GEPFLEGT
DURCHATMEN

Nummer 24 ■ April 2014

FACHZEITUNG

für außerklinische Intensivversorgung

Foto: Elke Schuhbauer

Editorial

Beim Deutschen Pflegetag in Berlin hat sich die Pflege, die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen, neu formiert. Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerates, ermahnte die Politik mit den folgenden Worten: „Jede Reform muss schon im Ansatz verpuffen, wenn nicht endlich an erster Stelle die Probleme der Pflegenden selbst in den Fokus gerückt werden“. Er forderte die Pflegekräfte zu mehr Selbstbewusstsein auf. Sollte sich nichts ändern, sei die Pflege auch für einen Streik gerüstet. Dr. Heiner Geißler, Bundesminister a.D., rief beim “Großen Parteitag der Pflege“ ebenfalls dazu auf, sich zu wehren. Er empörte sich über den Markt-Radikalismus im Gesundheitswesen und prangerte die Reduzierung der Pflegebedürftigen auf Kostenfaktoren, Fallpauschalen und bloße Kunden an. Auch beim X. contec forum in Berlin herrschte Aufbruchstimmung. Ist diese schon bei den jungen Pflegekräften angekommen? Oder sind sie von dem allgegenwärtigen Frust in der Pflege bereits infiziert? Wie denken junge Pflegekräfte, die in der außerklinischen Intensivversorgung tätig sind? Sie wollen in ihrem Beruf ohne Zeitdruck das tun, was sie in ihrer Ausbildung gelernt haben. Sie wollen etwas bewegen und gute Arbeit leisten. Und sie wollen, dass ihr Engagement wertgeschätzt wird. Die Qualität der Pflege und die Zufriedenheit der Mitarbeiter stehen in engem Zusammenhang. Doch Qualität in der Pflege hat ihren Preis! Das muss allen, die die Pflege reformieren wollen, klar sein. Ungeachtet der bestehenden Probleme ist und bleibt die Pflege ein toller Beruf!

Die Redaktion

Ein neuer Anfang für die Pflege

Gespannt hatte man nach den Koalitionsverhandlungen darauf gewartet, wer in der neuen Legislaturperiode für Gesundheit und Pflege zuständig sein würde. Die Überraschung war groß, als die Wahl auf Hermann Gröhe fiel, der von Oktober 2009 bis Dezember 2013 Generalsekretär der CDU Deutschlands war.

Am 17. Dezember 2013 wurde Hermann Gröhe zum neuen Bundesminister für Gesundheit ernannt. Dass der Politiker an sich „fachfremd“ ist, muss kein Nachteil sein. „Die Verbesserungen in der Pflege werden 'klarer Schwerpunkt' der Bundesregierung sein“, mit dieser Ansage eröffnete der neue Bundesgesundheitsminister den Deutschen Pflegetag, der vom 23. bis zum 25. Januar in Berlin stattfand. „Mit einer schrittweisen Erhöhung des Beitragssatzes wird das Leistungsvolumen der Pflegeversicherung in dieser Legislaturperiode schließlich um insgesamt 20 Prozent gesteigert. Das bedeutet deutlich bessere Leistungen für die Pflegebedürftigen, aber auch spürbare Entlastung für die pflegenden Angehörigen und die Pflegefachkräfte“, fuhr er fort. Erklärtes Ziel dieser Bundesregierung sei die Einführung eines neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs und der weitere Bürokratieabbau. Nicht jede Dokumentationspflicht, die einmal Sinn gemacht habe, sei heute noch zweckmässig. Das Anliegen der Pflegekräfte sei es, für die pflegebedürftigen Menschen da sein und nicht überflüssige Formulare auszufüllen. Da sich in den nächsten 15 Jahren die Zahl der Pflegebedürftigen von heute 2,5 Millionen auf 3,5 Millionen erhöhen werde, werde mit einer Beitragserhöhung von 0,1 Prozentpunkten ab 2015 mehr als eine Milliarde Euro pro Jahr in einen Fonds eingezahlt, den die Bundesbank verwalte. Dieser sei als eine Rücklage für die Zeit gedacht, in der die geburtenstarken Jahrgänge ins "Pflegealter" kämen. Spannend dürfte auch die Frage sein, ob in dieser Legislaturperiode die außerklinische Intensivversorgung einmal Eingang in die politische Diskussion finden wird. Denn auch diese bedarf dringend einer gesetzlichen Regelung. Allgemeine Informationen zum Bundesministerium für Gesundheit und zum neuen Bundesminister unter:
www.bundesgesundheitsministerium.de

Hermann Gröhe, *Bundesminister für Gesundheit*
Foto: Laurence Chaperon

Ansprechpartner für Bayerns Patienten

Der Nürnberger Landtagsabgeordnete Hermann Imhof ist seit dem 1. Februar 2014 neuer Patienten- und Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung. Er möchte ein Sprachrohr für die Interessen der Patienten, Pflegebedürftigen und Pflegenden sein.

Nicht nur auf Bundesebene, sondern auch im Freistaat Bayern gibt es einen neuen Patienten- und Pflegebeauftragten, den Landtagsabgeordneten Hermann Imhof, MdL. Die Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, Melanie Huml, sagte anlässlich seines Amtsantritts: "Patienten, Pflegebedürftige und Pflegende stehen im Mittelpunkt der bayerischen Gesundheits- und Pflegepolitik. Hermann Imhof ist als Vertrauensperson in Gesundheits- und Pflegefragen ein wichtiger Ansprechpartner für alle Bürger. Gemeinsam werden wir die Herausforderungen der Zukunft engagiert anpacken – zum Wohle der Menschen im Freistaat."
Der neue bayerische Patienten- und Pflegebeauftragte bekundete seine Freude darüber, dass er für diese neue Aufgabe ausersehen wurde. „Das ist ein sehr verantwortungsvolles Amt - und ich bin mir der Erwartungshaltung durchaus bewusst. Ich werde mit allen Akteuren im Gesundheits- und Pflegewesen zusammenarbeiten, um nach Wegen zu suchen, die Rahmenbedingungen von Patienten- und Pflegebedürftigen weiter zu verbessern.“
Beatmungspatienten, die in Bayern leben, sollten Hermann Imhof beim Wort nehmen und sich bei Fragen und Problemen im Rahmen ihrer Versorgung an ihn wenden. Weitere Informationen dazu unter www.stmgp.bayern.de und www.patientenportal.bayern.de/patientenbeauftragter

Melanie Huml, *Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, und* ***Hermann Imhof,*** *MdL, Patienten- und Pflegebeauftragter der Bayerischen Staatsregierung*

Ansprechpartner für Pflege und Patienten

Zum Pflege-Bevollmächtigten wurde Karl-Josef Laumann ernannt, der den Rang eines Staatssekretärs hat. Zugleich ist er der Beauftragte der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten. Er ist damit der Nachfolger des CSU-Politikers Wolfgang Zöller, der seit 2009 als Bundesbeauftragter die Interessen der Patienten vertreten hatte.

Wolfgang Zöller, MdB a.D. hatte es in seiner Amtszeit geschafft, die Patientenrechte erheblich zu stärken. Auf seine Initiative hin wurde die Unabhängige Patientenberatung Deutschland (UPD) ins Leben gerufen. Sie ist ein Verbund unabhängiger Beratungsstellen, an die sich jeder wenden kann. Die außerklinische Intensivversorgung war Wolfgang Zöller bekannt. So besuchte er im Jahr 2010 die Hauptverwaltung der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH und übernahm im Mai 2011 die Schirmherrschaft über die 19. Jahrestagung der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. mit dem 6. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der DGP in Berlin. Dort eröffnete er auch den Kongress. Zöllers Nachfolger Karl-Josef Laumann war zuletzt nordrhein-westfälischer CDU-Fraktionschef. Der Patientenbeauftragte soll helfen, die Rechte der Patientinnen und Patienten etwa gegenüber Ärzten, Kliniken und Krankenkassen geltend zu machen. Wer also als Beatmungspatient Probleme und Fragen hat, sollte sich unbedingt an Herrn Laumann wenden. Dies gilt auch für Pflegekräfte, die mit Laumann erstmals im BMG einen Pflege-Bevollmächtigten haben.

Mehr unter www.patientenbeauftragter.de

Karl-Josef Laumann, *Pflege-Bevollmächtigter und Beauftragter der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten*
Foto: Volker Zierhut, CDU-Fraktion NRW

Neue Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen

Am 16. Januar 2014 wurde Verena Bentele, die neue Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, von Bundessozialministerin Andrea Nahles in ihr Amt eingeführt. Bentele ist die erste Frau, die dieses Amt bekleidet und folgt Hubert Hüppe, MdB, der vier Jahre dieses Amt inne hatte.

Für Verena Bentele war es eine große Überraschung, als sie von Bundessozialministerin Andrea Nahles in das Amt der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen berufen wurde. Am 9. Januar 2014 schrieb Bentele in einem persönlichen Statement auf ihrer Homepage: „Ich freue mich schon jetzt auf ein spannendes Jahr 2014. Es wird definitiv kein Jahr zum Ausruhen. Aber das macht mir gar nichts – ich freue mich auf meine neuen Herausforderungen. Voriges Jahr habe ich den Gipfel des Kilimandscharo bezwungen, nun möchte ich mir Berlin genauer ansehen.“ Verena Bentele, die erfolgreichste deutsche Behindertensportlerin aller Zeiten, ist von Geburt an blind. Im Biathlon und im Langlauf hat sie zwölf Goldmedaillen bei Paralympics und vier Goldmedaillen bei Weltmeisterschaften erreicht. Zusammen mit ihrem Begleitläufer Thomas Friedrich wurde sie unter anderem als Weltbehindertensportlerin 2011 ausgezeichnet. Sie hat den Laureus World Sports Award und den Bambi erhalten. Parallel zum Sport schloss sie 2011 ihr Literaturwissenschaftsstudium an der LMU München mit der Note „sehr gut“ ab und ließ sich zum Systemischen Coach ausbilden. Nach 15 Jahren Leistungssport beendete sie Ende 2011 ihre Sportkarriere. Längst hat sie sich als Expertin für Personalentwicklung etabliert. Sie ist Top Speaker auf hochkarätigen Kongressen und coacht Führungskräfte. Zu ihren Kernthemen Vertrauen, Motivation, Teambuilding und Leistungsdruck hält sie Vorträge und gibt Seminare.

Jetzt muss auch sie sich zuerst einmal mit den Aufgaben einer Behindertenbeauftragten befassen. Diese wird jeweils für die Dauer einer Legislaturperiode bestellt. Nach § 15 BGG hat die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen die Aufgabe, darauf hinzuwirken, dass die Verantwortung des Bundes, für gleichwertige Lebensbedingungen für Menschen mit und ohne Behinderungen zu sorgen, in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens erfüllt wird. Innerhalb der Bundesregierung nimmt die Beauftragte Einfluss auf politische Entscheidungen und begleitet aktiv die Gesetzgebung. Zur Wahrnehmung dieser Aufgabe beteiligen die Bundesministerien die Beauftragte bei allen Gesetzes-, Verordnungs- und sonstigen wichtigen Vorhaben, soweit sie Fragen der Integration von behinderten Menschen behandeln oder berühren. Im Falle negativer Folgen des geltenden Rechts setzt sie sich für Änderungen ein und wirkt bei neuen Vorhaben auf die Berücksichtigung der Belange behinderter Menschen hin.

