienten abgestimmte Therapie erarbeitet.

Für schwer lungenerkranke Patienten besteht eine besondere Kompetenz. Hier wird u.a. die Erfordernis der Einleitung einer Maskenbeatmung (CPAP-, BiPAP-Beatmung) geprüft und bei fortgeschrittener Erkrankung eine solche Behandlung eingeleitet und verordnet.

Als Zentrum für Sauerstofflangzeit-Therapie (= LOT) betreuen wir sehr viele Patienten mit Sauerstoffmangel. Wir können in unserem Lungenfunktionslabor die LOT überprüfen, neu einstellen und Austestungen zu Sparautomaten vornehmen. Ebenso kann die moderne High-flow Sauerstoff-Therapie erprobt werden.

Physikalische Medizin und Rehabilitation

Durch unsere physiotherapeutische Abteilung können wir physikalisch medizinische Verfahren zur Anwendung bringen, ebenso wie autogenes Training, Atemtherapie, Krankengymnastik und Inhalationen. Wir sind behilflich in der Vermittlung von anschließenden AHB- (= Anschlußheilbehandlung) und rehabilitativen Maßnahmen. Wir kümmern uns intensiv um die außerklinische weitere Versorgung unserer Patienten, wenn der Einsatz von technischen Hilfsmitteln (z.B. Sauerstoffversorgung, Rollator, Pflegebett, …) erforderlich wird.

KLINIKEN SÜDOSTBAYERN

Die Kreisklinik Bad Reichenhall ist ein Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München. Mit seinen 287 Betten ist sie ein Krankenhaus der Akutversorgung und steht unter der Trägerschaft der Kliniken Südostbayern AG.

Das Lungenfunktionslabor

Das Herzstück einer Lungenfachabteilung ist das Lungenfunktionslabor. Dort verfügen wir über modernste, computergesteuerte Geräte, mit denen wir Lungenerkrankungen feststellen können. Die Lungenfunktionsdiagnostik gibt eine Fülle wichtiger Messwerte, die es ermöglicht, die Diagnose zu finden und den Therapieerfolg kontrollieren zu können. Das Spektrum der Möglichkeiten reicht von der Messung der Atemvolumina über Bestimmung des Atemwegwiderstands bis hin zu Analysen der Ausatemluft, Belastungs- und Provokationsuntersuchungen, Messung der Atemmuskelkraft und vielem mehr.

Allergologische Diagnostik

Zur Abklärung allergischer Erkrankungen ist es möglich, Blut-, Haut- und Serumuntersuchungen durchzuführen sowie spezifische Tests der Nasen- als auch der Atemwege. Daneben wird, nach entsprechender Voruntersuchung, auch die Hyposensibilisierung gegenüber Wespen- und Bienengift angeboten.

Das Bronchoskopielabor

In unserem Bronchoskopielabor werden alle bioptischen diagnostischen Verfahren mit modernsten Geräten in flexibler und starrer Bronchoskopietechnik durchgeführt, z. B. mittels transbronchialem Ultraschall (= EBUS), CT- oder Bildwandler-gesteuert. Die Untersuchung wird meist unter Sedierung, aber auch unter Vollnarkose durchgeführt. Mittels bronchosko-

pischer Sekretabsaugung kann rasch eine Verbesserung von Luftnot, z.B. bei COPD-Patienten, erzielt werden. Daneben können auf diesem Weg auch Bronchialsekrete zur Untersuchung auf Bakterien, Viren, Pilze und bösartige Zellen gewonnen werden.
Zur Karzinomfrüherkennung wird die Autofluoreszenzbronchoskopie als auch die Niedrigdosis-CT eingesetzt.
Argon-Plasma-Koagulation (APC), Laser und Kryotherapie stehen zur Verfügung, um Tumoren abzutragen oder um tumorös verschlossene Atemwege wieder zu eröffnen. In die Atemwege können, ähnlich wie am Herzen, Stents eingesetzt werden, die auch längerfristig dafür sorgen, dass Verengungen durchgängig bleiben. Auch die neuesten Verfahren der bronchoskopischen Lungenvolumenreduktion werden erfolgreich bei geeigneten Patienten mit COPD und Lungenemphysem durchgeführt. Die Behandlung von immer wiederkehrenden Ergussbildungen im Rippenfellspalt oder auch dortige Verwachsungen können mittels Drainagen therapiert werden. Auch gibt es die Möglichkeit der Implantation von Verweilkathetern für die Versorgung zu Hause.

Schlafmedizin - Schlaflabor

Die pneumologische Abteilung verfügt über drei modern ausgestattete Schlaflaborplätze (Polysomnographie), die von der Deutschen Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM) zertifiziert sind. In dieser Abteilung besteht für Patienten mit obstruktiven, zentralen oder gemischtförmigen, schlafbezogenen Atmungsstörungen die Möglichkeit einer präzisen und qualifizierten Diagnostik. Die erzielten Ergebnisse werden umgehend in einen Therapieansatz umgewandelt, so dass im Bedarfsfall eine zeitnahe Behandlung erfolgen kann. Auch bestehen die Möglichkeiten der Pupillographie, mit der bei gefährdeten Patienten und Risikopersonen Schläfrigkeitstests durchgeführt werden können. Dies ist beispielsweise wichtig für die Sekundenschlafdiagnostik bei z. B. Zugführern.

Röntgenabteilung

In Kooperation mit unserer radiologischen Abteilung stehen modernste digitale Röntgendiagnostik, Computertomographen (CT) und Kernspintomographen (MR) zur Verfügung, die Bildgebung auf hohem Niveau mit niedriger Strahlenbelastung ermöglichen. Gleichfalls können hier CT-gesteuerte Punktionen durchgeführt werden.

Thoraxchirurgie

In unserer Klinik besteht eine enge Kooperation mit der Thoraxchirurgie unseres Hauses. So können alle Fälle, die einer thoraxchirurgischen Weiterbehandlung bedürfen, von dieser Fachabteilung direkt übernommen werden. Neben der klassischen Lungenoperation können dort Eingriffe mit einem speziellen Lungenlaser durchgeführt werden. Ebenso ist es auch häufig (ca. 50%) möglich, videoassistierte „Knopfloch"-Verfahren einzusetzen (= VATS, VATS-Lobektomie). Da sich die Thoraxchirurgie unter einem Dach mit der Pneumologie befindet, muss ein Patient für einen solchen Eingriff nicht in eine andere Klinik verlegt werden, was einen großen Vorteil darstellt, insbesondere für die Nachbehandlung.

Das Bronchoskopie-Team (oben) und das Team im Schlaflabor (unten)

Interdisziplinäre Intensivstation

Für die schwerstkranken Patienten ist eine interdisziplinäre Intensivstation vorhanden, in der wir mit großer Erfahrung lebensgefährdete Patienten versorgen. Eine besondere Expertise liegt für Patienten zur Entwöhnung von der Beatmung vor.

Privat Sprechstunde

Die Privatsprechstunde (Privatpatienten und Selbstzahler) von Prof. Dr. Hauck (Innere Medizin, Pneumologie, Kardiologie, Allergologie) findet täglich statt. Die Terminabsprache erfolgt bitte über das Sekretariat (**Frau Klinger, Tel. 08651 / 772–401**).

Wissenschaft und Qualität

Die Medizinische Abteilung II ist Studienzentrum in Projekten des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF). Sie ist zertifiziert durch das Institut für Qualitätskontrolle des Verbandes Pneumologischer Kliniken Deutschland und durch die Deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin (DGSM). Sie steht für die Pneumoniebehandlung unter der ständigen Kontrolle der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft für Qualitätssicherung in der stationären Versorgung (BAQ) und hat dabei in nahezu allen Punkten überdurchschnittliche Ergebnisse erzielt. Die Abteilung ist Koordinator des Lungenzentrums SüdOst und Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians Universität München (LMU) sowie der Paracelsus Universität Salzburg (PMU). Für die Technische Universität München (TUM) besteht ein Lehrauftrag.
Die Abteilung besitzt die volle Weiterbildungsermächtigung für Pneumologie, Allergologie sowie ein halbes Jahr Weiterbildungsermächtigung in Somnologie (OA Dr. Gropper). Des Weiteren besteht die volle Weiterbildungsermächtigung für Innere Medizin (zusammen mit Prof. Moshage und Dr. Weiland). Die Pneumologie ist durch Prof. Hauck vertreten im Bad Reichenhaller Forschungsinstitut für Lungen- und Atemwegserkrankungen (Forschungsleiter) sowie in der Sektion 7 (Leitung Sektion Klinische Pneumologie) der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP).

Langzeit EKG-Auswertung
Computer Tomographie
Ergospirometrie Messplatz
Bronchoskopielabor

Kontakt:
Prof. Dr. med. Dr. med habil
Rainer Willy Hauck Chefarzt
Lungenzentrum SüdOst
Kliniken Südostbayern AG
Riedelstr. 5
83435 Bad Reichenhall
F: 08651-772-401
e-mail: rw.hauck@bglmed.de
www.kliniken-sob.de

Prof. Dr. med. Dr. med habil Rainer Willy Hauck
Chefarzt Medizinische Abteilung II, Pneumologie, Allergologie und Allgemeine Innere Medizin

Leben ist Bewegung und Bewegung ist Leben

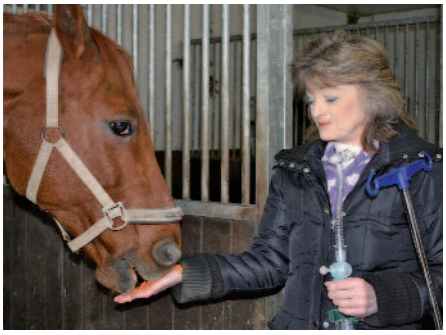
Wie Ergotherapie einen wertvollen Beitrag zur ambulanten Rehabilitation beatmeter COPD-Patienten leisten kann

Therapeutische Versorgung von beatmungsabhängigen Patienten in der Langzeitpflege ist ein wichtiger werdendes Thema. Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) belegen derzeit weltweit Rang vier der häufigsten Todesursachen - mit steigender Tendenz (Vogelmeyer et al., 2007). Nicht nur in der ambulanten Pflege, sondern auch für die therapeutische Versorgung stellen diese, oft maschinell beatmeten und tracheotomierten Menschen eine neue und besondere Herausforderung dar. Bei Patienten mit einer schwergradigen COPD sind physiotherapeutische Behandlungen, wie Atemtherapie und Übungen zur Steigerung der körperlichen Belastbarkeit, Standard. Auch Logopädie zur Schluck- und Sprechtherapie bei tracheotomierten und beatmeten COPD-Patienten wird häufig verordnet.
Warum aber kann und sollte auch die Ergotherapie einen sinnvollen und wichtigen Beitrag zur therapeutischen Versorgung beatmeter Patienten mit COPD leisten? Neuere Studien zeigen deutlich die Relevanz des Auftretens von Angst, Depression und Panikstörungen bei Menschen mit COPD, sowie ihren negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf (Maurer et al., 2007; Livermore et al., 2010). Eine Literaturanalyse zum Thema COPD und Psychopathologie von Steinkamp et al. (2005) ermittelte folgende Zahlen: Die Prävalenzrate von Depressionen bei Patienten mit COPD liegt bei über 40 Prozent, die Angaben zur Prävalenz von Angstsymptomen korrelierend mit COPD schwanken von zwei bis zu über 50 Prozent. Es ist dabei unklar, ob eine COPD zur Entstehung einer Depression beiträgt oder die Depression auf die Symptome der COPD verstärkend wirkt (Wilson, 2006).

Das ergotherapeutische Behandlungsspektrum umfasst u.a. die psychisch-funktionelle Behandlung von Angsstörungen und depressiven Episoden. Ergotherapeutische Zielsetzungen sind hier die Verbesserung des situationsgerechten Verhaltens, der sozioemotionalen Kompetenzen und Interaktionsfähigkeit. Weitere Ziele sind die Selbständigkeit in der Selbstversorgung und die Verbesserung der Belastungsfähigkeit und der Ausdauer. Immobilität durch Belastungs- bzw. Ruhedyspnoe und daran gekoppelte Ängste führen häufig zu sozialer Isolierung. Eine ganzheitliche ICF-orientierte, ergotherapeutische Versorgung von Menschen mit COPD im ambulanten Bereich stellt den Patienten und seine spezifische Umwelt in den Mittelpunkt. Sie fokussiert den Einfluss von Depressionen und Ängsten auf die Occupational Performance (Handlungskompetenz) und stellt die Lebensqualität in den Vordergrund.

Ansatzpunkte der ergotherapeutischen Interventionen

„Den Klienten dort abholen, wo er steht“ ist ein allgemein bekannter und gerade in der ergotherapeutischen Behandlung COPD-Erkrankter zentraler Leitgedanke. Ein ICF-orientiertes ergotherapeutisches Assessment erfasst die Ressourcen und Fähigkeiten des Patienten



Vertrauen gewinnen, vor allem in sich selbst, ist eine wichtige Voraussetzung eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft.

und seiner Umwelt. Auf Grundlage dieses Fähigkeitenprofils kann dann ein individueller Therapieplan erstellt werden. Nicht die Defizite des Patienten bestimmen die therapeutischen Inhalte, sondern die individuellen Stärken bilden die Basis einer auf Aktivität und Partizipation ausgerichteten Intervention.
In den ersten Therapieeinheiten ist es unabdingbar, eine vertrauensvolle Patienten-Therapeuten-Beziehung zu erarbeiten. Durch uneingeschränkte und wertschätzende Akzeptanz des Patienten, aber auch über fachliche Kompetenz in den Bereichen maschinelle Beatmung, Trachealkanülenmanagement und Physiologie der Atmung kann ein professionelles Vertrauensverhältnis zwischen Ergotherapeut und Patient wachsen.

Entspannungsverfahren als Coping-Strategie bei Dyspnoe

Bei sehr ängstlichen, depressiven Personen ist es angebracht, zu Beginn an der Introspektionsfähigkeit zu arbeiten. Das Erkennen der Art und Entstehung von Ängsten und deren Zusammenhang mit körperlichen Symptomen ist eine notwendige Grundvoraussetzung für den weiteren Behandlungsverlauf. Psychoedukation und der Einsatz von Stressbewältigungsstrategien, wie klassische Entspannungsverfahren und Atemtechniken, eignen sich hier als sinnvolle Verfahren.
Das Erlernen von Entspannungsverfahren, wie Autogenes Training, Fantasiereisen oder Progressiver Muskelrelaxation, und deren regelmäßige Anwendung, ist für alle depressiv-ängstlichen Patienten von zentraler Bedeutung. Die positiven Auswirkungen auf physiologische Parameter wie die Sauerstoffsättigung des Blutes (Louie, 2006) und auf Symptome der Atemnot, Schmerzen und psychische Angespanntheit (Cafarella et al., 2012) bei Patienten mit COPD, sind durch Studien belegt. Zudem zeigt sich in der täglichen Arbeit, dass der Einsatz dieser Stressbewältigungsstrategien einen wichtigen Beitrag leistet zum Aufbau einer vertrauensvollen und wertschätzenden Patienten-Therapeuten-Beziehung.
COPD-Patienten leiden oftmals unter Dyspnoe, einer subjektiv empfundenen Atemnot, welche sich mit objektiven Messmethoden nicht darstellen lässt, beim Patienten jedoch zu Angst, Unruhe und Stress führt. Häufig wird auf diese spezifischen, durch die Dyspnoe ausgelösten Ängste, mit bloßem Hinweisen auf „gute Werte“ in der Pulsoxymetrie reagiert; der Stress auslösenden Situation und emotionalen Befindlichkeit des Patienten wird nur inadäquat begegnet. Der Einsatz von Entspannungsverfahren zur Stressbewältigung bietet hier einen effektiven Weg bei Dyspnoe zu intervenieren. Der Patient fühlt sich in seinen Ängsten und Bedürfnissen ernst genommen und erhält gleichzeitig ein Hilfsmittel an die Hand, das nach Bedarf in Stresssituationen selbständig eingesetzt werden kann.

Aktivitäten des täglichen Lebens

Mit dem Training der Aktivitäten des täglichen Lebens kann dann begonnen werden, wenn der Patient genügend Vertrauen in den Therapeuten, vor allem aber in sich selbst aufgebaut hat und dazu bereit ist, sich in potentiell angst- und panikauslösende Situationen, also solche, die eine Dyspnoe auslösen können, zu begeben.
Zu Beginn sollten eher häusliche Aktivitäten gewählt werden, die in einem kleinen Bewegungsradius stattfinden und auch sitzend durchgeführt werden können. Bei Patienten mit COPD schweren Grades kann schon eine Tätigkeit wie Duschen zum Erreichen der körperlichen Belastungsgrenze führen.
In vielen Fällen besteht eine oft schon jahrelang andauernde Immobilität. Scham und Angst vor dem Auftreten in der Öffentlichkeit mit Respirator und Trachealkanüle hindern an der Ausübung alltäglicher Tätigkeiten wie Busfahren, Einkaufen oder Besuch von Freunden und Familie. Die dadurch entstandene soziale Isolation kann, sofern vom Patienten gewünscht, ebenfalls Inhalt der ergotherapeutischen Behandlungen werden. Ziele werden hier vor allem auf der Ebene der Partizipation formuliert, um eine Wiedereingliederung in die Gesellschaft zu unterstützen.
Alle therapeutischen Interventionen zielen auf die Verbesserung der Lebensqualität und Reduktion des Pflegebedarfs durch Förderung der selbständigen aktiven Teilhabe am täglichen Leben. Zudem können sie den Krankheitsverlauf positiv beeinflussen und damit die Zahl und Länge von Krankenhausaufenthalten und benötigten Medikamenten verringern.

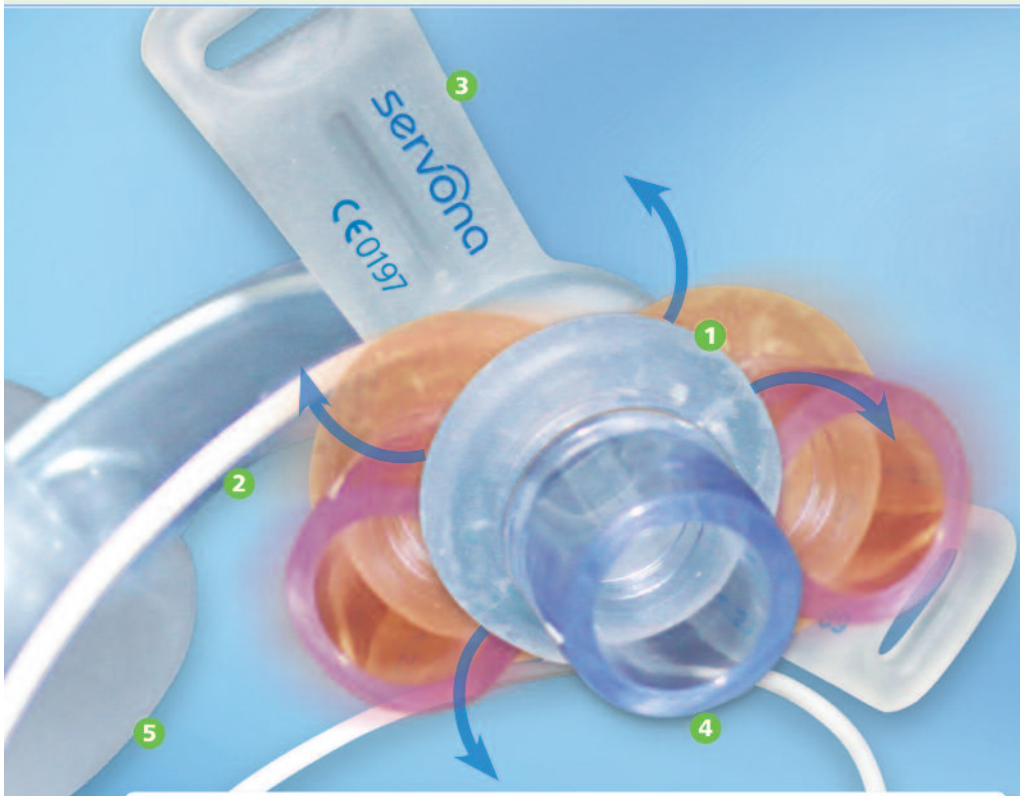
Ausblick

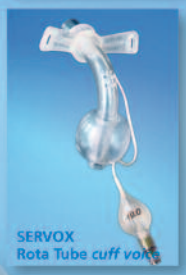
Wir hoffen, diese Veröffentlichung trägt dazu bei, die Versorgung von COPD-Patienten im ambulanten Bereich zu verbessern. Wir möchten gerade unsere therapeutischen Kolleginnen und Kollegen dazu ermutigen, sich dieses spannenden Arbeitsfeldes anzunehmen und die Ergotherapie als festen Bestandteil der ambulanten Rehabilitation bei Patienten mit COPD zu etablieren. Fortbildungen zum Einstieg in das Thema Beatmung bieten z.B. die Provider von Respiratoren, Trachealkanülen und Beatmungsmasken an. Spezifische Seminare rund um die Therapie bei Menschen mit COPD und/oder Beatmung wird von den Therapeuten der WAKO-Akademie Kerpen www.wako-akademie.de angeboten. *rk/je*

SERVOX Rota Tube

servona

Bewegungsfreiraum und Tragekomfort





1 Die Konstruktion
Die Konstruktion mit dem beweglichen Konnektor neutralisiert die Wirkung von Zug- und Scherkräften und damit die mechanischen Effekte bei Belastung, z. B. durch Gänsegurgeln oder künstliche Nasen.

2 Das Kanülenrohr
Das weiche, thermosensible Material passt sich den Gegebenheiten der Trachea an und vermindert die Gefahr der Entstehung von Druckstellen in der Trachea.

3 Das Kanülenschild
Das weiche und der Hals-Anatomie angepasste Kanülenschild vermindert Druckstellen in der Halsregion und garantiert einen besonderen **Tragekomfort.**

4 Der Normkonnektor
Passend für alle medizinischen Hilfsmittel mit **15 mm-Anschluss.**

5 Das Cuff – Niederdrucksystem
Die **SERVOX Rota Tube** Kanülen mit Cuff sind mit einem weichen, dünnwandigen **Niederdruck-Cuff** ausgestattet. Eine optimale Abdichtung, z. B. bei Beatmung oder Dysphagie, bei gleichzeitiger Reduktion der Gefahr von Druckstellenbildung in der Trachea, wird ermöglicht.

MRT-tauglich!
+
Röntgenkontrastgebend!

Servona GmbH
Biberweg 24-26 I 53842 Troisdorf

www.servona.de
service@servona.de

Zentraler Kundenservice
0 22 41.93 22-0

Podcast-Serie „Die Intensivrundschau“

Im Jahr 2012 startete Michael Dewes, Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege, seine spannende Podcast-Serie „Die Intensivrundschau“. Er ist seit 2003 auf der Intensivstation des Hôpital Kirchberg in Luxemburg tätig und studiert Pflegemanagement an der HFH Hamburg. Wir hatten Gelegenheit, mit dem stellv. Landesbeauftragten der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste e.V. (DGF) im Saarland ein Gespräch zu führen.

GD: Wie kamen Sie auf die Idee, einen Podcast zu produzieren?

Dewes: Da ich eine lange Anfahrt zu meiner Arbeitsstelle habe, höre ich viel Radio. Schon immer haben mich originelle Reportagen und Hörspiele fasziniert. Und dann hörte ich den iCritical Care Podcast der „Society of Critical Care Medicine. The Intensive Care Professionals“, der seit 2005 ausgestrahlt wird. Dies war wohl einer der ersten Podcasts dieser Art, in dem Dr. Richard Savel Wissenschaftler, Ärzte, Pflegekräfte, Psychologen und viele andere interviewte. Besonders imponierte mir sein wertschätzender Umgang mit seinen Gesprächspartnern und die liebevolle Gestaltung seines Podcasts. Es werden viele Themen angesprochen, die für die Tätigkeit auf einer Intensivstation wichtig sind. In Deutschland inspirierte mich der „Braincast“ von Arvid Leyh über die Hirnforschung. Der hat inzwischen über 100.000 Downloads pro Folge!

GD: Wie erstellt man einen Podcast?

Dewes: Es gibt einfache Smartphone-Lösungen, aber die sind mir zu wackelig. Ein Freund hat ein eigenes Studio, in dem ich arbeiten darf und beispielsweise die Klangqualität der Interviews verbessern kann.

GD: Sie sprechen wie ein Profi …

Dewes: Oh danke! Vor dem ersten Podcast habe ich einen Rhethorik-Kurs besucht und gelernt, welche Haltung man als Interviewer am besten einnimmt und wie man atmet. Ich hoffe, dass meine Zuhörer mitbekommen, dass ich aufrecht vor dem Mikrophon sitze oder stehe und nicht etwa auf dem Sofa liege, und dass es mir darum geht, selbst aus den Interviews etwas von meinen Interviewpartnern zu lernen.

GD: Wie viele Zuhörer haben Sie?

Dewes: Da Pflegekräfte in der Intensivversorgung technikaffin sind, haben sie den Podcast schon entdeckt, auch junge Leute natürlich. Ich schätze, dass die meisten Zuhörer im mittleren Alter sind. Inzwischen haben rund 200 Zuhörer meinen Podcast abonniert. Aber es sind sehr viel mehr Zuhörer, die ich erreiche. Mit einem eigenen Facebook-Auftritt hoffe ich, noch mehr Hörer gewinnen zu können.

GD: Welche Themen sind Ihnen wichtig?

Dewes: Das Delir beim Intensivpatienten beschäftigt mich sehr, denn die Folgen für den Patienten sind nach der Entlassung aus der Klinik oft verheerend. Sie leiden noch lange unter den physischen und psychischen Folgen. Dazu habe ich Experten wie etwa Professor Wesley Ely von der Vanderbilt University in Tennessee und den Bonner Intensivmediziner Dr. Ulf Günther interviewt. Weitere Themen sind berufspolitische Informationen sowie Rezensionen von Webseiten und Büchern, auch über den MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress habe ich ein Interview mit den beiden Kongresspräsidenten geführt. Denn wir müssen uns viel mehr vernetzen. Auch mit dem Ausland.

GD: Sind Sie frei in der Themenauswahl?

Dewes: Ja, weil ich keine Werbung mache, um mit dem Podcast Geld zu verdienen. Ich möchte etwas für die Menschen erreichen und Pflegekräfte mit Themen bekannt machen, von denen sie auf der Station noch nicht so viel gehört haben. Und ich möchte etwas für die Menschen nach dem Delir erreichen, denn ihre Probleme werden kaum gesehen. Auch die DGF nimmt auf meine Themenwahl keinen Einfluss. Dieser Podcast ist für mich mehr als ein Hobby, er ist ein basisdemokratisches Instrument, das zu nutzen jedem frei steht. Damit kann ich der Intensivpflege eine Stimme geben.

GD: Sie bringen sehr schöne Musik …

Dewes: Die Podcast-Gemeinde streitet sich seit langem mit der GEMA, die kein Modell für unsereins hat, die kein Geld verdienen wollen, aber gute Musikstücke brauchen.

GD: Werden Sie der Pflege treu bleiben, selbst wenn Sie mit dem Podcast immer erfolgreicher werden?

Dewes: Ich mache mir keine Sorgen über zu großen Erfolg mit dem Podcast. Mein Beruf ist für mich sehr wichtig. Natürlich möchte ich den Podcast fortführen. Außerdem wurde mir die Mitherausgeberschaft der Online-Zeitschrift der EDA The European Delirium Association angeboten, die regelmäßige Kongresse veranstaltet. Dies ist wiederum mit einem Podcast – in englischer Sprache – verbunden. Hierfür hoffe ich, gute Interviewpartner aus ganz Europa zu finden..

GD: Sie sprechen viele Fremdsprachen …

Dewes: Naja, zwei! Englisch und Französisch, Das ist sehr hilfreich, um sich in Europa als Pflegekraft zu vernetzen. Denn in weiten Teilen Europas steht die Pflege mit dem Rücken zur Wand.

GD: Wir wünschen Ihnen viel Erfolg!

Dewes: Ich danke Ihnen!

„Die Intensivrundschau“ kann unter www.intensivrundschau.podspot.de sowie über den iTunes Store und andere Podcast-Apps unter dem Suchwort „Die Intensivrundschau“ abonniert werden. Seit dem 1. Dezember 2013 unter www.facebook.com/Intensivrundschau

APPS – Die bundesweite Plattform für Kinderbeatmung

„APPs“ sind in aller Munde: Kaum ein Besitzer eines Handhelds und Tablets hat sich noch keine „App“ (= Softwareanwendung) installiert. Der Essener „APPS“ Kongress hat auch etwas mit Anwendungen zu tun, und zwar im Bereich der Kinderbeatmung.