Die Beauftragte informiert über die Gesetzeslage, regt Rechtsänderungen an, gibt Praxistipps und zeigt Möglichkeiten der Eingliederung behinderter Menschen in Gesellschaft und Beruf auf. Sie wirbt um Solidarität und zielt mit allen Initiativen im politischen, öffentlichen und kulturellen Bereich auf die Gestaltung einer inklusiven Gesellschaft. Die Beauftragte ist zentraler Ansprechpartner bei der Bundesregierung in allen Angelegenheiten, die behinderte Menschen berühren. Sie hält engen Kontakt mit behinderten Menschen, ihren Verbänden, Selbsthilfegruppen und Organisationen. Dadurch erhält sie differenzierte Kenntnisse darüber, welche Probleme, Erwartungen und Ansprüche behinderte Menschen haben. Menschen mit und ohne Behinderungen können sich jederzeit mit Anfragen an die Beauftragte wenden. Die Beauftragte prüft dann, ob und welche Behörden, sonstige Institutionen oder Stellen zu beteiligen sind.
Die Beauftragte führt keine Rechtsberatung durch, darf nicht in schwebende Gerichts- oder Verwaltungsverfahren eingreifen und hat keine Weisungsbefugnis gegenüber Behörden. Sie kann daher nicht anweisen, bestimmte Entscheidungen abzuändern oder zu treffen, kann aber im Einzelfall um erneute Prüfung des Sachverhalts bitten. Die Beauftragte ist auch nicht für Angelegenheiten zuständig, die auf landesrechtlichen oder Vorschriften der Städte und Landkreise basieren. Es empfiehlt sich deshalb in Fällen, die nicht die Bundesebene betreffen, in erster Linie die örtlichen oder die Landesbehindertenbeauftragten anzusprechen, damit diese nach Problemlösungen in ihrem Wirkungsbereich suchen.

Darüber hinaus verfügt die Beauftragte selbst nicht über Fördermittel, mit denen Projekte oder Einzelpersonen unterstützt werden können. Sie kann aber ggf. bei der Suche nach geeigneten Fördermöglichkeiten behilflich sein.

Bei dieser Gelegenheit sei empfohlen, sich auf der Homepage der Behindertenbeauftragten immer wieder einmal umzusehen. Unter „Wissenswertes“ ist die Liste der Landesbehindertenbeauftragten eingestellt und es gibt viele nützliche Links zu wichtigen Portalen. Es werden auch immer wieder Broschüren angeboten. So ist im Bundesministerium für Arbeit und Soziales kurz vor dem Jahreswechsel die Broschüre „ Das Persönliche Budget für Menschen mit Behinderung - Einfache Sprache“ erschienen. Sie berichtet von Menschen, die das Persönliche Budget bekommen. Anhand von 54 Beispielen aus der Praxis wird gezeigt, wie das Persönliche Budget im Alltag funktioniert. Die Broschüre wurde in Einfacher Sprache geschrieben, damit sie Menschen mit Behinderung gemeinsam mit ihren Betreuern lesen können. Hiervon gibt es auch eine Version in normaler Sprache. Beides kann unter www.bmas.de unter Publikationen bestellt werden. Wer Fragen hat, kann das Bürgertelefon nutzen, das von montags bis donnerstags zwischen 8.00 und 20.00 Uhr besetzt ist.
Für den Themenbereich "Infos für Menschen mit Behinderungen" **Telefon 030 221 911 006**
Quellen: www.behindertenbeauftragte.de und www.biathlon-bentele.de

„Verena Bentele ist für Bundesregierung Gold wert“, mit diesen Worten kommentierte Friedhelm Julius Beucher, Präsident des Deutschen Behindertensportverbands die „großartige Pesonalentscheidung“ von Bundesarbeits- und Sozialministerin Andrea Nahles.

Verena Bentele, *Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen*
Foto: Susie Knoll

WISSEN VERMITTELN

BASISKURS AUSSERKLINISCHE BEATMUNG

23. bis 27. Juni 2014
in Unterhaching
22. bis 26. September 2014
in Augsburg
24. bis 28. November 2014
in Unterhaching

akkreditiert durch die

DIGAB
Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung

Veranstalter:
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH

Infos und Anmeldung unter:
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

Unsere Botschaften sind angekommen!

Dieses Fazit zog Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerates und Mitinitiator des 1. Deutschen Pflegetages, der vom 23. bis 25. Januar 2014 in Berlin stattfand. Organisatoren waren der Deutsche Pflegerat zusammen mit Springer Medizin, dem AOK-Bundesverband, dem GKV-Spitzenverband und dem Deutschen Städte- und Gemeindebund DstGB. Über 1500 Teilnehmer waren der Einladung ins Maritim pro Arte Hotel gefolgt.

Andreas Westerfellhaus eröffnete mit einer kurzen kämpferischen Rede den „Großen Parteitag der Pflege“, bei dem er den neuen Bundesminister für Gesundheit, Hermann Gröhe, den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten und Bevollmächtigten für Pflege, Karl-Josef Laumann, die Bundesminister a.D. Franz Müntefering und Dr. Heiner Geißler, und das Mitglied des geschäftsführenden Vorstands des DBfK Bundesverbandes, Gertrud Stöcker begrüßte. „Wir, die größte Gruppe im Gesundheitswesen“, so der Redner, „merken es als erstes, wenn die Luft ausgeht!“ Und die war schon in der vergangenen Legislaturperiode knapp gewesen, nachdem das ausgerufene Jahr der Pflege sang- und klanglos verstrichen war. Jetzt sei, so Westerfellhaus, die Zeit des Analysierens vorbei. Die Pflegenden seien sich immer mehr ihres Wertes bewusst und würden sich nicht noch einmal vertrösten lassen. Ohne professionell Pflegende sei eine pflegerische Versorgung der Menschen in unserer Gesellschaft nicht zu leisten, und diese wollen gehört und einbezogen werden. Sie auszublenden wäre fahrlässig. „Wir sind nicht ersetzbar“, so Westerfellhaus. An die Politik gewandt, sagte er: „Gehen Sie den Weg gemeinsam mit der Berufsgruppe und nicht über diese hinweg. Suchen Sie den direkten Weg zu uns."

Anstelle von Bundeskanzlerin Angela Merkel war Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe gekommen. In seiner Rede betonte er, dass die Bundesregierung angesichts der aktuellen Herausforderungen und vor dem Hintergrund der weiteren Folgen des demografischen Wandels die Pflege zu einem Schwerpunkt ihrer Arbeit gemacht habe. „Für die Verbesserungen in der Pflege werden wir in dieser Legislaturperiode stufenweise insgesamt sechs Milliarden Euro mehr zur Verfügung stellen. Das ist eine gute Nachricht für Pflegekräfte - genauso wie für Menschen, die

Großer Ansturm bei der Pressekonferenz und begeisterter Applaus für die kämpferische Rede von ***Dr. Heinrich Geißler***

Pflege brauchen, und ihre pflegenden Angehörigen“, so der Bundesgesundheitsminister. Bei der Pressekonferenz zum Deutschen Pflegetag 2014 stellten Jürgen Graalmann, Vorstandsvorsitzender, AOK Bundesverband, Dr. Gerd Landsberg, Geschäftsführendes Präsidialmitglied, Deutscher Städte- und Gemeindebund sowie Andreas Westerfellhaus ihr gemeinsames Papier „Pflege geht alle an – Pflegekassen, Kommunen und Pflegeberufe fordern, jetzt die richtigen Weichen zu stellen“ vor. Es kann unter www.aok-bv.de/presse/medienservice/thema/index_11353.html heruntergeladen werden. Graalmann betonte, dass es nicht noch einmal passieren dürfe, dass politischen Ankündigungen keine Taten folgen. Unbedingt erforderlich sei es, dass endlich auch ein neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff umgesetzt werde. "Eine weitere Pflege-Reform ohne einen neuen Begriff ist nicht akzeptabel", sagte Graalmann. Die Kommunen seien politisch, organisatorisch und finanziell noch nicht auf den steigenden Pflegebedarf vorbereitet, räumte der Geschäftsführer des Deutschen Städte- und Gemeindebunds, Gerd Landsberg, ein. Bereits bei der Stadtplanung müssten in Zukunft die erforderlichen häuslichen Versorgungsdienste, ambulante Pflegeeinrichtungen und ein vernetztes Hilfesystem im Sozialraum bedacht und berücksichtigt werden, so Landsberg.

Der jüngst erschienene Pflegereport 2030 der Bertelsmann Stiftung prognostiziert eine Versorgungslücke von rund einer halben Million Vollzeitkräfte. Auch aus diesem Grund darf die Pflegereform „kein Flop“ werden, das war die einhellige Meinung der Teilnehmer an der Pressekonferenz.

Nächstenliebe ist eine Pflicht!

Dr. Heiner Geißler, Bundesminister a.D. warnte am 23. Januar 2014 in einer aufrüttelnden Rede vor einem Pflegenotstand und forderte eine grundlegende Bewusstseinsveränderung. Nächstenliebe sei eine Pflicht, die die Pflegekräfte Tag für Tag erfüllten. Für seine flammende Rede erhielt der Referent stehenden Beifall.

„Empört Euch!“ ist der Titel eines Essays des ehemaligen französischen Widerstandskämpfers und UN-Diplomaten Stéphan Hessel, den er im Oktober 2010 veröffentlichte. Auch in Deutschland wurde das schmale Bändchen ein Bestseller. Der 93-jährige Autor, der inzwischen verstorben ist, kritisierte viele Aspekte der gegenwärtigen politischen Entwicklung, insbesondere im Hinblick auf die Finanzkrise und deren Folgen. Und er rief dazu auf, sich endlich wieder zu empören und Widerstand zu leisten. Dies tat auch der 83-jährige Dr. Heiner Geißler auf dem 1. Deutschen Pflegetag. Die über eine Million Pflegenden im Lande sollten „Krach machen, streiten und streiken“! Sie sollten dafür kämpfen, dass die Politik ihrem Sicherstellungsauftrag nachkomme und bessere Arbeitsbedingungen für die Pflege schaffe. Diese müsse endlich wieder genug Zeit dafür haben, das zu tun, was sie gelernt habe. Die Pflege sei chronisch unterfinanziert. Seit Jahren mute man den sozialen Einrichtungen zu, diese Unterfinanzierung zu kompensieren. Die von der Großen Koalition angekündigten finanziellen und strukturellen Hilfen reichten bei weitem nicht aus!

„Geld gibt es genug, es ist nur in den Händen der falschen Leute“, so Geißler. 85 Menschen auf dieser Erde seien reicher als die Hälfte der Menschheit! Ludwig Erhard habe mit seinem Leitspruch „Wohlstand für alle“ die soziale Marktwirtschaft propagiert, heute herrsche reiner Markt-Radikalismus, der am liebsten ganz ohne Staat agieren würde. Geld, Geiz und Gier würden die Welt beherrschen und hätten

„die Hirne der Verantwortlichen regelrecht zerfressen“. Die Gesellschaft sei seit den 1980er Jahren zunehmend durchökonomisiert worden, auch im Gesundheitswesen. Dabei sei die Menschenwürde, wie dies im Grundgesetz stehe, unteilbar. Es dürfe demnach keine Rolle spielen, ob jemand Mann oder Frau, Deutsch oder nicht Deutsch, arm oder reich sei. Die heutige Diskriminierung sei subtil. Es sei diskriminierend, den Menschen auf einen Kostenfaktor, eine Fallpauschale, einen Kunden zu reduzieren. „Je mehr ein Mensch kostet, desto weniger ist er wert“, so Geißler. Rein betriebswirtschaftliches Denkens habe die Gesellschaft und das Gesundheitswesen vergiftet. Die Grundlage dieser Welt sei der Gedanke, den Menschen zu helfen, die in Not sind. Dies sei die „vornehmste humane Pflicht auf dieser Erde“. „Die Nächstenliebe oder modern gesprochen die Solidarität ist keine Gefühlsduselei, keine platonische Angelegenheit, nichts, das mit seelischem Wohlbefinden zu tun hat, eben kein Gutmenschentum. Nächstenliebe ist eine Pflicht.“ Diese Pflicht würden tagtäglich die Pflegekräfte erfüllen. Unter der Ökonomisierung leide die Pflege ganz besonders, und sie brauche wesentlich mehr Geld. So forderte Geißler, der Mitglied des Attac-Netzwerkes ist, die Einführung der Finanztransaktionssteuer für die rund zwei Billionen Dollar, die täglich auf der Welt im Umlauf seien. Mit großer Leidenschaft forderte er zu einem „Empört Euch“ darüber auf, dass in Deutschland zwar die besten Maschinen gebaut würden, aber viel zu wenig für eine Pflege getan werde, die den Menschen dient.