PD. Dr. Uwe Mellies, der wissenschaftliche Leiter und Schöpfer des Symposiums vom Universitätsklinikum Essen, stellte klar: „Wir wollen mit dem APPS eine interdisziplinäre Plattform für Mediziner, Pflegende und Betroffene schaffen und die Möglichkeit zur engeren Vernetzung und zum direkten Austausch bieten. Dabei soll nicht allein medizinischen Ansätzen Rechnung getragen, sondern insbesondere auch pflegerischen und psychosozialen Aspekten Platz eingeräumt werden.“

Nach der äußerst positiven Resonanz auf das 1. APPS im April 2013 hat sich die Veranstaltung bereits als bundesweite Plattform in der häuslichen Kinderbeatmung etabliert und wird fortgeführt. Das 2. Symposium findet vom **07. - 08. Februar 2014** im Colosseum Theater in Essen statt.

Das Symposium wendet sich als Fachkongress an alle Berufsgruppen, die an der Betreuung von langzeitbeatmeten und tracheotomierten Patientinnen und Patienten beteiligt sind: Pflegekräfte und Ärzte in der ambulanten und stationären Versorgung, Therapeuten verschiedener Fachrichtungen, Palliativteams, Träger von Pflegeeinrichtungen, Kostenträger, Dienstleister und Anbieter von Medizintechnik. Mit dem 2. APPS werden auch gezielt Betroffene und pflegende Angehörige angesprochen. Themenschwerpunkte werden Obstruktion der oberen Atemwege, Husteninsuffizienz und Atemwegsinfektionen sein. Das 2. APPS wird deutlich mehr Workshops anbieten. Auch Betroffene und Angehörige und Selbsthilfegruppen werden Workshops mit eigenen Schwerpunkten gestalten.

Eine Industrieausstellung informiert über den aktuellen Stand der Medizintechnik, und am Abend besteht im Rahmen der APPS Party mit Live Musik die Möglichkeit zu Spaß, Tanz und Kennenlernen. Anmeldungen zum Symposium und zu den Workshops können direkt über die APPS Website www.apps-e.de vorgenommen werden.

Sie kümmern sich um Andere.
Er kümmert sich um Sie.

Der up!* für Pflegedienste.
Wer unterwegs ist, um zu helfen, stellt größte Ansprüche an sein Auto. Der neue up! 4-Türer erfüllt sie alle: mit dem größten Innenraum seiner Klasse, komfortablen Sitzen und höchsten Sicherheitsstandards. Und dank der sparsamen Motoren ist er auch an der Tankstelleeine echte Entlastung. **Weitere Informationen erhalten Sie bei uns oder unter www.volkswagen.de/grosskunden.**

* Kraftstoffverbrauch des up! in l/100 km: kombiniert 4,7–4,1, CO_2-Emissionen in g/km: kombiniert 108–95.

take up! 1.0 44 kW (60 PS), 5-Gang

Kraftstoffverbrauch, l/100 km innerorts 5,6/außerorts 3,9/kombiniert 4,5/CO_2-Emissionen, g/km: kombiniert 105.

Ausstattung: Reifen 165/70 R 14, Einstiegshilfe „Easy Entry“, 2 Kopfstützen hinten absenkbar, Airbag für Fahrer und Beifahrer mit Beifahrer-Airbag-Deaktivierung, Dreipunkt-Automatiksicherheitsgurte vorn und hinten, vorn mit Gurtstraffer, Elektronisches Stabilisierungsprogramm inkl. Berganfahrassistent, ABS mit Bremsassistent, ASR, EBV und MSR, Tagesfahrlichtschaltung, cool & sound Klimaanlage, Radio „RCD 215“ mit MP3-Wiedergabefunktion inkl. CD-Player u. v. m.

GeschäftsfahrzeugLeasingrate monatlich 98,00 €[1]

ohne Sonderzahlung inkl. Überführungs- und zzgl. Zulassungskosten (118,49 €)
Laufzeit: 36 Monate, Laufleistung pro Jahr: 15.000 km

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

Das Auto.

MAHAG
www.mahag.de

MAHAG Automobilhandel und Service GmbH & Co. oHG
Das Münchner Großkunden Leistungszentrum: Schleibingerstr. 12-16, 81669 München
Kostenlose Hotline 0800/8948002, info@mahag.de

Markt der Intensivpflege – an den Grenzen des freien Wettbewerbs

Die außerklinische Beatmungspflege hat sich in den letzten Jahrzehnten grundsätzlich verändert. Von der Pionierarbeit Einzelner hin zu einem in allen Bereichen strukturiertem Angebot von Experten für Betroffene.

Zu Beginn waren es wenige Pflegeanbieter, die sich mit der Problematik der häuslichen Versorgung von künstlich Langzeit-beatmeten Patienten beschäftigten. Die medizintechnischen Voraussetzungen waren schlecht. Es gab nur wenige Beatmungsmaschinen, die für den häuslichen Einsatz verwendet werden konnten. Die Kostenträger waren auf die Finanzierung der ambulanten 24-Stunden Intensivpflege nicht eingestellt. Jeder Fall musste aufwändig geprüft werden. Nur wenige Pflegedienste stellten sich der Herausforderung einer 24-Stundenpflege. Es existierten keine Standards sowie keine Erfahrung mit den Abläufen im häuslichen Umfeld und keine dafür qualifizierten Mitarbeiter. Die Sozialberatungen der Krankenhäuser sammelten erst nach und nach Erfahrung im Überleitungsmanagement von invasiv beatmeten Patienten in die ambulante Versorgung. Einige Pflegedienste beschäftigten sich ausführlicher mit der Betreuung von Patienten mit einem Heimbeatmungsgerät. Über die Jahre entstand ein Versorgungsnetzwerk aus Kostenträgern, Sozialdiensten, Pflegediensten, Medizinproduktefirmen und anderen Zulieferern. So etablierten sich im Laufe der Jahre einige große und mittelgroße Pflegedienste in Deutschland, die viel Zeit in ihr Qualitätsmanagement investierten. Es wurden umfangreiche Erfahrungen in der Gesamtorganisation der umfassenden Versorgung von Kunden mit künstlicher Beatmung gesammelt und ausgewertet.

Leider ist in den letzten Jahren ein Trend festzustellen, dass es immer mehr neue Pflegedienste gibt, die „auf den Zug der außerklinischen Beatmungspflege“ aufspringen wollen. Hier geht es vielen darum, ein gutes Geschäft zu machen und mit den jeweiligen Patienten einen hohen Gewinn zu erzielen. In Bochum gibt es beispielsweise einen renommierten Pflegedienst, der neben seinen sieben Fachbereichen auch seit 11 Jahren in der Kinder- und seit 12 Jahren in der Erwachsenenintensivpflege tätig ist. Hier arbeiten über 750 Mitarbeiter, von denen ein Drittel im Heimbeatmungsbereich eingesetzt wird.

Zum wiederholten Male hat sich hier im letzten Jahr ein Mitarbeiter, eine Pflegedienstleitung, selbständig gemacht und seinen eigenen Intensivpflegedienst in Bochum gegründet. Er nahm dafür Kunden und Mitarbeiter seines alten Arbeitgebers mit in seine neue Firma. Im Jahr 2013 sind zudem beide Pflegedienstleitungen der Kinderintensivabteilung des grossen Pflegedienstes zu dem neuen Anbieter gewechselt sowie Zweidrittel der Kunden und 35 Kinderkrankenschwestern. Aus ihrem neuen Beschäftigungsverhältnis heraus haben diese ehemaligen Mitarbeiter versucht, weitere Kolleginnen ihres vorherigen Arbeitgebers abzuwerben. Hier wurden auch Verwaltungsangestellte der alten Firma aufgefordert, firmeninterne Materialien herauszugeben, die unerlaubt benutzt werden sollten.

Das Problem dieser neu gegründeten Pflegedienste ist, dass sich hier Mitarbeiter und Patienten in die Hände eines nicht erfahrenen Anbieters von Intensivpflege begeben, denen die entsprechende Erfahrung und die Qualität in der Beatmungspflege fehlt, um eine sichere Pflege zu gewährleisten. Arbeitsausfälle, verursacht durch Krankheit der Mitarbeiter, lassen sich bei kleinen Pflegediensten sehr schlecht kompensieren, und dem Kunden können eventuell keine Pflegeteams mehr zur Verfügung stehen. Kleinere Anbieter bieten ihren Mitarbeitern aus finanziellen Gründen weniger Fortbildungsmöglichkeiten an, die gerade in der Intensivpflege regelmäßig durchgeführt werden müssen, um auf dem aktuellsten Stand zu bleiben. Es gibt bei kleineren Anbietern auch keinen Betriebsrat, der die Interessen der Mitarbeiter vertritt.

Wichtig für den Kunden ist, dass er die Qualität in der Beatmungspflege, die ihm zusteht und durch einen großen Anbieter von Beatmungspflege gewährleistet ist, nutzen kann, und das Pflegeangebot auf ihn abgestimmt wird. Ein großer Pflegedienst, der den Wünschen des Kunden nachkommt und seine Pflegeteams beispielsweise individuell darauf abstimmt, bietet dem Kunden die Pflege und Sicherheit, die er benötigt und die ihn in seinem Genesungs- und Betreuungsprozess unterstützt und fördert. Es ist zu befürchten, dass unter diesem Trend einer solchen Trittbrettfahrermentalität von neu gegründeten “Intensivpflegediensten“ die über die Jahre geschaffene hohe Versorgungsqualität in der Heimbeatmung leidet. *sk*

Handeln nach den Prinzipien Anstand, Ehrlichkeit, Verlässlichkeit und Verantwortlichkeit und die Verpflichtung zu Fairness gegenüber den Mitarbeitern, sind Bestandteil der Selbstverpflichtung auf www.maik-online.org. Wozu sich Arbeitgeber verpflichten, sollte umgekehrt auch Maßstab für die Mitarbeiter sein!

Zum Umfang des Anspruchs auf Hilfe zur Pflege gegenüber dem Sozialhilfeträger

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 28. Februar 2013 (Az.: B 8 SO 1/12 R) entschieden, dass vom Anspruch auf Hilfe zur Pflege gegenüber dem Sozialhilfeträger, neben den Personalkosten, auch erforderliche Sachkosten umfasst sein können, die aufgrund der Mitbenutzung der Wohnung durch Pflegepersonen entstehen.

Streitig war die Übernahme der Kosten für die Wohnungsnutzung (ein Assistenzzimmer und Nebenkosten) für Pflegepersonen, die der Kläger, der der Pflegestufe III zugeordnet und der seit 1992 Sozialhilfepflegeleistungen im sog. Arbeitgebermodell (Beschäftigung von Pflegepersonen als Arbeitgeber) erhält, beanspruchen kann. In der Wohnung wurde er rund um die Uhr durch von ihm angelernte und beschäftigte Assistenzkräfte betreut, die jeweils in 24-stündigen Schichten tätig waren. Für deren Aufenthalt in Ruhepausen und bei Arbeitsunterbrechungen war in der Wohnung ein separater Raum (Größe ca. 16 qm) eingerichtet und mit dem notwendigen Mobiliar ausgestattet.

Sowohl das Sozialgericht Köln als auch das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen entschieden, dass die Kosten für das Assistenzzimmer und die Wohnungsnutzung angemessene Kosten iSd. § 65 Abs. 1, Satz 2 SGB XII, also Kosten im Rahmen der Hilfe zur Pflege darstellen. Denn die Pflege des Klägers könne sinnvollerweise nur im Rahmen einer 24-Stunden-Betreuung sichergestellt werden, weil eine ständige Rufbereitschaft auch in den Nachtstunden unabdingbar sei. Ein permanentes Verbleiben der jeweiligen Pflegekraft in der Küche oder im Zimmer des Klägers sei für beide unzumutbar. Bei den Kosten der Wohnungsnutzung handele es sich nicht um bloße Kosten der Unterkunft, weil maßgeblich für die Entstehung der Kosten die Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Pflege sei.

Vor dem BSG rügte der beklagte Sozialhilfeträger die Verletzung des § 65 Abs. 1, Satz 2 SGB XII. Kosten, die einem behinderten Menschen für seine Wohnung durch den Einsatz von Pflegekräften entstünden, seien von der Vorschrift nicht erfasst, sondern vielmehr als Kosten der Unterkunft anzusehen. Darüber hinaus hätte der Kläger statt eines 24-stündigen Einsatzes kürzere Schichten vereinbaren können, um das Vorhalten eines Rückzugsraumes für die Assistenzkräfte entbehrlich zu machen.

Das BSG bestätigte den Anspruch auf Übernahme der Kosten der Wohnungsnutzung für die Assistenzkräfte. Bei den Kosten für die Wohnungsnutzung handele es sich um eine Leistung der Hilfe zur Pflege, und nicht um Eingliederungshilfe und auch nicht um Hilfe zum Lebensunterhalt. Diese seien nämlich untrennbar (nur) mit der Sicherstellung der häuslichen Pflege des Klägers verbunden; das Assistenzzimmer wird allein zu diesem Zweck vorgehalten. Es soll damit - gleichermaßen wie mit der Beschäftigung der Assistenzkräfte selbst – auch weder die Integration des Klägers in die Gesellschaft gefördert werden, worauf Leistungen der Eingliederungshilfe nach § 53 Abs. 3 SGB XII jedoch vorrangig hinzuwirken haben, noch ist es das Ziel der Wohnungsnutzung, den Assistenzkräften einen geschützten räumlichen Lebensmittelpunkt zu gewährleisten. Auch der Kläger selbst hält das Zimmer nur als Rückzugsraum für seine Assistenzkräfte bereit. Dass das Assistenzzimmer räumlich Bestandteil der vom Kläger angemieteten Wohnung ist, widerspricht dem nicht.

Diese Form der Privilegierung der Beschäftigung von Pflegekräften in der Sozialhilfe ist nach Ansicht des BSG auch – in bewusster Abgrenzung zum Leistungskatalog des SGB XI (konkret § 36 SGB XI) – notwendig und gerechtfertigt. Denn die Regelung des § 36 Abs. 1, Satz 3 und 4 SGB XI bestimme, dass Pflegesachleistungen nur durch solche Pflegekräfte erbracht und damit von der Pflegekasse vergütet werden, mit denen die Pflegekasse einen Vertrag geschlossen hat. Will der Pflegebedürftige mit von ihm selbst gewählten Pflegekräften einen Vertrag schließen, ist er von Pflegesachleistungen nach dem SGB XI ausgeschlossen und kann an deren Stelle nur Pflegegeld nach § 37 SGB XI in Anspruch nehmen. Mit der in § 66 Abs. 4, Satz 2 SGB XII (mittelbar) zum Ausdruck gebrachten sozialhilferechtlichen Privilegierung des Arbeitgebermodells sollte demgegenüber über das SGB XI hinaus, unter bestimmten Voraussetzungen, die Fortführung dieses Modells erlaubt bleiben. Die Beschäftigung von Assistenzkräften ermöglicht es so auch dem Bedürftigen, seine Pflege so zu gestalten, dass ein möglichst selbstbestimmtes Leben geführt werden kann. Nach Ansicht des BSG seien die angestellten Assistenzkräfte schließlich als „besondere“ Pflegekräfte iSd. § 65 Abs. 1, Satz 2 SGB XII zu qualifizieren. Denn infolge des beim Kläger rund um die Uhr bestehenden Pflegebedarfs konnte die Sicherstellung seiner Pflege durch Nahestehende oder im Wege der Nachbarschaftshilfe nicht erwartet und gefordert werden. Besondere förmliche Qualifikationsanforderungen seien zumindest im Arbeitgebermodell wegen der mit der Arbeitgeberstellung des zu Pflegenden verbundenen Gestaltungshoheit und der vom Gesetzgeber gewollten Privilegierung nicht zu stellen, so dass es unerheblich ist, dass die vom Kläger beschäftigten Pflegekräfte nicht über eine besondere Ausbildung im pflegerischen Bereich verfügen. Es genüge, dass sie von ihm angelernt und in ihre Arbeit eingewiesen worden sind. Es könne deshalb gleichfalls dahinstehen, welche Qualifikationsanforderungen im SGB XI an Sachleistungen erbringende "geeignete" Pflegekräfte (§ 36 Abs. 1 SGB XI) zu richten sind.

*Rechtsanwältin **Anja Hoffmann,** LL.M.Eur., Landesbeauftragte bpa, Landesgeschäftsstelle Berlin-Brandenburg*

Neuer Onlinekurs für Nichtbehinderte: Inklusiv Leben lernen

"Das Wort Inklusion und die UN-Behindertenrechtskonvention sind in aller Munde. Neben behinderten Menschen selbst beschäftigen sich viele Angehörige, Freunde von behinderten Menschen und Menschen, die beruflich oder in Vereinen mit behinderten Menschen zu tun haben, mit diesem Thema. Hier gibt es viel Engagement, aber auch viel Unsicherheit", erklärt Barbara Vieweg, die Leiterin der bifos-Online-Akademie. Deshalb bietet das Institut nun einen Kurs speziell für nichtbehinderte Menschen an, die sich mit Inklusion und dem Ziel des selbstbestimmten Lebens behinderter Menschen intensiver auseinander setzen und lernen wollen, wie dies erreicht und im Sinne behinderter Menschen unterstützt werden kann. "Um das große Ziel der Inklusion erreichen zu können, brauchen wir eine gesellschaftliche Bewegung, die weit über das Thema Behinderung hinausgeht und eine entsprechende Sensibilität für die Bedürfnisse anderer Menschen erfordert", so Barbara Vieweg.

Das komplette Programm des **bifos e.V.** mit insgesamt 15 Kursen unter www.bifos-ok.de

Kontakt: **bifos e.V.**
Samuel-Beckett-Anlage 6, 34119 Kassel
E-Mail: s.asli@bifos.de

Telemedizin in der Heimbeatmung Bedeutung und Fallbeispiel

Immer knapper werdenden personellen Ressourcen im pflegerischen Bereich und einer eher dünnen ärztlichen, gerade auch fachärztlichen Versorgung im ländlichen Bereich ist es geschuldet, dass wir uns als Gesellschaft zunehmend Gedanken um die optimale Versorgungsstruktur technologieabhängiger Menschen machen müssen. In bestimmten Einsatzszenarien könnte Telemedizin helfen, zumindest die dringend notwendige Kooperation aller beteiligten Akteure zu optimieren und dabei eine Win-Win-Situation, nicht nur für den Klienten und den Pflegedienst, herzustellen.

Kleine Schritte …

Oft sind es ja nicht die ganz großen Schritte, die Dinge verändern – manchmal reichen auch kleine Schritte, um über eigenes Tun und Handeln nachzudenken und neue Methoden und Möglichkeiten zu entwickeln. In der Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege Nordbayern e.V. wurde das Thema Telemedizin und dessen Einsatzmöglichkeiten häufiger diskutiert. Dies ist sicher der Tatsache geschuldet, dass mit dem Thoraxzentrum Münnerstadt und dem Zentrum für Telemedizin, regionale, technisch aufgeschlossene Institutionen vorhanden sind. Die Problemstellung aus Sicht des Klienten wurde bei vielen Pflegediensten in unserer ländlichen Region einheitlich beschrieben: Hausärzte sind mit der Versorgung technologieabhängiger, beatmeter Menschen oft überfordert. Den schnellen technologischen Fortschritt intensivmedizinischer Versorgung zu verfolgen ist nun mal auch nicht deren primäres Aufgabengebiet. Daher ist es wenig verwunderlich, dass fachspezifische Anforderungen wie zum Beispiel die Optimierung der Beatmungssituation häufig der Beurteilung des Pflegepersonals überlassen werden und dann auch deren Empfehlungen gefolgt wird. Aber ist das wirklich die beste Methode, wenn man doch die fachärztliche Praxis oder Klinik in der Nähe hat und lediglich daran scheitert, dieses Fachwissen zum Klienten zu transportieren?

Ursprünglich verfolgten wir das Ziel, den Facharzt persönlich zum Klienten zu bringen. Unserer Erfahrung nach sind niedergelassene Fachärzte eher weniger geneigt, Hausbesuche bei weiten Anfahrten auf sich zu nehmen, weshalb wir versuchten, die regionale Fachklinik einzubeziehen. Leider verliefen alle Bemühungen des Thoraxzentrums Münnerstadt, eine haftungsrechtlich und finanzierungstechnisch sichere Grundlage zu schaffen im Sande – wir mussten erkennen, dass eine derartige Versorgung im deutschen Gesundheitssystem einfach nicht vorgesehen ist. Um den nicht refinanzierbaren Aufwand für die Beteiligten im Rahmen zu halten, entstand die Idee, das Fachwissen der Klinik zumindest für Wohngemeinschaften in Form von Televisiten zu nutzen.

Erste Schritte ...

Um erste Erfahrungen sammeln zu können, stellte uns die Firma Meytec ihren bereits etablierten TELEDOC zur Verfügung. Betreut wurde der Versuch durch das Zentrum für Telemedizin, welches bereits über große Erfahrung durch bundesweit bekannte Projekte wie CardioAngel und StrokeAngel verfügt. Der TELEDOC repräsentierte das Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken, vertreten durch zwei vorab festgelegte Fachärzte.

Nun galt es, Klienten, Hausärzte und Pflegekräfte für erste Erfahrungen zu überzeugen, klar zu machen, dass sie kein zusätzliches Risiko eingehen würden, sondern idealerweise von einer optimierten Versorgung durch verbesserte Kooperation profitieren würden. Neben Rahmenbedingungen wie Einverständniserklärung, Datenschutzprüfung, technische Anbindung usw. wurde ein Konzept zum Ablauf einer Televisite und ein Feedbackbogen erarbeitet. Die Auswahl der Klienten folgte den Ansprüchen, ein bisher handhabbares Problem zu haben, um dieses ggf. durch Beurteilung und Einflussnahme eines Facharztes derart zu optimieren, dass der Klient ohne Klinikaufenthalt von den Maßnahmen profitieren würde.

Klient 1 befindet sich gerade im Training für eine Sprechkanüle. Obwohl eine Dysphagie im Vorfeld ausgeschlossen werden konnte, kam es bei Entblockung der Kanüle gelegentlich und in unregelmässigen Abständen zu Aspiration und Atemnot.

Klient 2 leidet unter paratrachealer Hypersekretion, was zu starken Verkrustungen im Tracheostomabereich und häufigen Trachealkanülenwechseln führte.

Die Televisite …

Bei Klient 1 wurde während der ersten Televisiten der Ablauf des Trainings unter Aufsicht einer Fachpflegekraft und des Hausarztes durch den TELEDOC beobachtet und jede noch so kleine Maßnahme des Vorgehens abgestimmt. Nach mehreren begleiteten Versuchen war die Empfehlung des Facharztes eindeutig: Es sollte zur Optimierung der Verhältnisse des Tracheostomas und der Trachealkanüle ein chirurgisches Tracheostoma angelegt werden.

Bei Klient 2 wurden die Wundverhältnisse beobachtet, die Problematik mit dem Klienten und dem Hausarzt abgesprochen und schließlich als Empfehlung ebenfalls die Anlage eines chirurgischen Tracheostomas mit Verwendung einer speziellen Trachealkanüle empfohlen.

Was sich hier sehr einfach, ja beinahe banal anhört, hat jedoch große Wirkung bei den Klienten hinterlassen. Alleine die routinemäßige Vorbereitung der Visiten, das Ernst- und Wahrgenommen werden sorgten dafür, dass eine Erwartungshaltung gegenüber dem

TELEDOC aufgebaut wurde – die Klienten freuten sich schon auf die Televisiten und waren regelrecht enttäuscht, sollten diese verschoben werden oder nicht stattfinden. Ohne es psychologisch untersucht zu haben, bleibt die Vermutung, dass alleine die Konzentration und die aufgewendete Zeit der Ärzte ein positives Gefühl bei den Klienten hinterließen. Sie wurden wahrgenommen und standen im Zentrum, auch wenn der Kontakt nur über Video bestand.

Auswirkungen …

Bei Klient 1 wurde ein Teilproblem seiner Versorgung gelöst, andere Probleme überwiegen aber derzeit, so dass es schwer beurteilbar ist, ob nur durch die Facharztvisite eine Verbesserung seiner Lebensqualität erreicht werden konnte.

Bei Klient 2 führte die Televisite mit daraus resultierendem chirurgischem Tracheostoma und neuer Trachealkanüle zur Lösung seiner Probleme. Dass die Televisite mit klarer Empfehlung des Facharztes eindeutig dazu beitrug, ist mehr als naheliegend.

Damit lassen sich folgende Vorteile für den Klienten beschreiben. Eine Televisite kann bei bestimmten Fragestellungen sehr wohl zur schnellen Lösung fachspezifischer Probleme beitragen. Dabei ist der Aufwand einer Televisite relativ gering und der aufwändige Transport zum Facharzt kann entfallen. In Summe trägt dies zu einer optimierten Versorgung mit geringerem Aufwand und damit höherer Lebensqualität bei. Die Fachklinik kann von einer telemedizinischen Nachversorgung profitieren, da sich weniger wahrscheinlich ein „Drehtüreffekt“ einstellt, bei dem Klienten durch mangelnde Nachversorgung und -beobachtung immer wieder in die Klinik eingewiesen werden.

Bleibt als weiterer Profiteur der Leistungsträger. Es ist durch oben angesprochene Effekte der eingesparten Transporte, einem ausbleibenden Drehtüreffekt, geringeren Notfall-/Notarzteinsätzen zu erwarten, dass bisher aufgewendete Kosten bei höherer Zufriedenheit der Versicherten reduziert werden.

Für den Pflegedienst ergeben sich ebenfalls Vorteile. Es gibt einen fachspezifischen Ansprechpartner, der schnell verfügbar ist und in bestimmten Szenarien sehr schnell Empfehlungen aussprechen kann. Kann man dadurch kritische Situationen eines Klienten im Vorfeld und damit Klinikaufenthalte vermeiden, ergibt sich auch eine höhere Planungssicherheit. Es steigt auch die medizinische Versorgungsqualität im pflegerischen Einflussbereich.

Optimierungsmöglichkeiten …

Es ist denkbar, die Möglichkeiten einer Televisite dadurch zu optimieren, dass eine Verlaufskontrolle der Visite mittels elektronischer Dokumentation erfolgt. Auch die Übertragung wichtiger Parameter wie die Einstellung der Beatmungsmaschine, die aufgelaufenen Werte eines Pulsoxy, der Kapnometrie etc. sollten vom Gerät direkt übertragen werden. Dies würde auch eine verbesserte Beurteilung des Trends ermöglichen. Eine weitere, derzeit eher exotisch erscheinende Möglichkeit, könnte der Einsatz eines elektronischen Stethoskops sein.

Fazit …

Sicher kann Telemedizin – hier Televisiten - nicht als Allheilmittel für technologieabhängige, beatmete Menschen betrachtet werden. Es zeigt sich jedoch, dass es durchaus Möglichkeiten gibt, die Versorgung dieses Klientels mittels Televisiten zu optimieren, ohne dass dies mit unverhältnismäßigem Aufwand einher gehen muss. Etwas provokant ausgedrückt, sollten wir uns als Gesellschaft fragen, warum wir nicht längst etwas mehr Mut aufbringen, den technischen Fortschritt gerade in solch spezifischen Szenarien zuzulassen oder zumindest in Erwägung zu ziehen. Aus Sicht des Hausarztes lässt sich beschreiben, dass die fachspezifische Unterstützung eine Entlastung und eine höhere Sicherheit bei nicht alltäglichen Fragestellungen ermöglicht.

Was leider zur weiteren Fragestellung führt, warum es bisher nicht gelingt, diese Leistungen, die - wie so häufig - vom guten Willen der Beteiligten abhängen und von hohem persönlichem Engagement geprägt sind, nicht auch vergütet werden. *dw*

Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege Nordbayern e.V.
www.intensivpflege-nordbayern.de

Am **2. April 2014** findet im Thoraxzentrum Münnerstadt der 4. Intensivpflegetag Nordbayern statt. Die zunehmende Bedeutung der Telemedizin wird auch dort Thema sein. Hierzu referieren Hr. Prof. Kullmann (Fachhochschule Schweinfurt/Würzburg) und Hr. Dresbach (Zentrum für Telemedizin Bad Kissingen). Informationen und Anmeldung unter www.intensivpflege-nordbayern.de

Für Fragen und Anregungen zum Thema „Telemedizin in der Intensivpflege“:

Dieter Weber
2. Vorsitzender
Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege Nordbayern e.V.
97688 Bad Kissingen
www.intensivpflege-nordbayern.de

Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
97688 Bad Kissingen
www.heimbeatmung.com

Wenoba Heimbeatmungsservice GmbH
97294 Unterpleichfeld
www.wenoba.de

Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken
97702 Münnerstadt
www.tzbu.de

Zentrum für Telemedizin Bad Kissingen e.V.
97688 Bad Kissingen
www.ztm-badkissingen.de

MEYTEC GmbH Informationssysteme
16356 Werneuchen
www.meytec.com

Geh Wege, die noch niemand ging, damit du Spuren hinterlässt und nicht nur Staub!