Man hätte im großen Vortragssaal im Maritim pro Arte Hotel eine Stecknadel fallen hören, so ergriffen waren die Zuhörer. Sie erhoben sich von ihren Plätzen und applaudierten über 90 Sekunden lang.

Podiumsdiskussion „Deutschland und das Pflegedefizitsyndrom“

An der anschließenden Podiumsdiskussion „Deutschland und das Pflegedefizitsyndrom“ nahmen Dr. Heiner Geißler, Bundesminister a.D., Gernot Kiefer, Vorstand GKV-Spitzenverband, Fritz Schösser, Aufsichtsratsvorsitzender AOK-Bundesverband, Prof. Dr. Frank Weidner, Direktor Deutsches Institut für angewandte Pflegeforschung (dip) e.V. und Andreas Westerfellhaus, Präsident Deutscher Pflegerat (DPR) e.V. teil. Man war sich einig, dass die Arbeit der Pflegenden mehr wertgeschätzt und besser bezahlt werden müsse. Die Frage, warum sich gerade die Deutschen mit der Wertschätzung der Pflege so schwer täten, konnte nicht beantwortet werden. Ein Blick ins Ausland, nach Skandinavien, in die Niederlande oder nach England würde sich lohnen. Dort werde sehr viel mehr in die Pflege investiert. Die Arbeitsbedingungen in der Pflege in Deutschland hätten sich, so Prof. Weidner, stetig verschlechtert. Jetzt suche man im Ausland Pflegekräfte, die zu so schlechten Bedingungen arbeiten wie das unsere Pflegekräfte nicht mehr wollen. Gernot Kiefer warnte davor, nur auf die Politik zu warten. Die Selbstverwaltung könne auch ganz gut ohne den Staat handeln. Schösser plädierte dafür, miteinander für ein bestmögliches Ergebnis aktiv werden und warnte davor, einander auszuspielen.

Das Geld, das die Politik derzeit für die Pflege bereitstelle, sei „ein Tropfen auf den heißen Stein“. Westerfellhaus stellte klar, dass das Jahr 2014 ein neuer Aufbruch der Pflege sei. Man werde nicht mehr so viel Geduld an den Tag legen, wie in dem sogenannten „Jahr der Pflege“, das eine Farce gewesen sei. Professionelle Pflege finde ab der Geburt bis zum Lebensende statt. Es sei falsch, sie zu segmentieren. Im Wettbewerb müsse viel mehr die Tatsache eine Rolle spielen, „dass wir in Deutschland ein tolles Pflegepersonal haben“. Bezugnehmend auf Dr. Geißler erklärte er, dass die Pflege durchaus in der Lage sei zu streiken. Man werde für gemeinsame Aktionen neue Allianzen eingehen, denn meist erreiche man sehr viel mehr über Menschen als über Institutionen. „Die Pflege hat allen Grund, selbstbewusst zu sein“, dies war das Fazit einer kontrovers geführten Diskussion, die den guten Willen aller Akteure zur gemeinsamen Stärkung der Pflege zeigte.

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

X. contec forum Pflege und Vernetzung

Unter der Überschrift „Reformen gestalten statt Pflege verwalten!“ stand das X. contec forum „Pflege und Vernetzung“ der contec Management- und Unternehmensberatung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft am 15. und 16. Januar 2014 im Berliner HUMBOLDT CARRÉ.

10 Jahre Expertenforum

In seiner Eröffnungsrede blickte Geschäftsführer Detlef Friedrich auf die vergangenen 10 Jahre zurück. Das erste Zukunftsforum hatte den Schwerpunkt „Entbürokratisierung der Pflege 2004“, ein Thema, das heute noch immer aktuell ist. Auch die Umsetzung der Pflegeversicherung begleitete die contec im Rahmen ihres Zukunftsforums, das stets hochkarätige Referentinnen und Referenten mitgestalten. Immer ist die Fachpolitik vertreten, oft die zuständigen Minister selbst oder ihre Staatssekretäre. Gleichzeitig werden beim Zukunftsforum wegweisende Best Practice-Beispiele vorgestellt. Denn Detlef Friedrich empfiehlt seit vielen Jahren, sich all das ganz genau anzuschauen, was funktioniert, und zu prüfen, was man davon übernehmen könnte. Kontraproduktiv sei es, in der Pflege Trübsal zu blasen! Inspiration durch Vernetzung und die Kommunikation über positive Beispiele könnten sehr viel mehr bewirken als Klagen über scheinbar Unabänderliches. Denn Veränderungen sind immer möglich!

Unter diesem Vorzeichen ist die contec Management- und Unternehmensberatung der Gesundheits- und Sozialwirtschaft seit über zwei Jahrzehnten erfolgreich tätig. Sie hat ein engmaschiges Netzwerk aufgebaut und verfügt über hervorragende Beziehungen. Die Herren mit der Fliege und die kompetenten Mitarbeiterinnen sind bundesweit bekannt und beliebt. Seit dem 25. Geburtstag im vergangenen Jahr hat sich die contec neu aufgestellt. Erwähnt seien an dieser Stelle die drei Geschäftsführer Detlef Friedrich, Dietmar Meng und Thomas Müller.

Energiewende Pflege

Die zentralen Fragestellungen des zehnten Expertenforums zur Pflege und Vernetzung lauteten: Was hat „Pflege“ eigentlich mit Wohnsituation und der Verpflegung zu tun? Qualitätsmanagement in der Vernetzung – eine Umsteuerungsaufgabe! sowie Personaleinsatz jenseits struktureller Denkhemmnisse und Kontrollverlustangst! Die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, Ingrid Fischbach, MdB, berief sich auf den Koalitionsvertrag und bekräftigte, dass so schnell wie möglich der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt werden müsse. Sie sprach sich für eine Verbesserung der Betreuungsleistungen, für die Einführung von Budgets für Tages- und Kurzzeitpflege und die Erhöhung der Attraktivität des Pflegeberufs aus. Dazu gehöre die Vereinbarkeit von Familie und Beruf und die Anrechnung der Pflegezeit in der Rentenversicherung. Als neue Grundsätze nannte sie die Prävention von Pflegebedürftigkeit und Stärkung der geriatrischen Reha, Verbesserung der medizinischen Versorgung und die Stärkung der Pflege zuhause. Denn die häusliche Pflege durch Angehörige sei das Rückgrat der Pflege. Sie strebe auch den Ausbau von Fallmanagement und Alltagsunterstützung an. Insgesamt sei dies „ein sehr großer Arbeitsbereich“, und sie forderte die Zuhörer auf: „Begleiten Sie uns aktiv mit Vorschlägen, Kritik und Lob!“

Bei der Eröffnungsdiskussion unter dem Motto „Energiewende Pflege“ ging es um die Art und Weise des Mitgestaltens. Könnte beispielsweise ein „Nationaler Aktionsplan Pflege“ als Motor für den Reformprozess dienen? Werner Hesse, Geschäftsführer Recht, Personal, Betriebswirtschaft des Paritätischen Gesamtverbandes e.V. stellte die Aktualität der derzeitigen Struktur der Trägerlandschaft in Frage. 40 Prozent der Pflegeheime hätten inzwischen zwei Leistungsträger, die Pflegekasse und die Sozialhilfe, 80 000 Menschen seien in beiden Systemen. Es sei eine Fehlkonstruktion, wenn immer mehr Menschen auf Sozialhilfe angewiesen seien. Ihm fehle die kommunale Beteiligung. Die Pflegekassen hätten keine Infrastruktur entwickelt und die Pflegeversicherung sei zu sehr auf die Medizin fokussiert. Wichtiger sei der Sozialraum. Das Gemeinwesen müsse demografiefest gemacht werden, wobei die Pflegevermeidung ganz besonders wichtig sei.

Dr. h.c. Jürgen Gohde, Vorsitzender des Kuratoriums Deutsche Altershilfe, appellierte an jeden im Raum, sich selbst darüber klar zu werden, wie er alt werden möchte. Man müsse hinterfragen, welche Produkte eine möglichst lange Selbständigkeit ermöglichten. Davon aber sei im Koalitionsvertrag genausowenig zu finden wie zum Thema Überleitung.

*contec Geschäftsführer **Dietmar Meng** (links) und **Detlef Friedrich** (rechts)*

Rund 90 Teilnehmer aus dem ganzen Bundesgebiet kamen zum X. contec forum Pflege und Vernetzung

***Ingrid Fischbach,** MdB, Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesministerium für Gesundheit, bekräftigte, dass der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff so schnell wie möglich eingeführt werden müsse*

*Dieses bewährte **contec-Team** organisierte das contec-Forum. Detlef Friedrich bedankte sich bei ihm sehr herzlich. (von links): **Jana Gebicke, Nina Dargel, Maike Mülders** und **Jessica Hernández**.*

Dabei sei es wichtig, gerade die Übergänge zu gestalten. 10 Tage reichten hierfür bei weitem nicht aus. Es müsse ein grundlegender Strukturwandel erfolgen, vergleichbar mit der Energiewende oder der Durchsetzung der Kinderbetreuung. „Wenn wir etwas erreichen wollen, brauchen wir Geld, individuell angepasste Lösungen und individuelle Fallbegleitung“, so Gohde.
Hanno Heil, Vorsitzender des Verbandes katholischer Altenhilfe in Deutschland e.V. kritisierte, dass die Politik zu langsam sei. „Wir laufen mit der Praxis vor der Politik her“, wobei der Gesetzgeber „das nicht hinkriegt, was wir in der Praxis längst viel besser machen“. Das Problem aber sei, dass die Unternehmen schon seit geraumer Zeit die Mängel kompensierten, und dies geschähe immer wieder über das Personal. Viel wichtiger als Imagekampagnen sei die Verbesserung der Rahmenbedingungen der Pflege. Thomas Knieling, Bundesgeschäftsführer des Verbands Deutscher Alten- und Behindertenhilfe e.V. stellte daraufhin die Frage, warum die Pflege nicht endlich einmal streike. Viele Leistungserbringer hätten das Gefühl, nur Erfüllungsgehilfen von externen Anforderungen zu sein. Für gute Ideen, die sie durchaus hätten, gäbe es keinen Spielraum! Bernhard Schneider, Hauptgeschäftsführer der Evangelischen Heimstiftung, verwies auf das Netzwerk SONG, das längst das Quartiersmanagement durchführe. „Die Träger sind eben alles andere als träge!“, man könne durchaus selbst gestalten, wenn man nicht mehr auf die Politik warten wolle. Diese müsste allerdings die Leistungen der Pflegeversicherungen verdoppeln und für mehr Pflegepersonal sorgen. Die Diskussionsteilnehmer waren sich einig, dass ein breites Bündnis für die Pflege und eine starke Vernetzung untereinander erforderlich sei, um noch mehr bewegen zu können.

WahlVersprechen

Zu einem kritischen Vorausblick auf die neue Legislaturperiode waren Hilde Mattheis, MdB, die gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, Elisabeth Scharfenberg, MdB, Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik der Grünen im Deutschen Bundestag, und Erwin Rüddel, MdB, CDU/CSU. Mattheis lobte den Koalitionsvertrag, der im Bereich der Pflege doch sehr gelungen sei. Pflege sei eine Art von Daseinsvorsorge, für die der Staat zu sorgen habe. Die Finanzierung müsse gesichert sein. „Schnellstmöglich“ werde, laut Koalitionsvertrag, der Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt. Sie sei nicht euphorisch, aber zuversichtlich. „Wir wollen Cash mehr für die Pflegekräfte, Aufstiegsmöglichkeiten und eine bessere Ausbildung“, der Koalitionspartner müsse aber für mehr Steuergerechtigkeit sorgen und höhere Steuern für Besserverdienende durchsetzen. Nach dieser Legislaturperiode erwarte sie, dass sich die Kommunen mehr für die Pflege begeistern, dass der Pflegebedürftigkeitsbegriff eingeführt ist und die gesellschaftliche Anerkennung der Pflegefachkräfte und die Wertschätzung dieser Dienstleistung erheblich zugenommen haben.
Scharfenberg nannte den Koalitionsvertrag „eine nette Sammlung von Ideen“. Die „Zeit der Worthülsen“ sei aber vorbei. Die Pflege sei

Dr. Peter Pick, Geschäftsführer des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. erläuterte die Frage „Quo vadis, Medzinischer Dienst?“

ein enorm großer Markt, der in die falsche Richtung gehe. So würden die Fachkräfte wie „Zitronen“ ausgequetscht, weil die Arbeitgeber ihre Fürsorgepflicht lange vernachlässigt hätten. Es müsse für die Pflege mehr Geld zur Verfügung gestellt werden. Nicht die Dokumentation, sondern die Ergebnisse in der Pflege müssten verstärkt geprüft werden. Ein erster wichtiger Schritt wäre die Förderung der Pflegevermeidung. Die pflegenden Angehörigen müssten zudem deutlich mehr unterstützt werden. Sie zeigte Unverständnis dafür, warum die Pflege so wenig kämpferisch sei. Sie forderte die Aussetzung des Pflege-TÜVs, weil er viel zu viele Ressourcen binde, die woanders dringender gebraucht würden. Insgesamt fürchte sie, dass es gar nicht zu einer Reform der Pflege komme.