Roland Walter ist spastisch gelähmt. Er tanzt und gestaltet Bilder für Ausstellungen, obwohl er, wie er über sich sagt „eigentlich ein armer Behinderter ist, der ständig auf fremde Hilfe angewiesen ist“.

Mit seiner Kunst möchte Roland Walter Mut machen, zu dem zu stehen, wer wir sind. „Wir brauchen uns nicht hinter Fassaden zu verstecken“, sagt er. „Und wir dürfen uns über das Leben freuen. Ich möchte den Leuten zeigen, dass die Schöpfung so schön ist.“

Umgang mit meiner Behinderung

Richtig bewusst wurde mir meine Behinderung so mit 11 oder 12 Jahren. Ich war damals nicht traurig über meinen Körper, dass er bestimmte Funktionen nicht beherrscht. Was mich vielmehr belastet – damals wie heute – ist die Tatsache, annehmen zu müssen, dass ich ständig auf fremde Hilfe angewiesen bin. Es gibt Zeiten, da kann ich damit gut umgehen. Aber es gibt pro Jahr mehrere Wochen, wo mir das zu schaffen macht. Das führt soweit, dass ich in dieser Zeit mutlos bin und Gott anklage, warum ER mich behindert gemacht hat.

Damals wünschte ich mir ein Gerät, mit dem ich mich selbst fortbewegen kann. Es war bzw. ist die Sehnsucht nach Freiheit. Auch daran hat sich bis heute nichts geändert. Damals war es mein Dreifahrrad, heute ist es mein Elektrorollstuhl und das Artikulieren per E-mail.

Welche Barrieren mich am meisten stören:

Aufgrund meiner schweren Sprachstörung fühle ich mich oft aufs Abstellgleis geschoben. Aus Unwissenheit hält man mich für einen geistig Behinderten oder auch für einen Besoffenen. Die Menschen geben sich kaum Mühe, mich zu verstehen. Das belastet mich immer wieder. Früher habe ich mich aufgeregt. Heute kann ich oft gelassen sagen: „Vater, vergib ihnen, denn sie wissen nicht, was sie tun.“ Früher habe ich oft gebetet: „Lieber Gott, dass ich schwerbehindert bin, damit habe ich mich abgefunden. Aber dass ich auch noch eine schwere Sprachstörung habe, ist nicht schön. Du hast mich doch lieb, schenke mir wenigstens eine deutliche Aussprache.“ Gott hat meine Gebete erhört und geantwortet, aber anders, als ich es erwartet habe. Gott schenkte mir keine deutliche Aussprache, sondern ein Buch, dort stand: „Gott gebraucht Sprachbehinderte als Gehhilfe für unser Gehör“. Kaum einer glaubt, dass Gott mich trotz starker Behinderung mit so vielen Gaben ausgestattet hat. Dabei bin ich ein guter Seelsorger und Berater für Teenager und junge Erwachsene. Ich kann predigen und Menschen mit meiner Performance erfreuen.

Ein langer Weg

Nach 11 Jahren Schulinternat wollte ich 5 Jahre bei meinen Eltern leben und dann meinen eigenen Weg gehen. Leider sind aus den 5 Jahren 18 Jahre geworden, weil ich keine geeignete Unterkunft für mich gefunden habe. Für Altenheime war ich zu jung, für Einrichtungen für Geistigbehinderte zu intelligent und für die Sozialstation bzw. betreutes Wohnen zu behindert. Nach über 500 Absagen auf Bewerbungen erfuhr ich von einem Assistenzmodell in Berlin. Tja, so lebe ich seit September 2001 in Berlin in einer eigenen Wohnung mit

Fotograf: ***Benny Ulmer***

täglich 20 Stunden Assistenz. Die Assistenten assistieren bei der Körperreinigung, im Haushalt und bei der Begleitung zu kulturellen Unternehmungen. Aber ich als Assistenznehmer entscheide selbständig und gebe die Anweisungen an die Assistenten. Das bedeutet, ich als Assistenznehmer muss selbständig planen, was es morgen zu Mittag gibt, muss sagen, wann ich was sauber gemacht haben möchte etc. Mit anderen Worten, die Assistenten sind nicht mein Kopf zum Denken, sondern nur meine verlängerten Arme und Beine. Natürlich kennen meine Assistenten im Laufe der Zeit meine Gewohnheiten, so dass ich nicht immer alles zu erklären brauche. Trotzdem muss ich selbst dafür sorgen, dass regelmäßig das Bett abgezogen wird etc.

Ich hatte eine Vision

Menschen mit Behinderungen erwarten von Leuten ohne Behinderungen, dass sie Verständnis haben. Aber wie sollen sie das lernen, wenn sie sich nicht begegnen? Andererseits müssen Menschen mit Behinderungen lernen, dass auch sogenannte Nichtbehinderte Probleme und Sorgen haben. Was liegt da näher, als Möglichkeiten zu schaffen, wo sich unterschiedliche Menschen ungehindert begegnen können. Diese Vision wollte ich Wirklichkeit werden lassen. Abgeleitet von dem Wort »Integration« lud ich herzlich ein, eine INTRA-Arbeit zu gründen.

Nach einigen Schwierigkeiten war alles vorbereitet. Der 28. September kam heran. Heute war der große Tag. Heute wird meine Vision wahr, dachte ich. Am Vormittag fuhr ich mit meinem Elektrorollstuhl noch einmal raus. Hoch auf den Berg, oder besser gesagt auf einen Hügel. Ich wollte noch einmal allein mit Gott reden, auf dem Berg. Wie Mose damals. Die Geschichte, die Onkel Peters mir erzählt hatte, war nicht vergessen. Ich wollte mit Gott noch einmal alles besprechen, bevor am Nachmittag der Trubel losging.

Wir begegnen uns ganz oben auf dem Berg. Das werde ich nie vergessen. Ich sah einen hellen Schein der Sonne und hörte eine Stimme sagen: „Mach es bitte!“ Ich fuhr zurück. In Haldensleben angekommen, rollten schon die Autos vor. Dreißig Leute kamen zur Gründung von INTRA – unglaublich! Es war von vornherein klar, der Arbeitskreis würde nur eine Übergangslösung sein, bis der CVJM in der Lage war, Menschen mit Behinderung bei »normalen« Freizeiten« zu integrieren. INTRA sollte die Bahnen brechen, Türen öffnen. Mein Leitgedanke war: Geh Wege, die noch niemand ging, damit du Spuren hinterlässt und nicht nur Staub!

Ja, INTRA hat in den 14 Jahren Spuren hinterlassen. Zum einen wurden Hemmungen zwischen Menschen abgebaut und zum anderen wurden CVJM-Häuser barrierefrei umgebaut. Die jungen Leute waren so von mir begeistert, dass sie mich oft am Wochenende zu sich nach Hause holten. Dabei geschah Unerwartetes: Die jungen Leute gingen mit mir „normal“ um. Sie hatten ja ihre Hemmungen bereits auf Freizeiten abgebaut. Interessant war jedoch zu beobachten, wie ihre Eltern, Geschwister und Freunde noch mit den Berührungsängsten kämpften.

Eine neue Vision

15 Jahre später hatte ich eine neue Vision. Ich entdeckte für mich die Kunst der Performances. Durch das Training bleibe ich nicht nur fit, sondern ich bin auch beweglicher geworden. Aber warum warten bis anderen auf mich zukommen? Also machte ich mich auf den Weg und fragte professionelle Künstler, ob sie mit mir arbeiten wollen. Natürlich bekommt man mehr Absagen, nicht zuletzt wegen der Hemmungen. Immerhin haben einige Künstler diesen Schritt gewagt. Inzwischen bin ich schon mehrmals weltweit aufgetreten und konnte Künstler und Zuschauer erfreuen.

Roland Walter lebt in Berlin.
Internet: www.roland-walter.de

Veröffentlichungen:

Buch: „König Roland – im Rollstuhl durchs Universum“, Neufeld Verlag
Broschüre:
„Meine rechten Hände – Über den Alltag mit Assistenten“, erhältlich über Roland Walters Homepage

Roland Walter
Autor, Performer, Fotograf, Model, Referent

NO LIMITS - Internationales Theaterfestival Berlin

Mehr als 200 Akteure mit und ohne Behinderung präsentierten vom 7. bis zum 17. November in Berlin Theater, Tanz, Performances und Konzerte von den Rändern der Gesellschaft und jenseits der üblichen Weltwahrnehmung. Es wurden innovative Projekte aus Belgien, Frankreich, Kanada, Mosambik, Niederlande, Russland, Serbien und Deutschland vorgestellt. Das Festival gibt es seit 2005.

Dançando com a Diferença: ***Beautiful People***
Foto: Julio Silva Castro

Theater Rambazamba: ***Am Liebsten zu Dritt***
Foto: Michael Bause

Rimini Protokoll: ***Qualitätskontrolle***
Bericht über das Stück in „GEPFLEGT DURCHATMEN", Ausgabe 22, Seite 7

Blaumeier Atelier: ***Orpheus & Eurydike***
Foto: Michael Bause

Joe, Jack & John:
Just fake it
Foto: Glauco

Behinderte Künstler/innen genießen gegenwärtig in der etablierten Kunstwelt große Beachtung. Sie waren im vergangenen Jahr beim Berliner Theatertreffen und auf der Biennale in Venedig. Deswegen anzunehmen, sie seien bereits in der Mitte der Kulturszene "angekommen", wie es das Magazin art im August 2013 behauptete, ist eine Verkennung der Realität. Es ist völlig offen, auf welchem Weg der Einbezug von Menschen mit Behinderungen in das Feld der Kunst längerfristig gelingen kann. Die Antworten reichen vom Feiern des Nichtvirtuosen, des Regelbruchs und der Verrücktheit bis hin zu geregelten Ausbildungen oder der Suche nach einer dritten Sprache jenseits von so genannter Normalität und so genanntem Aussenseitertum.

Etablierte künstlerische Werkstätten für Menschen mit Behinderungen wie Theater RambaZamba, Thikwa, Theater Maatwerk oder Blaumeier-Atelier arbeiten mit den großen Stoffen der Theaterliteratur oder entwickeln eigene Fiktionen. Andere Gruppen interessieren sich eher für die Performer/innen selbst, für ihre Weltwahrnehmung und ihre Lebensbedingungen. Immer mehr Ensembles funktionieren von Anfang an inklusiv, es sind Künstlerinnen und Künstler aus der regulären Tanz- und Theaterszene vertreten, deren Arbeit durch die Auseinandersetzung mit behinderten Performer/innen eine neue Dimension gewonnen hat. Viele junge Regisseur/innen brachten neue Sichtweisen auf Kunst und Behinderung ins Spiel.

Ganz Berlin war auf den Beinen, um die sehr beeindruckenden Stücke zu sehen. Neben dem Bühnen-Programm gab es Workshops, Diskussionen, ein Symposium und ein Blog-Projekt. Dort haben Jung-Journalisten das Programm kritisch begleitet.
Das Festival zum Nachlesen:
blog.no-limits-festival.de und www.no-limits-festival.de

Wer hat Schuld?

Geht es um die Schuldfrage oder darum, einen Schuldigen zu suchen, befinden sich die Beteiligten sicher in einem psychologischen Spiel. Wir spielen diese Spiele permanent, sei es in der Familie, unter Freunden oder im Job.

doris marx-ruhland
menschen fördern, entwickeln, begleiten

Den Begriff „psychologische Spiele“ prägte Eric Berne, der Vater der Transaktionsanalyse. Er bezeichnete damit wiederkehrende Kommunikationsmuster mit zwei oder mehr Beteiligten. Die Entscheidung, ein Spiel zu spielen, treffen sie auf einer unbewussten Ebene. Die Spiele gehen mit unguten Gefühlen einher und haben meist keinen positiven Ausgang. Psychologische Spiele kommen aus der Vergangenheit der Mitspieler, wo sie einen Sinn hatten. Häufig begleiten sie den Menschen bis ins hohe Alter, und er erhofft sich daraus einen Nutzen wie: „Mir wird geholfen“, „ich bekomme Anerkennung“, „ich bin gut und stark“.

Stephen Karpman entwickelte daraus das sog. Dramadreieck, das bei der Klärung solch unproduktiver Kommunikationsabläufe sehr hilfreich ist. Die klassischen Rollen in diesem Dreieck sind die des Opfers, des Verfolgers und des Retters. Dies sind Grundeinstellungen, die sich in der frühen Kindheit entwickeln. Dementsprechend verhält sich der Mensch sich selbst und anderen gegenüber. Dabei wird zwischen vier Grundpositionen unterschieden:

Ich bin o.k. – Du bist o.k.

Das ist die angestrebte Grundposition. Ich akzeptiere mich und die anderen. Wer diese Grundeinstellung einnimmt, geht gelassen mit kritischen Situationen um und setzt sich mit seinen Mitmenschen auseinander. Meine Grundhaltung lautet: Ich und die anderen auf der Welt sind in Ordnung. Diese Grundposition ist das Erfolgsrezept für eine erfolgreiche Kommunikation.

Ich bin o.k. – Du bist nicht o.k.

Das ist eine eher arrogante Grundposition. Das heißt, ich zweifle nicht an mir, sondern am anderen. Ich gebe anderen die Schuld und fühle mich selbst stark und überlegen. Der andere wird eher als unterlegen angesehen. Wer diese Grundeinstellung einnimmt, verhält sich eher arrogant, zupackend, selbstsicher, helfend und überlegen.

Ich bin nicht o.k. – Du bist nicht o.k.

Hier handelt es sich eher um eine verzweifelte Grundhaltung und spiegelt Misstrauen sich selbst – und den Mitmenschen gegenüber wider. Wer diese Haltung einnimmt fühlt sich eher depressiv und mutlos und verhält sich zurückgezogen.

Ich bin nicht o.k. – Du bist o.k.

Menschen mit dieser Grundhaltung trauen sich selbst nichts zu, wirken ängstlich, unsicher, sie fühlen sich benachteiligt, oft in der Opferrolle und werten sich selbst ab.