Jens Spahn, MdB, der Sprecher für Gesundheitspolitik für die CDU/CSU-Bundestagsfraktion, wurde von seinem Fraktionskollegen Erwin Rüddel, MdB, vertreten. Zu allererst müsse die Pflege mehr Zeit bekommen, gefolgt von der Forderung nach mehr Geld und die Entlastung der Pflegekräfte. „In vier Jahren werden wir über 100 000 Pflegekräfte mehr haben, die bei weitem zufriedener sind als heute. Wir werden noch mehr Wohnformen haben und die häuslich Pflegenden werden weitaus mehr wertgeschätzt“, so seine Prognose.

„Es ist so viel Bewegung in der Szene! Gehen Sie in die Gremien, diskutieren Sie mit in den Kammern! Schreiben Sie Ihre Anliegen auf!“, so Friedrich an die Zuhörerschaft. Jeder müsse seinen Beitrag leisten, um neue Strukturen zu schaffen. Eine der wichtigsten Voraussetzung sei, dass die Pflege mehr Selbstbewusstsein entwickle.

Best Practice

Am 2. Tag fanden parallel laufende DialogForen statt, in denen Praxisprojekte vorgestellt und diskutiert wurden. Die Themen reichten von der Konversion Pflege und Behindertenhilfe bis zu Personal und Gesundheit und neue Entwicklungen. Das X. Expertenforum war wieder eine ausgesprochen niveauvolle und inspirierende Veranstaltung. Wer etwas in der Pflege bewegen möchte, sollte sich das XI. contec forum im kommenden Jahr nicht entgehen lassen.

Mehr zur **contec** und zur Veranstaltung unter www.contecforum.de und www.zukunftpflege.de

*Von links: Moderator der Podiumsdiskussion **Klaus Vater,** stellv. Sprecher a.D. der deutschen Bundesregierung, **Hilde Mattheis,** MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, **Elisabeth Scharfenberg,** MdB, Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik der Grünen im Deutschen Bundestag und **Erwin Rüddel,** MdB, von der CDU/CSU-Fraktion.*

***Nadine-Michèle Szepan,** Leiterin der Abteilung Pflege des AOK-Bundesverbandes, referierte über „Vergütungsmodelle unter dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff“.*

Fotos: U. Lange, contec

WISSEN VERMITTELN

GRUNDLAGEN DER BEATMUNG

Teil 1
21. Mai 2014
05. November 2014
12.00 – 17.00 Uhr

Grundlagen der Beatmung
Teil 2
22. Mai 2014
06. November 2014
9.00 – 17.00 Uhr

Veranstalter:
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH

Tagungsorte:
Unterhaching oder Augsburg
(Je nach angemeldeten Teilnehmern wird über den Ort entschieden)

Infos und Anmeldung unter:
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

4. Intensivpflegetag Nordbayern

Die Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege Nordbayern e.V. veranstaltete am 2. April 2014 den 4. Intensivpflegetag Nordbayern im Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken. Die Veranstaltung erfreut sich einer immer größeren Beliebtheit und ist inzwischen in der Region eine feste Größe. Dies ist nicht zuletzt das Verdienst der beiden ARGE-Vorsitzenden Michael Wehner und Dieter Weber, die den Intensivpflegetag Nordbayern vor vier Jahren ins Leben gerufen haben. Schirmherrin des diesjährigen Intensivpflegetages Nordbayern war Sabine Dittmar, MdB. Sie schickte das folgende Grußwort.

Copyright(c)
Deutscher Bundestag / Stella von Saldern

Sabine Dittmar, MdB
Mitglied des Gesundheitsausschusses

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Schirmherrin des zwischenzeitlich 4. Intensivpflegetags Nordbayern darf ich Sie recht herzlich im Thoraxzentrum des Bezirks Unterfranken in Münnerstadt begrüßen! Begrüßte ich Sie im vorletzten Jahr als Landtagsabgeordnete, darf ich dies heute als SPD-Bundestagsabgeordnete und Mitglied im Bundestagsausschuss für Gesundheit tun. Das Parlament ist ein anderes, die Themenschwerpunkte blieben und sind so aktuell wie eh und je.

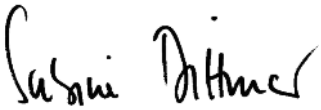
Als Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege möchten Sie u.a. mit regelmäßigen Fort- und Weiterbildungen zum kontinuierlichen Ausbau der Fachkompetenz beitragen. Und Sie möchten mit Veranstaltungen wie dem Intensivpflegetag Fachdiskurse und Raum für inhaltliche Diskussion bieten, wie das diesjährige Programm erneut beweist:

Entwicklungen in der Telemedizin, die Entwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten der in der Pflege Beschäftigten, Qualitätsprüfungen im ambulanten und stationären Intensivpflegebereich und Qualitätsprüfungsrichtlinien, dies sind alles hochinteressante Themen auf der Tagesordnung. Dass für ambulante und stationäre Intensivpflege beispielsweise die gleichen Abrechnungs- und Qualitätsprüfungsrichtlinien gelten sollten, sind m. E. berechtigte Anliegen und müssen auf allen Ebenen diskutiert werden, auch im Gesundheitsausschuss des Bundestags.

Leider kann ich diesmal beim Intensivpflegetag nicht persönlich anwesend sein, stehe Ihnen aber natürlich als Ansprechpartnerin in Sachen Gesundheit und Pflege jederzeit zur Verfügung!

Ich wünsche Ihnen interessante Vorträge, Diskussionen, Erkenntnisse und einen rundum gelungenen Intensivpflegetag 2014!

Ihre
Sabine Dittmar, MdB



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

Informationen zum 4. Intensivpflegetag Nordbayern unter www.intensivpflege-nordbayern.de

Entlassungsmanagement ist eine interdisziplinäre Aufgabe

Die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V. (DVSG) definiert in einem Positionspapier mit der Überschrift „Entlassungsmanagement muss als interdisziplinäre Aufgabe ausgestaltet werden" die Anforderungen an die Überleitung in die häusliche Versorgung. In der außerklinischen Intensivversorgung werden durch das Entlassungsmanagement wichtige Weichen für die häusliche Versorgung gestellt. Ein Blick in das Positionspapier lohnt sich.

Entlassungsmanagement hat als Versorgungsaufgabe der Krankenhäuser und Rehabilitationskliniken in den letzten Jahren an Bedeutung gewonnen. Gründe dafür sind unter anderem die Erkenntnis, dass der medizinische Behandlungserfolg in der stationären Akutversorgung und Rehabilitation durch Reibungsverluste an Schnittstellen sowie Problemen bei nicht gelingender Organisation der Anschlussversorgung in Frage gestellt werden kann. Brüche in der Behandlung, instabile häusliche Versorgungsarrangements oder die nicht-rechtzeitige Einleitung bzw. nicht-passgenaue Auswahl von Maßnahmen der Anschlussversorgung können bei den Patienten zu vermeidbaren gesundheitlichen und sozialen Problemen sowie funktionalen Einbußen führen.

Der Vorstand der Deutschen Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) hat im Oktober 2013 ein Positionspapier zum Entlassungsmanagement durch Soziale Arbeit in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken verabschiedet. Mit dem Positionspapier nimmt der Fachverband eine Einschätzung der aktuellen Diskussion um das Entlassungsmanagement vor und formuliert Anforderungen an die Weiterentwicklung dieses Feldes aus der Perspektive der Sozialen Arbeit. Entlassungsmanagement wird zunehmend als interprofessionelle Aufgabe verstanden, an der neben Ärzten und therapeutischen Berufsgruppen vor allem Fachkräfte der Pflege und Fachkräfte der Sozialen Arbeit mitwirken. Hier haben sich in den letzten Jahren positive Konzepte interprofessioneller Zusammenarbeit entwickelt. Verschiedentlich gingen Neustrukturierungen der Entlassungsplanung allerdings mit einer Einengung des Leistungsspektrums einher. Real führten Veränderungen von Rahmenbedingungen in vielen Kliniken nicht zu einem interdisziplinären Entlassungsmanagement, sondern zu einer Fokussierung auf rein pflegerische Überleitung.

Im Hinblick auf die Qualitätssicherung des Entlassungsmanagements hält die DVSG die Erarbeitung eines interdisziplinären Expertenstandards, in den alle beteiligten Professionen ihre Kompetenzen einbringen, für unabdingbar. Dieser muss durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert werden. Bestandteil des Konzeptes sollte auch die Verzahnung des Entlassungsmanagements mit psychosozialen Beratungs- und Unterstützungsleistungen sowohl innerhalb des Krankenhauses und der Rehabilitationsklinik als auch mit ambulanten Beratungsangeboten sein.

Weiterhin müssen die häufig nebeneinander bestehenden Strukturen des Entlassungsmanagements von Pflege und Sozialer Arbeit sowie anderer Professionen mittelfristig eng verzahnt bzw. in einer Organisationseinheit integriert werden. Entlassungsmanagementleistungen als Bestandteil der Krankenhausbehandlung muss den Krankenhäusern so vergütet werden, dass ein qualitativ hochwertiges Angebot damit refinanzierbar ist. Der Finanzierungsmodus muss gezielte finanzielle Anreize für die Schaffung einer hohen Qualität der Beratung und der individuellen, bedarfsangepassten Umsetzung von Entlassungsmaßnahmen unter Wahrung der Teilhabe- und Selbstbestimmungsrechte der Patienten setzen.

Für das Entlassungsmanagement in Akutkrankenhäusern und Rehabilitationskliniken bestehen so gut wie keine gesetzlichen Regelungen zur Sicherung der Qualität der Leistungen. Mindestanforderungen an die Qualifikation der mit dem Entlassungsmanagement betrauten Fachkräfte und die Einbindung der verschiedenen Professionen bieten eine Minimalabsicherung der Leistungsqualität. Die Landeskrankenhausgesetze und die zweiseitigen Verträge nach §112 SGB V müssen bundesweit um Aussagen zu qualifikatorischen Mindestanforderungen zum Entlassungsmanagement und der Sozialdienste ergänzt werden. Fachkräfte der Sozialen Arbeit (Diplom, Bachelor und Master) und speziell weitergebildete Pflegekräfte sind hier mit festgeschriebenen Stellenquoten zu verankern. Die Zuständigkeit des Entlassungsmanagements endet heute an der Krankenhaustür. Um die Weiterversorgung der Patientinnen/Patienten nachhaltig zu sichern, können zum einen die Kompetenzen des Entlassungsmanagements in den ambulanten Bereich hinein ausgeweitet und Verordnungen von Nachsorgemaßnahmen aus dem Krankenhaus vereinfacht werden. Zum anderen braucht es ein „ambulantes Gegenüber" für die Beratungsarbeit der Sozialdienste und des Entlassungsmanagements, um die Patientinnen/Patienten auch im ambulanten Bereich durch Case-Management, soziale Beratung und gesundheitsedukative Maßnahmen unterstützen zu können. Dazu ist die Vernetzung des Entlassungsmanagements/der Sozialdienste mit Institutionen der ambulanten Beratungs- und Case-Management-Infrastruktur (Pflegestützpunkte, Krebsberatungsstellen, Gesundheitsämter, Integrationsfachdienste, Rehabilitationsdienste, ambulante gesundheitliche und soziale Beratungsstellen usw.) zu verbessern und nach einer Erprobungsphase entsprechender Modelle gesetzlich verbindlich zu regeln. Ferner sollte die Ansiedlung ambulanter Beratungsstrukturen (z.B. Pflegestützpunkte) an Krankenhäuser und die Vernetzung mit den krankenhauseigenen Beratungsdiensten wissenschaftlich begleitet erprobt werden.

Mehr unter www.dvsg.org
(Aktuelles–Stellungnahmen/Positionen)

Das Entlassungsmanagement ist ein wichtiges Thema in der außerklinischen Intensivversorgung. Es wird in der S2-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz" unter Punkt 6.2. (und folgende) und in den „Durchführungsempfehlungen zur invasiven außerklinischen Beatmung. Gemeinsame Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie (DGP), der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB), des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) und des AOK-Bundesverbandes (AOK-BV)" in Punkt 3 und „Voraussetzungen für die Entlassung aus der stationären Betreuung" (Punkt 3.1.) eingehend behandelt.
Aus den folgenden Berufsgruppen sollte sich demnach das Überleitmanagement-Team (in Kooperation mit dem Patienten und den Angehörigen) zusammensetzen:

- Überleitmanager
- Arzt (klinisch und außerklinisch)
- Pflegeteam (klinisch und außerklinisch)
- Geräteprovider
- Sozialarbeiter, Sozialpädagogen
- ggf. Therapeuten
- ggf. Leistungsträger

Aber wer steuert tatsächlich den Überleitungsprozess? Diese Frage wurde im Rahmen eines Workshops beim 6. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress mit dem Leiter des Sozialdienstes einer großen Klinik diskutiert. Die Debatte über die praktische Umsetzung der Vorgaben geht weiter. Beim 22. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. am 8.–10. Mai 2014 in Ulm wird es in dem Diskussionsforum „Wann soll häusliche Beatmung gestartet werden?" um das Entlassungmanagement gehen. Zudem wird anhand von praktischen Beispielen aus Schmallenberg, Berlin und bei Kindern aus Hamburg gezeigt, wie dort die Verantwortlichen die Einstellung und Überleitung technologieabhängiger Menschen planen und durchführen.

Mehr zum Kongress auf Seite 22 und unter www.digab-kongresse.de

Die Weaning- und Beatmungsstation des Franziskushospitals in Aachen

In Aachen gibt es im Franzikushospital eine Weaning- und Beatmungsstation, die nach erfolgreich bestandenem Audit nun seit September 2013 von der Deutschen Gesellschaft für Pulmologie zertifiziert ist. Dr. Björn Schwick, der Chefarzt der Klinik für Pneumologie und internistische Intensivmedizin, freut sich über diesen Erfolg und hat schon wieder neue Pläne für Menschen mit respiratorischer Insuffizienz.

Der Weg zur Zertifzierung als Weaning- und Beatmungsstation war ein gutes Stück Arbeit. So wurde beim Audit u.a. geprüft, wie die technische Ausstattung der Abteilung ist, ob die Entlassbriefe den hohen Qualitätsansprüchen entsprechend und ob die Mitarbeiter regelmässig für ihre anspruchsvolle Tätigkeit geschult werden. Aber auch die personelle Ausstattung der Abteilung – eine Krankenschwester betreut zwei Patienten, rund um die Uhr ist ein Arzt oder eine Ärztin auf der Station präsent – gehörte zu den Prüfkriterien. Vollkommen zu Recht, so Dr. Schwick, denn „der Schlüssel zum Erfolg ist die gleichermaßen professionelle wie liebevoll respektvolle Art, wie wir mit unseren Patienten umgehen“. Mit der Zertifizierung erkennt die medizinische Fachgesellschaft die gute Arbeit an, die Dr. Schwick und sein interdisziplinären Team seit nunmehr vier Jahren für Patienten leisten, die vom Beatmungsgerät entwöhnt werden müssen. In der näheren Umgebung von Aachen gibt es kein vergleichbares Angebot.

Die Patienten, die auf einer Weaningstation behandelt werden, haben wochen-, oft sogar monatelang auf der Intensivstation gelegen. Und obwohl die Behandlung ihrer eigentlichen Erkrankung abgeschlossen ist, müssen sie weiterhin künstlich beatmet werden, weil sie nicht in der Lage sind, die Atemarbeit wieder komplett selbst zu übernehmen. Auf der Weaningstation „versuchen wir, diese Patienten vorsichtig und in kleinen Schritten vom Beatmungsgerät zu entwöhnen“, sagt Dr. Schwick. Hierfür stehen auf der Intensivstation des Franziskushospitals vier Betten zur Verfügung. Aufgrund der großen Nachfrage ist eine Aufstockung auf sechs bis acht Betten in absehbarer Zeit geplant.

Für jeden Patienten, der zum Weaning ins Franziskushospital kommt, entwickeln Schwick und sein Team eine individuelle Strategie zur Entwöhnung vom Respirator. Ziel ist es dabei immer, den Patienten zügig zu extubieren. Dass man hierbei auch Umwege in Kauf nimmt und vorübergehend nichtinvasive Beatmungsverfahren zum Einsatz kommen, ist selbstverständlich und nachvollziehbar.

Hiermit Hand in Hand geht die Frührehabilitation. Denn wer über Wochen oder Monate auf der Intensivstation gelegen hat und künstlich beatmet wird, ist erstens ein schwerkranker Mensch und muss zweitens, weil seine peripheren Nerven in dieser Zeit massiv Schaden genommen haben, auf dem Weg zurück ins Leben gezielt Hilfestellung bekommen. Deshalb kümmern sich auch erfahrene Intensivmediziner, Intensivschwestern und -pfleger, Physio- und Logotherapeuten sowie eine Atmungstherapeutin gemeinsam um die Patienten.

*Die Weaning- und Beatmungsstation des Franziskushospitals ist von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zertifiziert worden. Darüber freuen sich Chefarzt **Dr. Björn Schwick** (2. von rechts) und sein Team. Foto: Heribert Frieling*

Auch wenn die vier Weaning-Betten in die Intensivstation eingebettet sind, so muss, wie Dr. Schwick betont, das Weaning familiär sein. Das bedeutet, dass die Angehörigen jederzeit willkommen sind. Für sie hält das Franziskushospital auch Übernachtungsmöglichkeiten bereit. Und mag die technische Ausstattung auch noch so modern und wichtig sein, so ist gleichermaßen wichtig, wie liebevoll und respektvoll man mit den Patienten umgeht. Deshalb ist der Stellenschlüssel in der Pflege auch besser als auf anderen Stationen, und es ist rund um die Uhr ein Arzt auf der Weaningstation.

Natürlich gibt es auch Patienten, bei denen die Entwöhnung vom Beatmungsgerät scheitert. Wenn die Atemmuskulatur überlastet oder erschöpft ist, eine chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD, umgangssprachlich auch als Raucherlunge bekannt) oder eine Herzmuskelschwäche vorliegt, dann ist eine invasive oder nichtinvasive Heimbeatmungstherapie oft der richtige Weg. Um diesen Patienten besser gerecht zu werden, hat das Franziskushospital im Oktober 2011 eine Intermediate-Care-Station mit 15 Betten eingerichtet.

Intermediate Care (IMC) schließt die Lücke zwischen Intensiv- und Normalstationen. IMC-Stationen sind (kurz gesagt) technisch besser ausgestattet, die dort Arbeitenden in der Regel (noch) besser qualifiziert und das Ambiente ist angenehmer als auf einer Intensivstation. Und IMC schafft die Voraussetzungen dafür, dass intensivpflege- und/oder überwachungsbedürftige Menschen in ihrer häuslichen Umgebung überhaupt leben können. Patienten, die nach wie vor beatmet werden müssen, werden auf dieser Station auf die häusliche Beatmung vorbereitet und sollen regelmäßig hierher kommen, damit die Therapie überprüft und, falls erforderlich, neu eingestellt werden kann. Um Patienten auch mit schwersten Lungenschäden helfen zu können, plant Dr. Björn Schlick in diesem Jahr die Einführung der sogenannten extrakorporalen Membranoxygenierung. Das ist eine intensivmedizinische Technik, bei der eine Maschine die Atemfunktion des Patienten übernimmt, weil dieser dazu selbst nicht mehr in der Lage ist. Damit wird die Versorgung mit Sauerstoff sichergestellt und die Lunge erhält die Chance zu heilen, ohne durch die Beatmung belastet zu werden.

Kontakt:
Dr. Björn Schwick
Chefarzt Innere Medizin/Pneumologie
Facharzt für Pneumologie, Allergologie und internistische Intensivmedizin
Franziskushospital Aachen
Franziskus Kliniken gGmbH
Morillenhang 27
52074 Aachen
Mail: b.schwick@franziskus-hospital.de
www.franziskus-hospital.de

Erste Schritte zur Umsetzung vereinbart

Das Bundesteilhabegesetz war Thema der ersten Veranstaltung der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Verena Bentele, am 18. Februar 2014 in Berlin. Gemeinsam mit den drei Landesbehindertenbeauftragten Irmgard Badura aus Bayern, Norbert Killewald aus Nordrhein-Westfalen und Stephan Pöhler aus Sachsen hatte sie zu einer Fachkonferenz zum neuen Teilhaberecht ins Kleisthaus eingeladen.

Verena Bentele erklärte, das Bundesteilhabegesetz sei aktuell eines der wichtigsten Themen: „Das Bundesteilhabegesetz soll für Menschen mit Behinderungen gemacht werden, wichtig ist, dass im Entstehungsprozess Menschen mit Behinderung beteiligt werden. Jeder Mensch mit Behinderung soll selbst entscheiden, wie Unterstützung aussehen soll. Die Leistungen sollen aber nicht an Institutionen, sondern an Personen geknüpft sein."
Die Bundesbeauftragte betonte, dass mit der Schaffung eines neuen Teilhaberechts der Wegfall der Einkommens- und Vermögensgrenze für Menschen mit Behinderungen verbunden sein muss.
Im Rahmen einer weiteren Fachtagung am selben Tag vereinbarten die Landesbehindertenbeauftragten, die Bundesbeauftragte und der Vorsitzende der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe (BAGüS), Matthias Münning, konkrete Schritte zur Begleitung des neuen Teilhaberechts:

- Die Bundesbehindertenbeauftragte, die Landesbehindertenbeauftragten und die BAGüS richten eine gemeinsame Arbeitsgruppe zur Begleitung des Umsetzungsprozesses ein.
- Das neue Teilhaberecht soll im Rahmen des Sozialgesetzbuches IX geregelt und spätestens 2016 beschlossen werden.
- Die Teilhabe von Menschen mit Behinderungen bei der Hilfe zur Pflege und in der Pflegeversicherung wird angestrebt.
- Menschen mit Behinderungen sollen künftig Beratung aus einer Hand bekommen.