Negative Grundeinstellungen manövrieren uns in psychologische Spiele. Bleiben Menschen in einer der Nicht-o.k.-Haltungen verfangen, äußern sie ihre Gefühle sich selbst oder den anderen gegenüber häufig nicht klar und deutlich, sondern sehr versteckt. Auf der inhaltlichen Ebene sagen oder handeln sie normal, durch Mimik und Tonfall wird jedoch deutlich, dass sie etwas anderes bezwecken. Folgende Rollen können die Spieler einnehmen:

Das **Opfer** ist die Person, der etwas vorgeworfen wird. Das Opfer selbst übernimmt diese Rolle und sieht sich selbst als Opfer. Es agiert aus einer Haltung: „Ich bin nicht o.k., Du bist o.k.“ oder „Ich bin nicht o.k., Du bist nicht o.k.“ heraus. Es gibt den anderen die Schuld daran, dass es ihm so schlecht geht. Das Opfer resigniert und gibt die Verantwortung ab.

Der **Verfolger** stellt dem Opfer aktiv nach, will es strafen oder zur Rechenschaft ziehen. Er agiert von einer Position: „Ich bin o.k., Du bist nicht o.k.“. Vordergründig zeigt er Selbstgerechtigkeit und Tugend, dahinter steht letztlich die Angst vor der Gefährdung des Selbstbildes. "Schau, wozu du mich gebracht hast", lautet sein Vorwurf. Wenn dieser Spieler einen Fehler macht, beschuldigt er die anderen. Beispiel: Jemand macht bei der Pflege am Patienten ständig Fehler und beschwert sich bei der Leitung des Pflegeteams über das schlechte Team und die unmöglichen Arbeitsbedingungen. Deshalb wäre auch die Pflegeleitung für die Folgen verantwortlich.

Der **Retter** agiert aus einer Haltung heraus „Ich bin o.k., Du bist nicht o.k.“, wie fürsorgliche Eltern oftmals ihre Kinder entmündigen. Der Retter ist die Person, die helfend aktiv wird und die gesamte Verantwortung für die Situation und für die Lösung übernimmt. Er erkennt den scheinbaren Lösungsweg und versucht dem Opfer zu helfen. Je nach Überzeugungskraft beherrscht der Retter für eine Weile die Situation und „verführt“ die anderen auf seine Wege. "Das mache ich schon für Dich", sagt der Retter und ist immer zur Stelle, wenn er nur eine Situation ahnt, in der er jemanden retten kann. Besonders sensibel ist er Opfern gegenüber, die sich ungeschickt verhalten. Nach der Hilfestellung wechselt er gerne mal in die in die Verfolgerrolle und sagt demjenigen, den er unterstützt hat, was er doch für ein schrecklicher Tollpatsch sei. Geht die Rettungsaktion schief, wechselt der Retter in die Opferrolle und spielt "Undank ist der Welten Lohn". Psychologische Spiele sind auch an dem überraschenden Wechsel von einer Rolle - Opfer, Verfolger und Retter - in die andere zu erkennen.

Beispiel: Der Angehörige eines Patienten bittet um einen Gefallen, weil er sehr leidet. Sie erfüllen ihm diesen Wunsch, weil Sie sich stark und kompetent fühlen und gerne helfen. Der Angehörige ist sehr dankbar und lobt Sie in höchsten Tönen bei der Pflegeleitung. Dies bestärkt Sie in Ihrer Hilfsbereitschaft. Mittlerweile ist aus einem Gefallen so viel Mehrarbeit geworden, dass Sie sich von dem Angehörigen regelrecht ausgenutzt fühlen. So lehnen Sie zusätzliche Aufgaben ab und ziehen sich stillschweigend mehr und mehr zurück.

Der Angehörige fühlt sich allein gelassen und enttäuscht über das veränderte Verhalten. Plötzlich wird Ihre Arbeit durch den Angehörigen ständig kontrolliert, es kommt zu Beanstandungen, die der Pflegeleitung prompt gemeldet werden. Jetzt sind Sie enttäuscht, nach all dem, was Sie für den Angehörigen getan haben. Die Atmosphäre in dieser Versorgung wird immer angespannter und ist von Konflikten geprägt. Was ist passiert?

Die Beziehung zwischen der Pflegekraft und dem Angehörigen ist vermutlich auf dem Muster Retter/Opfer aufgebaut: Die Pflegekraft ging in die Rolle des Retters und übernahm Aufgaben des Angehörigen. Die Pflegekraft versucht, aus dieser Rolle wieder heraus zu kommen und zieht sich stillschweigend zurück. Aus Enttäuschung wechselt der Angehörige in die Verfolgerrolle. Er sucht nach Fehlern, um zu zeigen, wer der/die Stärkere ist. Daraufhin geht die Pflegekraft mit den Worten. „Das ist nun der Dank für all das, was ich getan habe“ in die Opferrolle.

Man kann Strategien entwickeln, um psychologische Spiele abzubrechen oder zu vermeiden. Am Anfang steht, sie als solche zu erkennen. Geht es um die Schuldfrage, um ungerechte Behandlung, Herabsetzung oder Bevormundung, ist dies ein Indiz für ein psychologisches Spiel. Wichtig ist es dann, Gefühle und Wünsche offen und ehrlich auszusprechen, sich zu fragen, welche Haltung man selbst einnimmt und anstatt zu klagen, Entscheidungen zu treffen. Nur helfen, wenn konkret Hilfe gewünscht ist. Keine unerwünschten Ratschläge geben und ein Opfer dazu ermutigen, seine Probleme selbst zu lösen. Allenfalls Alternativen vorschlagen und Perspektiven ansprechen. Wichtig ist ein deutliches „Nein“ gegenüber einem Retter. Wer mit beiden Beinen im Leben steht, kann aufhören, sich hilflos oder abhängig zu fühlen. Weder sich noch den Partner abwerten! Wenn es gelingt, sich selbst und dem anderen gegenüber Wertschätzung zu zeigen, steigt die Wahrscheinlichkeit für eine konstruktive Gesprächsführung ohne psychologische Spielereien.

Doris Marx-Ruhland, *Seminare & Coaching*
www.marx-ruhland.de

MH Kinaesthetics – „The Original“

Im Jahr 2006 begann die examinierte Krankenschwester Kerstin Hirsch, die als Pflegeexpertin für außerklinische Beatmung bei der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH arbeitet, eine Ausbildung zur MH Kinaesthetics-Grundkurstrainerin. Diese anspruchsvolle Weiterbildung hat sie im Oktober 2013 erfolgreich abgeschlossen und wird ihr Wissen im Rahmen von Grundkursen und Praxisbegleitung nun weitergeben.

Gesundheitsentwicklung wird von den Vertretern der MH Kinaesthetics als ein lebenslanger Prozess verstanden, in dem jeder Mensch seine Gesundheit durch die Qualität seiner Bewegung in verschiedensten Lebensaktivitäten positiv oder negativ beeinflusst. Der Begriff „MH Kinaesthetics The Original“ leitet sich von den beiden Begründern Dr. Lenny Maietta, Verhaltenskybernetikerin und Psychologin, sowie Dr. Frank Hatch, Verhaltenskybernetiker und Dozent für Tanz, ab. Seit fast vier Jahrzehnten gibt es Kinaesthetics, und es wird laufend von den Begründern in Kooperation mit den MH Kinaesthetics Länderorganisationen auf wissenschaftlicher sowie verhaltenskybernetischer Grundlage optimiert und weiterentwickelt.

Das Bildungssystem von MH Kinaesthetics basiert auf einer Lehre menschlicher Bewegung, die sich mit der Art und Weise beschäftigt, wie Menschen ihre bewegungsbasierten Alltagsaktivitäten gestalten – sowohl privat als auch beruflich. Die Schulung von Bewegungssensibilität (kinästhetische Wahrnehmung) mit den Instrumenten von MH Kinaesthetics und die daraus resultierende höhere Qualität der Bewegungen in verschiedensten Lebensaktivitäten wirkt sich positiv und nachhaltig auf die Gesundheitsentwicklung und Lernprozesse eines jeden Menschen – ein Leben lang aus. Wenn beispielsweise Pflegekräfte nicht in der Lage sind, ihre Körperhaltung und Alltagsbewegung bei der Unterstützung von Patienten oder in anderen Alltagssituationen zu beobachten / zu bemerken und – wenn nötig – so zu korrigieren, dass Gelenke, Wirbelsäule und Muskeln entlastet werden, hat das fatale gesundheitliche Auswirkungen im späteren Leben.

Bei MH Kinaesthetics – „The Original“ stehen immer der Mensch bzw. die Organisationen/Institutionen/Unternehmen mit ihren individuellen Eigenschaften und ihrem Leitbild im Mittelpunkt. Deshalb unterstützt MH Kinaesthetics vor allem Pflegekräfte hervorragend in ihrer alltäglichen Arbeit. Da es zwischenzeitlich verschiedene Anbieter von Kinästhetik/Kinaesthetics-Programmen/Kursen gibt, wurde 2006 zum Schutz der Qualität und Nachhaltigkeit die Marke „Maietta-Hatch (MH) Kinaesthetics – The Original“ gewählt. Sie dient der Identifikation aller Trainer/innen und Organisationen, die an der Weiterentwicklung der Original MH Kinaesthetics Kompetenz arbeiten.

MH Kinaesthetics Länderorganisationen sind nationale und eigenständige, von Maietta-Hatch Inc. lizenzierte Unternehmen. Sie sind im jeweiligen Land Ansprechpartner und Kontaktstelle für alle MH Kinaesthetics Anwender und interessierte Einzelpersonen, Veranstalter, Träger, Organisationen und Unternehmen sowie für Trainer/innen. Alle Länderorganisationen haben dieselben Funktionen: Sie arbeiten fachlich und organisatorisch eng zusammen. Dies leistet einen wertvollen Beitrag für die Qualitätssicherung und Entwicklung von MH Kinaesthetics auf internationaler Ebene. Hierfür werden eigene MH Kinaesthetics Trainer/innen aus verschiedenen Fachbereichen ausgebildet, die eine hohe Qualität in der Durchführung ihrer Kurse garantieren. Denn sie arbeiten sowohl fachlich als auch organisatorisch eng mit ihren jeweiligen Länderorganisationen zusammen. So können sich Veranstalter und Organisatoren, die MH Kinaesthetics Bildung nutzen, darauf verlassen, dass alle Trainer/innen über aktuelle und fundierte MH Kinaesthetics Kompetenz verfügen und diese im Sinne der Gesundheitsentwicklung und der Gestaltung von effektiven Lernprozessen aller Beteiligten nachhaltig vermitteln.

Die zertifizierte MH-Kinaesthetics Grundkurstrainerin Kerstin Hirsch

Im Jahr 2006 hat die Krankenschwester mit Fachweiterbildung für Anästhesie und Intensivmedizin, Kerstin Hirsch, die Trainer-Ausbildung begonnen, während sie bereits seit 2004 in der Niederlassung Bad Kissingen der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH tätig war. Dort hatte sie sich schon einen Namen gemacht durch ihre Mitarbeit an dem Fachbuch „Pflanzenkräfte und Akupressur für Körper und Seele“, das von der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH herausgegeben wurde. Nach Grund- und Aufbaukurs Kinaesthetics folgte die Weiterbildung zur Praxisanleiterin für Kinaesthetics, dann die Weiterbildung zur Zertifizierten Anwenderin. Seit Oktober 2013 ist sie zertifizierte MH Kinaesthetics-Grundkurstrainerin. Im Gegensatz zur Tätigkeit in einer Klinik konnte die dreifache Mutter ihre Dienste so gestalten, dass sie sich gut mit den Arbeitszeiten ihres Mannes kombinieren ließen. Dies war eine grundlegende Voraussetzung für ihre Berufstätigkeit, da weder Eltern bzw. Großeltern noch sonstige Verwandte zur Unterstützung bei der Versorgung der Kinder in erreichbarer Nähe waren. „Wie auch bei meiner Berufstätigkeit“, so die frisch gebackene Trainerin, „war es auch bei der Ausbildung zur MH Kinaesthetics Trainerin immer ein großer Spagat, Familie und Weiterbildung unter einen Hut zu bringen. Zu den vielen Tagen und Wochen der theoretischen Ausbildung in Frankfurt in fünf Phasen von 3 – 6 Tagen, kamen noch die praktische Ausbildung, die Hospitation bei einem Grundkurs und die drei Lerngrundkurse mit den anderen Teilnehmern. Bei all diesen Abwesenheiten war es unabdingbar, dass mein Mann einen Großteil meiner Aufgaben mit übernommen hat. Neben seiner Bereitschaft, mich zu unterstützen, kam noch der glückliche Umstand hinzu, dass er beruflich flexibel ist und durch Gleitzeit seinerseits die Versorgung der Kinder außerhalb Kindergarten und Schule gewährleisten konnte. Zudem müssen die Kinder im aktuellen Alter nicht mehr ständig beaufsichtigt werden.“

Es ist und bleibt eine beachtliche Leistung, neben Familie und Beruf eine so fundierte und lange Weiterbildung zu absolvieren. Die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, die seit 15 Jahren in der außerklinischen Intensivversorgung tätig ist, hat die Fortbildung von Kerstin Hirsch von Anfang an unterstützt und ist stolz darauf, nun eine zertifizierte MH-Kinaesthetics Grundkurstrainerin im Team zu haben. Wer sich für Schulungen interessiert, kann sich gerne an Kerstin Hirsch wenden. Mehr Informationen unter www.kinaesthetics-deutschland.com

Kontakt:
Kerstin Hirsch
- Teamleitung NDL Nordbayern
- zertifizierte MH-Kinaesthetics Grundkurstrainerin
- Pflegeexperte für außerklinische Intensivmedizin

Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Sieboldstrasse 7
97688 Bad Kissingen
kerstin.hirsch@heimbeatmung.com
www.heimbeatmung.com

WISSEN VERMITTELN

BASISKURS AUSSERKLINISCHE BEATMUNG

24. bis 28. Februar 2014
23. bis 27. Juni 2014
22. bis 26. September 2014
24. bis 28. November 2014

akkreditiert durch die

DIGAB
Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung

Veranstalter:
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
Tagungsort:
Unterhaching bei München
Anmeldung über www.ihcc.mobi

Kinderhaus Luftikus

Aufgrund der Fortschritte in der intensivmedizinischen Versorgung haben Kinder und Jugendliche mit schwersten körperlichen Behinderungen heute eine langfristige Lebensperspektive. Das Kinderhaus Luftikus ist als spezialisierte Wohnform geplant, um beatmeten oder von Beatmung bedrohten Kindern und Jugendlichen die Chance zu geben, in einem familiären Wohnumfeld zu leben und auf ihren individuellen Bedarf abgestimmt optimal gefördert zu werden.