Die Bundesbeauftragte für die Belange behinderter Menschen begrüßte den neuen konstruktiven Diskussionsprozess mit der BAGüS.
Quelle: www.behindertenbeauftragte.de

Für eine menschenrechtliche Perspektive bei der Gestaltung des neuen Teilhaberechts hat Carl-Wilhelm Rößler vom Forum behinderter Juristinnen und Juristen (FbJJ) plädiert. Rößler ist auch sozialpolitischer Sprecher der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben (ISL), er präsentierte den FbJJ-Gesetzentwurf zur Sozialen Teilhabe.
(siehe dazu auch http://www.teilhabegesetz.org/pages/startseite/gesetzesvorschlaege-und-stellungnahmen.php) Deshalb, so Carl-Wilhelm Rößler weiter, müsse man das Menschenrecht auf soziale Teilhabe einkommens- und vermögensunabhängig sowie einen anderen Behinderungsbegriff in einem zusätzlichen Kapitel des Sozialgesetzbuches IX (SGB IX) regeln. Ein neues Element im Teilhaberecht werde darin auch das Diskriminierungsverbot sein: Eine Vorenthaltung von Leistungen werde dann nach dem Prinzip der "angemessenen Vorkehrungen" der UN-Behindertenrechtskonvention als Diskriminierung gewertet. Die persönliche Assistenz, das persönliche Budget sowie das Budget für Arbeit müssten gestärkt und ein gestaffeltes Bundesteilhabegeld eingeführt werden. Großen Wert legte Carl-Wilhelm Rößler auch auf eine unabhängige Beratung durch Betroffene und nicht durch interessengeleitete Kostenträger oder Leistungsanbieter.
"Aus unserer Sicht muss außerdem sichergestellt werden, dass der Begriff der Teilhabe auch die notwendige Hilfe zur Pflege umfasst, die bislang häufig aus Mitteln der Sozialhilfe ergänzend beigefügt wird", betonte Carl-Wilhelm Rößler. "Nur so kann eine vollständige Herauslösung von Menschen mit Behinderungen aus der Sozialhilfe erreicht werden." (Der gesamte Text des Vortrags wurde auf der Internetseite der ISL unter http://www.isl-ev.de/index.php/de/1085-soziale-teilhabe-ist-menschenrecht eingestellt).
Dr. Harry Fuchs, Lehrbeauftragter an den Hochschulen München und der FH Düsseldorf und ausgewiesener Experte in Sachen SGB IX, präsentierte auf der Veranstaltung ebenfalls einen eigenen Gesetzentwurf zur Neufassung des SBG IX. Online ist dieser unter http://www.harry-fuchs.de/entwurf.html abrufbar.
Die Veranstaltung soll in Kürze unter http://www.behindertenbeauftragte.de/ dokumentiert werden. *Quelle: kobinet*

Qualität hat ihren Preis

In der Pflege allgemein und in der außerklinischen Intensivversorgung wurden in den letzten Jahren unzählige Standards und Arbeitshilfen entwickelt. Nicht konsequent hat man jedoch darüber diskutiert, was diese Neuausrichtung auf umfassende Qualität kostet bzw. kosten darf. Christoph Jaschke, Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, referierte am 25. März 2014 als Vertreter der außerklinischen Intensivversorgung über das Thema „Qualität hat ihren Preis" beim Management-Kongress der ALTENPFLEGE 2014 in Hannover. Ein Umdenken hält er für dringend notwendig.

GD: *Herr Jaschke, spiegelt sich die Wertschätzung der Pflege auch in ihrer Vergütung wider?*

Jaschke: In einer der vielen Diskussionen beim 1. Deutschen Pflegetag in Berlin kam zum Ausdruck, dass es um die Wertschätzung der Pflege in der Bevölkerung gar nicht so schlecht bestellt ist. Doch je mehr man sich annähert, umso problematischer wird dies. Viele Menschen blenden gerne persönliche Erlebnisse mit der Pflege wieder aus, nachdem beispielsweise ein pflegebedürftiger Angehöriger verstorben ist. Trotz aller Wertschätzung der Pflege, die es tatsächlich schon gibt, begrüßen es Eltern nicht unbedingt, wenn der Sohn oder die Tochter Pflegekraft werden möchte. Wertschätzung beschreibt ein Gefühl. Anders verhält es sich mit der Frage, welchen Wert man der Pflege beimisst. Dies zeigt sich letztlich darin, wie viel Geld die Gesellschaft für eine hohe Qualität der pflegerischen Dienstleistung bereit stellt. Und dies ist viel zu wenig.

GD: *Wie berechnet ein Pflegedienst den Stundenpreis?*

Jaschke: Bei den Verhandlungen mit den Krankenkassen sind wir verpflichtet, die Gestehungskosten offenzulegen. Das ist für mich völlig plausibel. Und da ich Transparenz schätze, bin ich dazu gerne bereit. Zu diesen Gestehungskosten zählen: Personal, Steuerberater, Wirtschaftsprüfer, Rechtsanwälte, Verwaltung, z.B. Lohnbuchhaltung, Disponenten, Hygiene- und Sicherheitsbeauftragte, Geschäftsführung, Niederlassungsleiter/innen und die Stellvertreter/innen, Fort- und Weiterbildung, EDV, Büromieten, Telefon und Fuhrpark. Je größer ein Unternehmen ist, desto höher sind die Ausgaben für die Sachleistungen. Auch die Struktur eines ambulanten Pflegedienstes, also die Anzahl der 1:1-Versorgungen oder WG-Konstruktionen, hat Einfluss auf die Verteilung von Personal- und Sachkosten. Auch die Anfahrtszeit gehört hierzu, je nachdem, wo ein Klient wohnt. Je größer ein Betrieb, desto höher sind die Ausgaben für Sachleistungen. Was ein Unternehmen in die Verbesserung der Rahmenbedingungen für die Pflegekräfte und die Arbeitsplatzkultur investiert, steht auf einem anderen Blatt.

GD: *Was ist Qualität?*

Jaschke: Ein Thermometer für Qualität gibt es leider noch nicht. Die Benotung durch den MDK bildet die Qualität der Dienstleistung in der außerklinischen Intensivversorgung nicht wirklich ab. Ich persönlich würde mir etwas anderes als die Regelprüfungen wünschen. Man sollte Geld investieren und Fallkonferenzen einberufen. Bei einer jährlichen Fallsteuerung könnte man die genauen Bedarfe ermitteln und sie gemeinsam entwickeln. Dies würde allerdings an den Persönlichkeitsrechten der Klienten scheitern, denn nicht alle würden ihr Einverständnis geben. Aber wenn ich im System etwas ändern will, muss ich beim Kunden ansetzen. Und dieser Kunde ist der Versicherte bei den Krankenkassen! Nachdem beim 1. Deutschen Pflegetag ein Kassenvertreter angekündigt hat, dass man in Zukunft den Versicherten mehr zu Wort kommen lassen möchte, bin ich zuversichtlich. Eine Möglichkeit wäre ein Bewertungsportals für ambulante Pflegedienste. Hier müsste allerdings sichergestellt sein, dass ein Versicherter, der sich in so einem Portal über seinen Pflegedienst beschwert, vor möglichen Repressalien geschützt wird. Denn die Angst davor, plötzlich ohne Pflegedienst dazu stehen, sitzt bei den Betroffenen und ihren Angehörigen tief und verhindert eine offene Diskussion in heiklen Fällen.

GD: *Wie ist Ihre Einschätzung der Einzelverhandlungen in der außerklinischen Intensivversorgung?*

Jaschke: Sie sind sehr zeitraubend! Inzwischen hat man erkannt, wie viel Zeit die Pflegedokumentation auffrisst. Sie soll ja nun unbürokratischer werden. Die Einzelverhandlungen in der außerklinischen Intensivversorgung werden wohl bleiben, obwohl sie weder den Leistungsträgern und den Leistungserbringern Freude machen. Wir haben den Beruf gewählt, um Menschen zu pflegen und sie auf ihrem Weg zu einem selbstbestimmten Leben zu begleiten, und nicht, um uns Tage, Wochen und Monate mit Vergütungsverhandlungen zu beschäftigen. Sie werden fast nur noch telefonisch geführt, was ich für eine schlechte Ausgangsbasis halte. Im SGB V gibt es feste Preise für jede einzelne Verrichtung, nicht aber für die Verrichtungen, die mit der Beatmungspflege zu tun haben. Man bleibt bei diesem Verfahren, weil die Ausgaben der Kostenträger sonst enorm steigen würden. Über die Vergütungsverhandlungen steuern die Kassen den Preis, weil es immer wieder Anbieter gibt, die auch für wenig Geld tätig werden. Wie diese das schaffen, ist mir oft ein Rätsel. Viele Pflegedienste haben keine betriebswirtschaftliche Expertise und merken erst am Jahresende, dass sie sich ins Aus manövriert haben. Ich halte diese niedrigen Preise für alarmierend, weil diese Pflegedienste an allem sparen, was sie irgendwie für vertretbar halten und was man von außen nicht bemerkt. Hinter der schönen Fassade werden Desinfektionsmittel eingespart, das Personal wird schlecht bezahlt, für Fortbildungen ist keine Zeit, u.v.m.. Wo soll da noch Raum für Arbeitsplatzkultur sein?

GD: *Wie ist die Kooperation mit den Krankenkassen?*

Jaschke: Wir haben hervorragende Partnerschaften zu vielen Leistungsträgern. Bei einigen jedoch können einem die Vergütungsverhandlungen wirklich die Laune verderben. Mit ihnen erinnert das Aushandeln von Preisen an das Feilschen auf einem Basar. Natürlich muss der Leistungsträger die Leistung überwachen, die die Pflegedienste erbringen. Es ist aber weder unser Ziel noch unsere Aufgabe, einander über den Tisch zu ziehen. Dieses „Zocken" kostet enorm viel Zeit und Ressourcen. Oft wissen die Sachbearbeiter gar nicht, was wir in der außerklinischen Intensivversorgung tun. So sagte nach einer zähen Verhandlung schließlich ein Sachbearbeiter zu mir: „Vielleicht schaue ich mir so eine WG, wie Sie sie anbieten, doch mal von innen an …." Ich wünsche mir mehr Miteinander, mehr wertschätzende Kommunikation und Kooperation. Denn im Grunde genommen wollen wir doch alle eine optimale Qualität für den Versicherten / Klienten!

GD: *Mangelt es an Transparenz?*

Jaschke: Auf jeden Fall. Und um die ist es leider auch innerhalb der Branche schlecht bestellt. Nachdem es keine vernünftigen Regularien gibt und die Preise frei verhandelbar sind, hat die soziale Marktwirtschaft einer freien Marktwirtschaft mit all ihren Facetten Platz gemacht. Qualität in der außerklinischen Intensivversorgung ist ein viel zu hohes Gut, das nicht wirtschaftlich frei verhandelbar sein darf. Deshalb dränge ich darauf, dass die ausserklinische Intensivversorgung zum Schutz der Betroffenen vom Gesetzgeber reguliert wird. Und begrüßen würde ich auch, wenn einmal klar und deutlich gesagt würde, in welcher Höhe eine Rendite legitim ist.

GD: *Es gibt die Aktion „Pflege am Boden", liegt auch die außerklinische Intensivversorgung am Boden?*

Jaschke: Natürlich haben auch wir große Probleme, qualifiziertes Personal zu finden. Aber die Branche selbst liegt keineswegs am Boden. Im Gegenteil, es werden immer mehr Menschen aus den Kliniken entlassen, die vital gefährdet sind. Je mehr Menschen wieder vom Respirator entwöhnt werden, desto besser! Wir versuchen alles, um die Potenziale, die bei unseren Klienten noch da sind, zu fördern. Und für die optimale Versorgung der Klienten, die wirklich nur noch sehr wenige Ressourcen haben, müssen wir wie die Löwen kämpfen. Auch und gerade diese Menschen haben das ungeteilte Recht auf Menschenwürde.

GD: *Haben Sie eine Idee, um dies zu ändern?*

Jaschke: Ein Ansatz wäre Pay for Perfomance, also die Belohnung von besonderer Qualität. Schon seit vielen Jahren fordere ich einen Wettbewerb über die Qualität der Dienstleistung, nicht über den Preis.

GD: *Herr Jaschke, wir danken Ihnen für das Gespräch*

Anwendung des Urteils des BSG vom 17. Juni 2010 (B 3 KR 07/09) Finanzierung der ambulanten 24h-Intensivpflege – auf die Leistungspflicht von Privaten Krankenversicherungen?

Private Krankenversicherungen lehnen die Kostenerstattung ärztlich verordneter Leistungen der häuslichen Intensivversorgung in jüngster Vergangenheit immer häufiger ganz und/oder zum Teil ab. Die gänzliche Ablehnung der Kostenerstattung wird u.a. darauf gestützt, dass die Leistungen der Intensivversorgung (als Behandlungspflege) in dem abgeschlossenen privaten Krankenversicherungsvertrag nicht mitversichert seien (sondern höchstens freiwillig wären) bzw. die Erstattungsfähigkeit der Kosten ausgeschlossen sei, weil es keine einheitlichen Preise (analog einer Gebührenordnung) für diese Leistungen der Intensivpflege gäbe oder die Leistungen der Intensivversorgung von Pflege(fach)kräften erbracht werden, der Versicherungsschutz sich aber nur auf ärztliche Leistungen beziehe.

Bereits in einem früheren Artikel wurde anhand einschlägiger Rechtsprechung dargestellt, warum diese Begründungen zur vollständigen Ablehnung in den meisten Fällen nicht geeignet sind, um die Leistungspflicht der privaten Krankenversicherungen auszuschließen. Die zitierten Entscheidungen bestätigten vielmehr die Einstandspflicht der privaten Krankenversicherung, weil als medizinisch notwendige Heilbehandlungen im Sinne der Versicherungsvertragsbedingungen jegliche Tätigkeiten anzusehen sind, die durch die betreffende Krankheit hervorgerufen werden, sofern die Leistungen von ihrer Art her in den Rahmen der medizinisch notwendigen Krankenpflege fällt und auf Heilung oder Linderung der Krankheit abzielt. Daneben sind Maßnahmen, die der Erhaltung der Vitalfunktionen dienen (konkret also Überwachungsmaßnahmen in Form der speziellen Krankenbeobachtung) als medizinisch notwendige Heilbehandlungen zu bewerten. Jede Einschränkung der Leistungspflicht stellt außerdem eine unangemessene Benachteiligung des Vertragspartners dar, da dies zu einer Vertragszweckgefährdung führen würde. Denn mit der Einschränkung der versicherten (Krankenversicherungs-)Leistungen dem Grunde nach, wird gerade der Vertragszweck ausgehöhlt und in Bezug auf das versicherte Risiko zwecklos. Der durchschnittliche Versicherungsnehmer bezweckt nämlich mit dem Abschluss einer Krankenkostenversicherung in erster Linie die Abdeckung des Kostenrisikos, welches ihm durch die notwendige Behandlung von Krankheiten entsteht.

Daneben lehnen private Krankenversicherungen zuletzt immer öfter teilweise die Erstattung der entstehenden Kosten für eine 24-stündige Intensivversorgung ab, indem sie von den ärztlich verordneten und unstreitig notwendigen Leistungen der Intensivversorgung willkürlich, und/oder unter Verweis auf die alte oder neue Rechtsprechung des BSG aus dem Jahr 1999 bzw. 2010 zur Finanzierung der ambulanten Intensivversorgung bzw. Abgrenzung von Leistungen der Krankenversicherung von der Pflegeversicherung, anteilig oder vollständig Stunden der festgestellten Grundpflegezeiten des Versicherten von den verordneten 24 Stunden Intensivpflege abziehen.

Eine derartige Fallkonstellation lag zuletzt dem LG Dortmund zur Entscheidung vor: konkret begehrte eine schwerstpflegebedürftiger Versicherte von ihrem privaten Krankenversicherer die Kostenerstattung für die ärztlich verordneten Leistungen der Intensivversorgung. Dabei begehrte sie die Kostenerstattung für (nur) 21,28 Stunden Behandlungspflege (von insgesamt 24 verordneten Stunden), die ihr der Pflegedienst, unter Heranziehung der Rechtsprechung des BSG aus dem Jahr 2010, in Rechnung gestellt hatte. Die Krankenkasse lehnte die Kostenübernahme in dieser Höhe ab; sie verwies zunächst ebenfalls auf die angebliche Freiwilligkeit ihrer Leistungsverpflichtung sowie auf die fehlende Gebührenordnung für derartige Leistungen. Sodann erklärte sie dennoch die Kostenübernahme für 19,5 h Behandlungspflege in Form der Intensivversorgung. Die festgestellten Zeiten der Grundpflege in Höhe von 4,5 Stunden hatte sie zuvor (ohne jede inhaltliche Begründung) von den verordneten 24 Stunden abgezogen. Trotz wiederholtem begründetem Widerspruch gegen diese Entscheidung von Seiten der Versicherten, argumentierte die Krankenkasse lediglich damit, dass es sowohl bei stationärer Unterbringung in einem Heim als auch bei ambulanter Intensivversorgung zu privaten Zuzahlungen käme, was im Sinne eine Gleichbehandlung der Versicherten auch gerechtfertigt sei.

Im Rahmen der mündlichen Verhandlung machte der entscheidende Richter sehr deutlich, für wie falsch er das Vorgehen der beklagten privaten Krankenversicherung hielt. Konkret führte er aus, dass „der durch Prämien bezahlte Leistungsanspruch des Versicherten in der privaten Krankenversicherung nicht dadurch geschmälert werden kann, dass daneben noch eine, ebenfalls durch Prämien bezahlte, Pflegeversicherung besteht“. Jede Art von Kürzungen des Leistungsanspruchs des Versicherten könnten sich lediglich aus dem Versicherungsvertrag bzw. den Versicherungsbedingungen (gewählter Tarif u.a.) selbst ergeben, nicht aber aus den Strukturen bzw. Sinn und Zweck von gesetzlichen Normen aus dem SGB V und SGB XI. Dementsprechend sei auch die Rechtsprechung des BSG weder unmittelbar anzuwenden noch mittelbar heranzuziehen, um den Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber seiner privaten Krankenversicherung der Höhe nach zu bewerten oder einzuschränken. Daraufhin erkannte die Krankenversicherung den geltend gemachten Klageanspruch an. Auch wenn das beschriebene Klageverfahren durch Anerkenntnisurteil beendet wurde, und deshalb keine schriftliche Begründung des Urteils vorliegt, macht das Ergebnis deutlich, dass die immer häufiger werdende Praxis, wonach private Krankenversicherungen ihre Einstandspflicht für Leistungen der Intensivversorgung in Bezug auf die Höhe der von ihnen bezahlten Stunden unter Heranziehung der Rechtsprechung des BSG begründen, rechtswidrig ist.

*Rechtsanwältin **Anja Hoffmann,** LL.M.Eur., Landesbeauftragte bpa*

WISSEN VERMITTELN

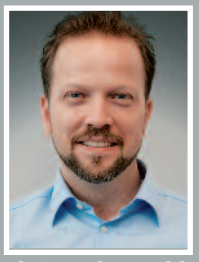
Sozialrecht und Organisation in der außerklinischen Intensivversorgung

Die Herausforderungen an Unternehmen in der außerklinischen Intensivversorgung sind groß. Sie müssen sich über die Qualität ihrer Dienstleistung und ein effektives Management auf dem Markt behaupten.

Kompaktes Managementwissen praxisnah

IHCC Intensive **H**ome **C**are **C**onsulting **GmbH**

Anja Hoffmann
LL.M. Eur., Rechtsanwältin



Christoph Jaschke
IHCC GmbH

Das Management Seminar für Führungskräfte findet in Berlin, Dresden, Stuttgart, Hamburg, Düsseldorf und Frankfurt a.M. statt.

Anmeldung:
www.ihcc.mobi

Wer erhält den nächsten MAIK Award?

Auch beim 7. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress am 24. und 25. Oktober 2014 im Holiday Inn Munich City Centre wird wieder der MAIK Award für außergewöhnliches Engagement in der außerklinischen Intensivversorgung verliehen. Bisherige Preisträger sind Jo Börgel und Felicitas Hanne.

Felicitas Hanne, Geschäftsführerin und Leiterin der Kinderhaus AtemReich GmbH in München, war von der Jury des MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress als Preisträgerin des **MAIK Award** ausgewählt worden. Da sie nicht zur offiziellen Preisverleihung am 8. November 2013 kommen konnte, wurde die Ehrung am 12. Dezember 2013 nachgeholt. Die beiden Kongresspräsidenten des MAIK, Jörg Brambring und Christoph Jaschke, empfingen Frau Hanne in den Geschäftsräumen der IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH in Unterhaching. Zugegen war auch Christine Bronner, geschäftsführender Vorstand und Dienstleitung Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München – AKM, die in ihrer Laudatio die herausragende Leistung von Felicitas Hanne gewürdigt hatte. Frau Bronner, selbst Trägerin des Prix Courage, kennt Frau Hanne als eine Frau, die für ihre Aufgabe „brennt“ und höchste Ansprüche an die Versorgungsqualität stellt. Sie leitet „mit unglaublichem Herzblut und Engagement“ das Kinderhaus AtemReich, wo schwerstkranke Kinder liebevoll und kompetent betreut werden.

*Preisträgerin **Felicitas Hanne** (2. v. rechts) und Laudatorin **Christine Bronner** (links neben ihr) mit den beiden Kongresspräsidenten des MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress **Jörg Brambring** (rechts) und **Christoph Jaschke** (links).*

Das Kinderhaus AtemReich, unter der Schirmherrschaft von I.K.H. Beatrice Prinzessin von Bayern, schließt die Lücke zwischen der Akutbehandlung der Kinder und der danach notwendigen intensiven pflegerisch/medizinischen Betreuung und heilpädagogischen Förderung. Aus verschiedensten Gründen können die Kinder nicht oder noch nicht aus den Kinderkliniken in die häusliche Umgebung verlegt werden. So bietet das AtemReich neben der dauerhaften Betreuung der Kinder bis zur Vollendung des Grundschulalters den Eltern die Möglichkeit, sich in einem familiären Umfeld auf die Besonderheiten der Pflege und Betreuung ihrer Kinder einzustellen. Erst vor kurzem ist der Erweiterungsbau des Kinderhauses fertig gestellt worden. Nun können 21 beatmete Kinder im AtemReich versorgt werden.

„Mit dem **MAIK Award** wollen wir auf vorbildliche Menschen oder beispielhafte Unternehmen aufmerksam machen, die sich für Menschen mit Behinderung, Krankheit und/oder Beatmung engagieren. Das Kinderhaus AtemReich ist ein Beispiel für herausragendes ausserklinische Intensivversorgung“, so Christoph Jaschke. „Diese Beispiele sollen der Öffentlichkeit bewusst machen, wie viel Lebensqualität schwerstkranke Menschen erfahren können, wenn sie von qualifiziertem und von ihrem Beruf begeistertem Personal versorgt werden“, ergänzte Jörg Brambring. Die beiden Kongresspräsidenten gratulierten der Preisträgerin und wünschten ihr weiterhin viel Erfolg für das Kinderhaus AtemReich.

Der **MAIK Award** wurde von dem bekannten Münchner Künstler Johannes Brunner entworfen. Jedes Jahr wird er als Unikat aus Altsilber, das in Idar Oberstein gegossen wird, von ihm bearbeitet. Die Verleihung des **3. MAIK Award** findet voraussichtlich am **24. Oktober 2014** statt. Vorschläge für die/den nächste/n Preisträger/in werden gerne entgegen genommen. Bitte per Post oder Mail unter dem Kennwort **"MAIK Award“** an:

IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
Christoph Jaschke
Ottobrunner Straße 43
82008 Unterhaching
E-Mail: mail@maik-online.org

Die beiden bisherigen Preisträger freuen sich über die Unterstützung ihres Wirkens durch Spenden. **Jo Börgel,** der regelmäßig medizintechnische Geräte, ausrangierte Krankenhausküchen, Betten, Behandlungsstühle, Hilfsmittel u.v.m. selbst nach Osteuropa transportiert, hat in seiner Firma ein spezielles Lager eingerichtet.

Wer etwas abzugeben hat, kann mit ihm Kontakt unter boergel@freenet.de oder jboergel@boergel-gmbh.de aufnehmen.

Wer für das **Kinderhaus AtemReich** in München spenden möchte, findet alle Informationen unter www.atemreich.de

WISSEN VERMITTELN

TRACHEOSTOMAVERSORGUNG
HYGIENE
NOTFALL/MEGACODETRAINING

14. Mai 2014 in Augsburg
09. Juli 2014 in Unterhaching
15. Oktober 2014 in Unterhaching

Veranstalter:
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH

Tagungsort:
Unterhaching bei München.
Informationen und Anmeldung unter:
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

Neuigkeiten zum MAIK

Melanie Huml, die Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, hat ihre Bereitschaft erklärt, für den 7. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress die Schirmherrschaft zu übernehmen. Dies ist ein Signal an alle Betroffenen, dass die außerklinische Intensivversorgung zunehmend in Politik und Gesellschaft wahrgenommen wird.