Insbesondere das Entwicklungspotential, das bei Kindern und Jugendlichen naturgemäß am Höchsten ist, wird nicht in dem Maße genutzt, wie es heute schon möglich wäre, da auf Intensivstationen oft die Routine der Akuterkrankungen den Blick für Fördermaßnahmen verstellt. Der Zeitablauf im Klinikalltag und der Personalmangel können den Ansprüchen der Kinder nicht gerecht werden. Dadurch wird altersgerechte Förderung oftmals nicht möglich. Nach Abschluss der Akutbehandlung verbleiben viele Kinder länger als erforderlich auf der Intensivstation, es können Verhaltensstörungen und klinikbedingte Komplikationen entstehen.

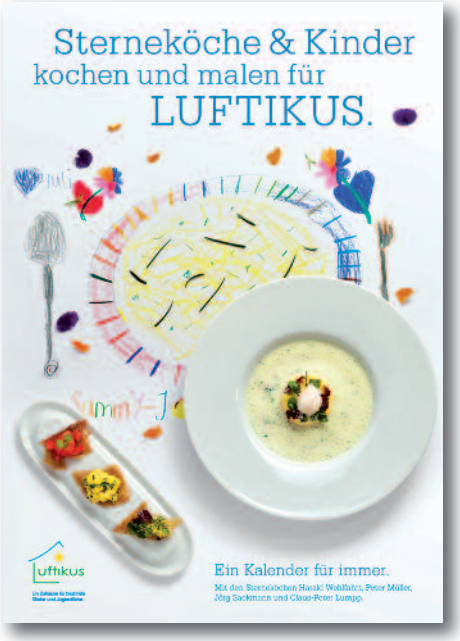
Luftikus

Ein Zuhause für beatmete Kinder und Jugendliche

Die Versorgung beatmeter Kinder in der Familie stellt einen hohen Anspruch an die Organisation, das Fachpersonal, die Ausstattung und das familiäre Umfeld dar. Selbst bei guten äusseren Rahmenbedingungen stoßen Eltern oftmals nach einiger Zeit an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Die dauerhafte Anwesenheit von ständig wechselndem Pflegepersonal ist ein enormer Eingriff in die Privatsphäre. Die Bedürfnisse von Geschwisterkindern können vielfach nicht mehr berücksichtigt werden. In vielen Fällen führt diese Situation zur sozialen Isolation und dem Auseinanderbrechen der familiären Struktur. Eine langfristige Versorgung in der Familie ist somit häufig nicht möglich. Das vielfältige Angebot an therapeutischen Möglichkeiten wie Logopädie, Ergotherapie, Klangtherapie, heilpädagogische Maßnahmen, usw. können bei einer häuslichen Versorgung meist nicht ausreichend genutzt werden, da der Aufwand und die Kosten, das Kind in Begleitung durch Fachpersonal zu den Therapien zu fahren, zu hoch sind.

Eine Umfrage an allen deutschen Kinderkliniken aus dem Jahr 2010 der Arbeitsgemeinschaft Lebenswelten zeigt, dass sich die Versorgungsstruktur in den letzten Jahren bundesweit verbessert hat, es aber immer noch einen sehr hohen Bedarf an Überleitungspflege und Familien entlastenden Angeboten gibt. Das Ergebnis zeigt, dass Kinder oft bis zu mehreren Wochen früher aus der Klinik nach Hause entlassen werden könnten, wenn die Möglichkeit einer Überleitungspflege bestünde. Um Abhilfe zu schaffen, wurde der Verein Luftikus e.V. gegründet. 1. Vorsitzender: ist Dr. med. Markus Stiletto, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiater. Ihn unterstützen die Kuratoriumsmitglieder Dr. Michael Rückert, Landrat Landkreis Freudenstadt, Prof. Klaus Fischer, Inhaber Fischerwerke GmbH & Co.KG, Waldachtal, und PD Dr. med. Thomas Bast, Chefarzt der Epilepsieklinik für Kinder und Jugendliche, Kehl-Kork. Sie planen den Bau eines Kinderhauses mit dem schönen Namen „Luftikus“, in dem es die Möglichkeit der Überleitungs- und Langzeitpflege geben wird.

Gleichzeitig können sich dort die Eltern eingehend schulen lassen und sich an die neue Situation gewöhnen. Damit kann auch die Zahl der Wiederaufnahmen ins Krankenhaus reduziert werden. Laut Umfrage kann man in Baden-Württemberg von einer Gesamtzahl von ca. 275 dauerbeatmeten Kindern und Jugendlichen ausgehen. Betroffene Familien sind derzeit gezwungen, auf Einrichtungen in andere Bundesländern auszuweichen, da das derzeitige Angebot nicht ausreichend ist. Geeignete Urlaubsziele sind ebenfalls schwer zu finden. Geht man von einer Gesamtzahl bundesweit von ca. 2000 dauerbeatmeten Kindern- und Jugendlichen aus, so gibt es bislang bundesweit lediglich ca. 9 Plätze, wo betroffene Familien einen Urlaub verbringen können. Seit 2007 sammelt der Luftikus e.V. Geld für das Kinderhaus „Luftikus“. Eine tolle Idee hatten Baiersbronner Spitzenköche. Gemeinsam mit Kindern aus Baiersbronn haben die Sterneköche Harald Wohlfahrt (Hotel Traube Tonbach), Claus-Peter Lumpp (Hotel Bareiss), Jörg Sackmann (Hotel Sackmann) und Peter Müller (Engel Obertal Wellness & Genuss Resort) einen immerwährenden Koch-Kalender erstellt, dessen Erlös der Kinder-Initiative „Luftikus“ zugute kommt. Während die Küchenprofis familiengerechte Rezepte für den Kalender kreierten, sorgten die kleinen Könner für eine gelungene Bebilderung des Werks mit Gemälden. Inspirationsquelle waren für sie dabei die Titel der Gerichte. Das Ergebnis ist ein dekorativer Koch-Kalender mit saisonal abgestimmten Gerichten, die kinderleicht nachzukochen sind. Vom Bachsaibling mit Wildkräutern und Perlgraupen über Spargel-Flammkuchen mit Kresserahm und Speck bis hin zum Pfannkuchen mit karamellisierten Äpfeln, Kompott und Zimtzucker ist für jede Jahreszeit etwas Leckeres dabei.
Richtig in Szene gesetzt wurden die Kunstwerke auf Teller und Papier von der Baiersbronner Fotografin Ulrike Klumpp, die bei den Fototerminen kindliche Begeisterung erlebte, „bei den Kindern – aber auch bei den Köchen.“ Gedruckt wurde der Kalender von der Baiersbronner Druckerei Knödler, die sich ebenfalls für das Kinderhaus engagiert.



Der Kalender kann unter
www.luftikus-baiersbronn.de
zum Preis von 20 Euro plus Versandkosten erworben werden.
Ebenso in den teilnehmenden Hotels.
Der gesamte Erlös kommt der Initiative „Luftikus“ zugute.

Kontakt:
Luftikus e.V.
Hartranftstrasse 48
72250 Freudenstadt
www.luftikus-baiersbronn.de

Spendenkonto
Kreissparkasse Freudenstadt
Kto.-Nr. 13148698
BLZ 642 510 60

Sankt Martin in der WG in Kerpen-Sindorf

Die Wohngemeinschaft für beatmete Menschen in Kerpen-Sindorf ist ein offenes Haus. Wie sehr die Menschen, die dort leben, schon in die Kommune integriert sind, zeigt die Tatsache, dass sie, wie beispielsweise an Sankt Martin, überraschenden Besuch bekommen.

Eine Gruppe der Hummelburg-Kindertagesstätte in Kerpen-Sindorf (Leitung Herr Winwrigth), hatte für die Bewohner der WG der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH die Geschichte des St. Martin als Wandfries gebastelt. Dieses überreichten am 11. November 2013 die z.T. kostümierten Kinder bei ihrem Besuch in der WG. Frau Alicia Plessner hatte zudem ein kleines Theaterstück einstudiert, das die Kinder den Bewohnern und den Pflegekräften vorführten. Darin erzählten sie die wundersame Geschichte des Sankt Martin, der an einem eiskalten Winterabend einen halbnackten frierenden Bettler antraf. Dieser flehte um eine Gabe. Da St. Martin weder Geld noch Essen bei sich hatte, zerteilte er mit seinem Schwert seinen weiten Offiziersmantel und gab dem Bettler die Hälfte. In der Nacht soll St. Martin im Traum Christus erschienen sein, bekleidet mit der Mantelhälfte des Bettlers. Nach diesem Erlebnis ließ sich St. Martin taufen. Später wurde er sogar zum Bischof gewählt. Weil er das zunächst gar nicht wollte, hatte er sich in einem Stall versteckt. Aber Gänse verrieten ihn durch ihr lautes Geschnatter. Daher stammt ja bekanntlich der Brauch der Martinsgans. Der 11. November ist der Gedenktag an den St. Martin, den Schutzpatron der Armen. Nach dem Theaterstück erklang in der WG das ein oder andere St. Martinslied. Die Bewohner und die Pflegekräfte stimmten begeistert ins gemeinsame „Rabimmel, Rabammel, Rabumm“ ein. WG-Leiterin Beate Block-Theißen hatte, wie es sich traditionell an Sankt Martin gehört, für die Kinder Martinswecken, Äpfel und Mandarinen vorbereitet. Beim Abschied bedankte sie sich in aller Namen für diesen stimmungsvollen und unvergesslichen Nachmittag.

Sommerfest in der WG Kerpen-Sindorf

15 Jahre Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH und das einjährige Bestehen der Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in Kerpen-Sindorf wurden am 6. September 2013 mit leckerem Essen und außergewöhnlicher Musik gefeiert.

Zu einem Klientenfest in der Wohngemeinschaft für beatmete Menschen hatten die Niederlassungsleiterin der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, Martina Friedrichs, und WG-Leiterin Beate Block-Theißen eingeladen. Nachdem sich die dunklen Wolken verzogen hatten, konnte das Fest im Garten der WG stattfinden. In seiner Begrüßungsrede blickte der Geschäftsführer des Unternehmens, Jörg Brambring, auf das vergangene Jahr zurück und dankte der Stadt Kerpen, dem Vermieter, dem Pflegepersonal, der WG-Leitung und allen, die dazu beitrugen, dass die WG ein so großer Erfolg ist, für ihre großartige Unterstützung und Arbeit.

Die rund 40 Gäste, Bewohner und deren Angehörige genossen das Fest sehr, und sie freuten sich, dass auch etliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gekommen waren. Zu den Gästen gehörten auch der Vermieter, Herr Emrich junior und Herr Streda von der Hausverwaltung. Beide nutzten die Gelegenheit, um sich ein Bild von der fertigen Wohngemeinschaft zu machen. Des Weiteren war der Pfarrer der Evangelischen Kirchengemeinde, Herr Frank Drensler gekommen. Die Marienapotheke wurde vertreten durch Herrn Ganster und Frau Hartwig. Auch die Senioren aus der Tagespflege der AWO und die Bewohner des betreuten Wohnens, die über der WG leben, kamen in den Garten und freuten sich über das lekkere Kölsch und das gute Essen.

Angelockt hatte sie die schottische Dudelsackmusik, dargeboten von Frau Carolin Heine, der hauswirtschaftlichen Hilfe in der WG, und ihrem Ehemann. Zu ihrem Repertoire gehören viele bekannte schottische Stücke, mit denen sie nicht nur die Gäste, sondern auch die Nachbarn begeisterten. Das Haus Wilkens hatte für ein tolles Grillbuffett gesorgt, das alle sichtlich genossen. Es gab noch einen weiteren Grund zum Feiern: Pünktlich zum Fest war endlich der Balancetrainer für den Klienten Sven angeliefert worden. Damit wird er nun so lange trainieren, bis er wieder zu Hause leben kann. Für alle, die in der WG arbeiten und dort wohnen war nach dem gelungenen Fest klar: Das machen wir bestimmt wieder!

Ein immer gern gesehener Gast: ***Therapiehund Lilli***

Nicole Greve, *eine der ersten WG-Bewohnerinnen, genoss sichtlich das Sommerfest*

Pflegekraft ***Sigrid Rumland*** *am leckeren Grillbuffet aus dem Haus Wilkens*

Pflegekraft ***Hildegard Winter*** *(mit Sonnenbrille) unter den rund 40 Gästen*

Sven Berg *(links), aus dem Wachkoma erwacht, freut sich über die netten Gäste*

Geschäftsführer ***Jörg Brambring*** *(links), Niederlassungsleiterin* ***Martina Friedrichs*** *(mitte) und* ***Beate Block-Theißen*** *(rechts)*

WG-Leiterin ***Beate Block-Theißen*** *hat ein duftendes Gastgeschenk erhalten*

Ute Petzoldt *(links) und* ***Inga Petzoldt*** *(rechts) vom Therapiezentrum Rhein-Erft*

Für Dudelsackmusik vom Feinsten sorgten ***Carolin Heine*** *und ihr Ehemann*

Eine Chance für mehr Lebensqualität

Am 5.10.2012 bin ich in eine Wohngemeinschaft für beatmete und intensiv pflegebedürftige Menschen der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH eingezogen. Diese Entscheidung hat mir persönlich eine viel höhere Lebensqualität verschafft. Außerdem werde ich seit 2010 von sehr liebenswerten Damen des Hospiz Leverkusen e.V. begleitet. Denn ich bin an Amyotropher Lateralsklerose erkrankt.

Die Amyotropher Lateralsklerose (ALS) ist eine degenerative Erkrankung des motorischen Nervensystems. Die Ursache ist unbekannt. Es kommt zu einer fortschreitenden und irreversiblen Schädigung oder Degeneration der Nervenzellen (Neuronen), die für die Muskelbewegung verantwortlich sind. Durch die Degeneration kommt es zur zunehmenden Muskelschwäche (Lähmung, Parese), die mit Muskelschwund (Amyotrophie) – durch Schädigung des zweiten Mononeurons – und mit einem erhöhten Muskeltonus (Spastik) – durch Schädigung des ersten Mononeurons – einhergeht. Durch die Lähmungen der Muskulatur kommt es unter anderem zu Gang-, Sprech- und Schluckstörungen, eingeschränkter Koordination und Schwäche der Arm- und Handmuskulatur und dadurch zu einer zunehmenden Einschränkung bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Die Amyotrophe Lateralsklerose ist nicht heilbar.
(Quelle: Wikipedia, Stand: 03/2013)

Eine Alltagssituation:
Stellen Sie sich vor, Ihnen läuft die Nase, und da Sie sich überhaupt nicht bewegen können, können Sie sich auch die Nase nicht selber putzen, … und dann stellen Sie sich noch vor, dass niemand in Ihrer Nähe ist, der Ihnen die Nase putzen könnte …! Sie müssen vielleicht eine halbe Stunde warten, bis Ihnen jemand die Nase putzt, … vielleicht aber auch eine Stunde, oder noch länger, wenn Sie nicht die richtige Betreuung haben. Das ist Amyotrophe Lateralsklerose!

Durch diese Erkrankung habe ich für mich auch deshalb die Entscheidung getroffen, in eine Wohngemeinschaft für beatmete und intensiv pflegebedürftige Menschen zu ziehen. In Kerpen bin ich über die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM) dann auch bei der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH fündig geworden und am 5.10.2012 dort eingezogen. Diese Entscheidung hat mir persönlich eine viel höhere Lebensqualität verschafft:

- Musste ich zu Hause darauf warten, dass mir jemand die Nase putzt, weil ich auch schon mal 1 bis 2 Stunden zu Hause alleine war, ist jetzt 24 Stunden an jedem Tag jemand für mich da.
- Musste ich zu Hause, mit erheblichem Aufwand, von der 2. Etage nach draußen transportiert werden, wenn ich etwas unternehmen wollte, kann ich jetzt, ohne Aufwand, vor die Tür, wann ich will, wenn mir eine Begleitperson zur Verfügung steht, denn in der Wohngemeinschaft ist alles ebenerdig.
- War ich zu Hause auf den guten Willen meiner Angehörigen angewiesen, trete ich nun als Klientin auf. Es ist ein großer Unterschied, ob sich jemand freiwillig für den Beruf der Pflege entschieden hat oder jemand jemanden pflegen muss, weil er keine andere Wahl hat. Zu Hause war ich die Pflegebedürftige, die andauernd etwas forderte, in der Wohngemeinschaft bin ich die Klientin mit persönlichen Bedürfnissen. Ich kann jetzt wieder die Dinge tun, die für einen gesunden Menschen selbstverständlich sind: Ich kann abends zu Bett gehen, wann ich will; ich kann morgens früh aufstehen, wann ich will; ich kann essen, wann ich will; ich kann Nase putzen, wenn es nötig ist; ich kann zur Toilette, wenn es nötig ist; ich kann etwas unternehmen, wenn ich es möchte, aber auch meine Ruhephasen werden hier akzeptiert. Wenn ich mich nicht in der Gemeinschaftsküche oder -wohnzimmer aufhalte, werde ich nur in Ausnahmen gestört. Auch meine nächtliche Betreuung ist sichergestellt, da ich nachts bis zu sieben Mal gelagert werden muss. Sie denken, das ist viel? Dann denken Sie daran, wie oft Sie sich nachts im Schlaf drehen, ohne dass Sie es merken, und jetzt denken Sie daran, Sie könnten das nicht mehr alleine … Entsteht eine Notsituation (Verschlucken, Atemnot, erhöhte Sekretbildung im Nasen-, Rachenraum), ist immer jemand da, der helfen kann, da in der Wohngemeinschaft nur ausgebildetes Pflegepersonal arbeitet.

Die Wohngemeinschaft für beatmete und intensiv pflegebedürftige Menschen der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH ist eine Chance für ein Leben mit schwerer Krankheit mit mehr Lebensqualität bis in den Tod hinein! Es ist meine Chance! *ng*

Kontakt:
Heimbeatmungsservice
Brambring Jaschke GmbH
Sülzburgstraße 103, 50937 Köln
Tel.: 0221 / 447 05 24
Fax: 0221 / 447 05 27
koeln(at)heimbeatmung.com

HEIMBEATMUNGS SERVICE Brambring Jaschke GmbH

Zukunftsperspektive

Außerklinische Intensivpflege – die optimale Alternative!

Wir versorgen seit mehr als 15 Jahren beatmete Kinder und Erwachsene zu Hause oder in der Wohngemeinschaft. Unterstützen Sie unsere Klienten beim "Gepflegt Durchatmen"

als **Pflegefachkraft**
(Vollzeit/Teilzeit/Minijob)

in Bayern, Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und Hessen durch Ihre individuelle Betreuung und bewerben Sie sich jetzt!

Weitere Informationen unter der Telefonnummer 0700 23 28 68 64 und im Internet unter

www.pflegebegeistert.de

Messen - Kongresse - Fortbildung

Januar 2014

11. Januar 2014 in Dortmund
Nicht-invasive und invasive Beatmung bei COPD
Heinen + Löwenstein (Andreas Bosch)
Anmeldung: andreas.bosch@hul.de
www.hul.de/service/fortbildungen.htm

13. bis 17. Januar 2014 in Bad Kissingen
Weiterbildung zur Hygienefachkraft
Teil I: 13. – 17. Januar 2014
Teil II: 03. bis 07. Februar 2014
Teil III: 24. - 28. März 2014
Teil IV: 23. – 27. Juni 2014
Teil V: 21. – 25. Juli 2014
Teil VI: 06. – 10. Oktober 2014
Teil VII: 17. – 21. November 2014
Teil VIII: 19. – 23. Januar 2015
Teil IX: 20. – 24. April 2015
Teil X-XII: Termine werden noch festgelegt
Prüfung: Ende 2015
Institut Schwarzkopf GbR (Peggy Hauck)
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

23. bis 25. Januar in Berlin
Deutscher Pflegetag 2014
www.deutscher-pflegetag.de

25. Januar 2014 in München
Husten – Helfen – Beatmen
Fortbildungsveranstaltung
für Ärzte und Pflegekräfte
Heinen + Löwenstein (Andreas Bosch)
Anmeldung: andreas.bosch@hul.de
www.hul.de/service/fortbildungen.htm

Februar 2014

4. bis 6. Februar 2014 in Essen
Klinische Beatmung Teil 1 - 3
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

5. bis 7. Februar 2014 in Stuttgart-Fellbach
10. Stuttgarter Intensivkongress (SIK)
mcn@mcn-nuernberg.de
www.mcn-nuernberg.de

7. bis 8. Februar 2014 in Essen
2. APPS Außerklinisches Pneumologisches
Pädiatrisches Symposium
www.apps-e.de

13. bis 14. Februar 2014 in Solingen
Vom Respirator zur Dekanülierung
Anmeldung: www.wako-akademie.de/seminars

19. bis 21. Februar 2014 in Bremen
24. Symposium
Intensivmedizin + Intensivpflege Bremen
www.intensivmed.de

21. Februar 2014 in Bremen
Nicht-invasive und invasive Beatmung bei COPD
Heinen + Löwenstein (Andreas Bosch)
Anmeldung: andreas.bosch@hul.de
www.hul.de/service/fortbildungen.htm

24. bis 28. Februar 2014 in Unterhaching
Basiskurs „Fachpflegekraft außerklinische
Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

März 2014

11. bis 12. März 2014 in Freiburg/Merzhausen
1. Tag: Grundlagen der Beatmung
2. Tag: Aufbaukurs, Praxisworkshop Beatmung
(auch einzeln buchbar)
Für alle beruflich Pflegenden, Mitarbeiter von
Beatmungszentren, Überwachungsstationen,
IMC, ambulante Intensivpflegedienste, etc.
GE HomeCare Systems/BREAS, Herrsching
Infos unter 08152 37 210 oder
BreasGmbH@ge.com
www.breas.com / www.ge.com/de

12. bis 13. März 2014
im RuhrCongress Bochum
CareDate - DER PFLEGEKONGRESS
www.caredate.de

13. bis 15. März 2014 in Würzburg
5. ICW-Süd | HWX-Kongress
www.institutschwarzkopf.de

18. bis 20. März 2014 in München
Klinische Beatmung Teil 1 - 3 , München
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

26. bis 29. März 2014 in Bremen
55. Kongress der Deutschen Gesellschaft
für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.
und 36. Jahrestagung der Gesellschaft für
Pädiatrische Pneumologie e.V.
www.dgp-kongress.de

27. bis 28. März 2014 in Berlin
8. Nachsorgekongress "Teilhabe im zweiten
Leben nach Schädelhirnverletzung - Selbst-
ständige und selbstbestimmte Lebensführung?"
www.nachsorgekongress.de

April 2014

2. April 2014 in Essen
Kompaktkurs Kinderbeatmung
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

2. April 2014 im Thoraxzentrum Münnerstadt
4. Intensivpflegetag Nordbayern
www.intensivpflege-nordbayern.de

3. April 2014 in Essen
Klinische Beatmung Teil 4
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

28. April 2014 in Bad Kissingen
Hygienerecht für Führungskräfte
Institut Schwarzkopf GbR (Peggy Hauck)
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

Mai 2014

8. bis 10. Mai 2014 in Ulm
22. Jahreskongress
der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft
für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V.
zusammen mit dem 9. Beatmungssymposium
www.digab.de

15. bis 16. Mai 2014 in Solingen
Transdisziplinäre Dysphagietherapie
bei beatmeten und tracheotomierten Patienten
Anmeldung: www.wako-akademie.de/seminars

15. Mai 2014 in Dortmund
Junge Pflege Kongress 2014
www.junge-pflege.de

16. bis 17. Mai 2014 in Berlin
3. Pädiatrie Pflegekongress
für die häusliche Kinderintensivpflege
Pfleg mich – Aus der Pflege für die Pflege
kongress@pflegmich.com
www.pflegmich.com

16. bis 17. Mai 2014 in Halle an der Saale
Praxisworkshop für Schlaflabore
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

20. bis 22. Mai 2014 in Erfurt
Klinische Beatmung Teil 1 – 3
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

Juni 2014

1. bis 4. Juni 2014
in Kloster Banz/Bad Staffelstein (DE)
Geht nicht, gibt´s nicht!?
Die Herausforderungen moderner
Querschnittmedizin
27. Jahrestagung der Deutschsprachigen
Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie e.V.
www.dmgp-kongress.de

23. bis 27. Juni 2014 in Unterhaching
Basiskurs „Fachpflegekraft außerklinische
Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

24. bis 26. Juni 2014 in Bremen
Klinische Beatmung Teil 1 – 3
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

25. bis 27. Juni 2014 in Berlin
Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit
mit dem Deutschen Pflegekongress
www.hauptstadtkongress.de

27. bis 28. Juni in Castrop-Rauxel
Praxisworkshop für Schlaflabore
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

30. Juni bis 1. Juli 2014 in Bad Kissingen
Stressmanagement & Burnoutprophylaxe
Institut Schwarzkopf GbR (Peggy Hauck)
p.hauck@institutschwarzkopf.de

Juli 2014

1. Juli 2014 in Erfurt
Kompaktkurs Kinderbeatmung
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

2. Juli 2014 in Erfurt
Klinische Beatmung Teil 4
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

September 2014

4. September 2014 in Essen
Basisqualifikation Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung – Pädiatrie
auch am 5.9., 6.9., 7.9., 1.10. und 2.10.2014
www.bawig-essen.de

18. bis 19. September 2014 in Reutlingen
28. Reutlinger Fortbildungstage
www.akademie-reutlingen.de

18. bis 20. September 2014 in Berlin
Stärke durch Vielfalt.
Der Hauptstadtkongress
der DGAI für Anästhesiologie und Intensivtherapie mit Pflegesymposium und Rettungsdienstforum
www.HAI2014.de

19. bis 20. September in Montabaur
Praxisworkshop für Schlaflabore
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

22. bis 23. September 2014 in Bad Kissingen
Mitarbeitermotivation
für Fachkräfte in der Hygiene
Institut Schwarzkopf GbR (Peggy Hauck)
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

22. bis 26. September 2014 in Augsburg
Basiskurs „Fachpflegekraft außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

30. September 2014 in Essen
Klinische Beatmung Teil 1
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

Oktober 2014

1. bis 2. Oktober 2014 in Essen
Klinische Beatmung Teil 2 - 3
Resmed-Akademie (Christin Heckl)
Akademie@resmed.de und www.resmed.de

1. bis 2. Oktober 2014 in Bad Kissingen
Effektives Zeitmanagement für die Arbeit in Einrichtungen des Gesundheitswesens
Institut Schwarzkopf GbR (Peggy Hauck)
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

13. bis 17. Oktober in Bad Kissingen
„Wundexperte ICW e.V.“ mit Zertifikat Basiskurs
Teil I: 13. - 17. Oktober 2014
Teil II: 27. - 28. November 2014
Institut Schwarzkopf GbR (Peggy Hauck)
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

14. Oktober 2014 in Bad Kissingen
Rezertifizierung "Wundexperte ICW e.V."
Institut Schwarzkopf GbR (Peggy Hauck)
p.hauck@institutschwarzkopf.de
www.institutschwarzkopf.de

17. bis 18. Oktober 2014 in Brandenburg
KAI Kongress für Außerklinische Intensivpflege
info@kai-brandenburg.de
www.kai-brandenburg.de

MAIK
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

24. bis 25. Oktober 2014
in München
Holiday Inn Munich - City Centre
www.maik-online.org

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: Print24

Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Nicole Greve (ng), Regina König (rk), Doris Marx-Ruhland, Michael Dewes, Janine Ehlers (je), Roland Walter, Prof. Dr. med. Rainer Willy Hauck, Barbara Helfrich (bh), Sarah Knieps (sk), Anja Hoffmann, Dieter Weber (dw), Kerstin Hirsch, Dr. Markus Stiletto, www.humorhilftheilen.de, www.bifos-ok.de, www.melanie-huml.de, www.no-limits-festival.de, www.evk-witten.de, www.apps-e.de, www.luftikus-baiersbronn.de

Anzeigenleitung:
Christoph Jaschke, Linda Stumpf
Derzeit gilt die Anzeigenpreisliste vom 1. August 2013.

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.

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

Cough Assist E70

Innovative Lösungen für die Erfüllung der Bedürfnisse des Patienten.

HOMECARE
Pneumologie
Neonatologie
Anästhesie
Intensivbeatmung
Schlafdiagnostik
Service
Patientenbetreuung

Neue Wege für die nichtinvasive Entfernung von Sekreten für eine verbesserte Lebensqualität des Patienten. Der neue Cough Assist E70 befreit Patienten mittels einzigartiger Technik von störendem Lungensekret. Er ist insbesondere für Patienten mit neuromuskulären Erkrankungen wie SMA, Muskeldystrophie, ALS, Myasthenia Gravis, Polio myelitis oder anderen neurologischen Störungen mit Paralysen der Atemmuskeln geeignet.

25. Januar 2014
HHB München.
Nähere Infos unter: www.hul.de

klein • leicht • mobil

Hilfsmittelnummer: 14.24.08.3003

Heinen + Löwenstein
Arzbacher Straße 80
D-56130 Bad Ems
Telefon: 0 26 03/96 00-0
Fax: 0 26 03/96 00-50
Internet: hul.de