Die beiden Kongresspräsidenten Jörg Brambring und Christoph Jaschke laden alle Berufsgruppen, die in der außerklinischen Intensivversorgung tätig sind, herzlich zum MAIK, dem bundesweit anerkannten Kongress für die außerklinische Intensivversorgung nach München ein. **Der 7. MAIK am 24. und 25. Oktober 2014** im Holiday Inn Munich - City Centre ist eine große Informationsplattform. Eingeladen sind Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten unterschiedlicher Fachrichtung, Sozialpädagogen, Casemanager, Leistungsträger und die Medizintechnik. Der MAIK ist auch ein Pflegekongress für die Mitarbeiter in stationären Pflegeeinrichtungen, in Intensivstationen und ambulanten Pflegediensten. Sie können sich auf spannende Referate, Diskussionen, Workshops, eine große begleitende Industrieausstellung und die MAIK-Party freuen.

Der MAIK ist auch eine ideale Plattform, um miteinander ins Gespräch zu kommen und sich zu vernetzen. Dies gilt auch besonders für die Mitglieder von Selbsthilfeorganisationen, die Betroffenen, ihre pflegenden Angehörigen und ihre persönlichen Assistenten. Der Veranstalter macht ernst mit dem Leitspruch “Nichts über uns – ohne uns” und bezieht Betroffene mit in die Gestaltung des Kongresses ein. Zudem gibt es für ihre Teilnahme Sonderkonditionen.

Was beeindruckt und inspiriert mehr als gute Beispiele! Best Practice, vorgestellt von engagierten Einzelpersonen, von Vertreterinnen und Vertretern von Vereinen, Stiftungen oder Einrichtungen, ist ein weiterer wichtiger Bestandteil des MAIK.

Zwei neue Experten gehören ab diesem Jahr dem Wissenschaftlichen Beirat des MAIK an. Der vielseitige Dipl. Pflegepädagoge (FH), Pflegegutachter / Pflegesachverständiger und Pflegeberater § 7a und § 45 SGB XI, Marcello Ciarrettino, gehört nun dem Gremium an, das das Kongressprogramm vorbereitet. Er ist Lehrbeauftragter der Universität Witten/Herdecke und Lehrbeauftragter der Hochschule Gesundheit Bochum. Bekannt ist Ciarrettino als Gründer und Gesellschafter der Bildungsakademie BaWiG GmbH & Co. KG in Essen. Das Essener Curriculum "Pflegeexperte für Menschen im Wachkoma" nach Prof. Ch. Bienstein, M. Ciarrettino und Dr. H. Hockauf wird mittlerweile an 11 Standorten in Deutschland gelehrt. Die Anbindung an das pflegewissenschaftliche Institut der Universität Witten Herdecke und der Steinbeis Hochschule Berlin Studienzentrum NRW ist ein wesentlicher Bestandteil aller Fort- und Weiterbildungsangebote.
Schwerpunkte sind neben der originären staatlichen Fachweiterbildung für Intensivpflege und Anästhesie auch die außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege.

Oliver Jünke verfolgt unermüdlich sein Ziel, der Öffentlichkeit zu zeigen, dass auch mit ALS und Beatmung das Leben lebenswert ist. Man kann mit entsprechender Assistenz weiterhin mobil und autonom sein. Jünke liegt die Beratung und Unterstützung von Betroffenen, deren Angehörigen und Pflegeberufen in Fragen der Versorgungsmöglichkeit, der Mobilität sowie in der Neugestaltung persönlicher Lebensziele bei ALS am Herzen. Sein Workshop beim letzten MAIK hatte die zahlreichen Zuhörer begeistert. Deshalb wird er als neues Mitglied des MAIK-Beirats wieder für ein Referat zur Verfügung stehen. „Von der Diagnose ALS bis zur häuslichen Intensivbeatmung - Ein Erfahrungsbericht“, so lautet das Thema seines 90-minüten Workshops beim diesjährigen MAIK.

Die diesjährige **MAIK-Party** ist am **24.10.2014 im MUFFATWERK**. Es liegt in unmittelbarer Nähe zum Tagungshotel und ist barrierefrei. Der Vorverkauf der Tickets hat bereits begonnen.
Ein Einzelticket kostet 55,- Euro.

Mehr zum MAIK unter www.maik-online.org

Pflege muss etwas bewegen!

In unserer Fachzeitung kommen zukünftig junge Pflegekräfte zu Wort. Den Anfang macht Jennifer Kirchmann mit ihrem Artikel, der zeigt, welch großer Handlungsbedarf in der Pflege besteht und was die junge Generation von einem guten Arbeitgeber mit Recht erwartet.

Ich bin seit knapp 1 1/2 Jahren examiniert. Noch ganz frisch und schon am Verzweifeln. Überall wo man hinhört Unzufriedenheit; mangelndes Personal, wachsende Überstunden, kaum Zeit fürs Privatleben. Schon als Pflegeschüler muss man sich mit all dem auseinander setzen, und das schreckt viele schnell ab. Die Pflege steckt in einem Teufelskreis: Immer mehr Arbeit --> fehlende Zeit -->wachsender Stress / steigende Hektik --> sinkende Motivation.

Dazu kommt der Fachkräftemangel, die vermehrte Einstellung von ungelernten Kräften, keine Anpassung des Gehalts an den steigenden Arbeitsaufwand und die größere Verantwortung, keine Anerkennung! So senkt man die Motivation seiner Mitarbeiter!

Jeder redet darüber, alle beschweren sich. Nur immer bei den Falschen. Die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen sollte sich endlich zusammenschließen und etwas dagegen tun! Für alles gibt es eine eigene Gewerkschaft, nicht einmal das haben wir! Wie soll sich etwas ändern, wenn es niemanden gibt, an den man sich wenden kann, der sich für die Rechte und Interessen einsetzt? Alleine lässt sich kaum etwas bewegen.

Den Fachkräftemangel könnte man auch beseitigen, wenn man in der Ausbildung besser vorbereitet würde. Die Möglichkeiten, die man in unserem Berufsfeld hat, müssen transparenter gemacht, die Schüler mehr unterstützt werden. Da fängt es nämlich an, das sind die zukünftigen Fachkräfte, die zur Zeit überall fehlen, die man ordentlich ausbilden und nicht als "billige Aushilfe" missbrauchen sollte!

Mir hat schon immer die Anerkennung für die erbrachten Leistungen am meisten gefehlt. Zu vieles wird als selbstverständlich angesehen, was es doch oft gar nicht ist. Manchmal würde ein einfaches "Dankeschön" mehr als ausreichen.

Wir opfern oft Freizeit und Privatleben, wenn mal wieder eine Schicht nicht gut besetzt ist, um die Kollegen und Patienten/Klienten nicht hängen zu lassen und den Ablauf aufrecht zu erhalten. Man springt ein, kommt früher, bleibt länger. Einen Ausgleich gibt es meistens nicht. Keine andere Berufsgruppe opfert sich so für die Arbeit (ohne angemessene Gegenleistung) auf.

Die Geschäftsführung sieht, dass es auch mit weniger Personal geht, und im schlimmsten Fall werden Stellen gestrichen.

Die Pflege steht sich mit ihrer Gutmütigkeit selbst im Weg.

Man sollte bedenken, dass mit der sinkenden Motivation, der fehlenden Kraft und dem unzufriedenem Personal auch die Qualität der Pflege immer mehr abnimmt!

Aber selbst wenn die Unzufriedenheit überwiegt, gibt es auch in unserem Berufsfeld einige Arbeitgeber, für die das Ergebnis zählt, die es verstehen zu motivieren, die sehen, dass auch wir nur Menschen sind und die das Bewusstsein haben, dass zufriedene Arbeitnehmer bessere Leistungen erzielen.

Auf dass es sehr bald mehr davon gibt!

Autorin dieses Artikels ist Jennifer Kirchmann (Jg. 1990), die über ihre Arbeit in der außerklinischen Intensivpflege sagt: „Es gibt viel zu sehen, zu erleben und einiges zu lernen. Man bringt sich aktiv in Projekte ein und hat das Gefühl, etwas bewegen zu können.“

Julia K.
"Von Anfang an habe ich mich bei der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH sehr wohl gefühlt. Es ist schön zu sehen, dass die Klienten mit unserer Hilfe ein selbstbestimmtes Leben führen können. Zu wissen, dass man zu 100 Prozent für seinen Klienten und seine Bedürfnisse da sein kann, ohne in Zeitdruck zu geraten, ist für mich beim Arbeiten besonders wichtig."

Julia A.
"Ich arbeite in der Klinik auf einer pädiatrischen Station und zusätzlich in der häuslichen Intensiv- und Kinderkrankenpflege. Deshalb merke ich den Unterschied zwischen dem 'Klinik'-/ und 'Familienalltag' sehr und sehe, wie viel Zeit man in der häuslichen Umgebung für die Kinder hat, um auf individuelle Pflege und Bedürfnisse einzugehen.
Mein Beruf macht mir sehr viel Freude. Neben den verschiedenen Krankheitsbildern und Situationen in der Klinik genieße ich auch jeden Dienst in der häuslichen Pflege, und finde es schön, die Entwicklung dieser Kinder und deren Familien miterleben zu dürfen."

Junge Intensivpflegekräfte werden aktiv!

Ökonomischer Druck in den Kliniken, Arbeitszeitverdichtung, Pflegenotstand sind vielfach die Ursachen dafür, dass vom jugendlichen Idealismus nicht mehr viel übrig bleibt.

Von einem guten Arbeitsplatz haben junge Pflegekräfte durchaus klare Vorstellungen. Sie wollen als junge Pflegekraft akzeptiert werden, ihre Ideen und Vorschläge sollen ernst genommen. Wenn man sich in Projekte aktiv einbringt, möchte man das Gefühl haben, etwas bewegen zu können. Wichtig ist den jungen Pflegekräften auch der zu Pflegende. Für ihn wollen sie Zeit haben und sehen, dass sie mit Hilfe der Pflegekraft ein selbstbestimmtes Leben führen können. „Zu wissen, dass man zu 100 Prozent für seinen Klienten und seine Bedürfnisse da sein kann, ohne in Zeitdruck zu geraten, ist für mich beim Arbeiten besonders wichtig", so eine junge Pflegekraft in der außerklinischen Intensivversorgung. Und eine andere wünscht sich mehr Arbeitgeber, die „es verstehen zu motivieren“ und die sich bewusst sind, „dass auch wir nur Menschen sind und dass zufriedene Arbeitnehmer bessere Leistungen erzielen.“

Diese große Anliegen der Pflegenden wird seit vielen Jahren schon von INQA Initiative Neue Qualität der Arbeit und speziell von "Neue Qualität der Arbeit in der Pflege" aufgegriffen. INQA ist ein großes Netzwerk, das generell die Arbeitsbedingungen in Deutschland zukunftsfähig gestalten möchte. Dr. Natalie Lotzmann, Leiterin des Bereichs Globales Gesundheitsmanagement bei der SAP AG, ist die für Gesundheit und Pflege zuständige Themenbotschafterin. Im Dezember 2013 führte sie durch die Themenwoche „Hilfe für Helfende“. Die im Herbst 2013 von der Initiative Neue Qualität der Arbeit veröffentlichte Studie "Berufe im Demografischen Wandel" zeigt, dass das Durchschnittsalter in den Gesundheits- und Pflegeberufen im Zeitraum 1993 bis 2011 um 6,6 Jahre anstieg und der Anteil der 55-Jährigen sich mehr als verdoppelt hat. Dies erklärt sich auch dadurch, dass die Beschäftigten im höheren Alter (wieder) in den Beruf einsteigen und auch länger im Beruf verbleiben. Aber die steigende Zahl älterer Berufstätiger in der Pflege wird die drohende Lücke an Fachkräften in diesem Bereich nicht schließen können. Deshalb gewinnt die Arbeitsqualität in der Pflege massiv an Bedeutung. Einerseits müssen Ältere gesund arbeiten können und andererseits der Beruf für junge Menschen attraktiv sein. Wie viel hier noch im Argen liegt, zeigt nebenstehender Artikel.

Was genau wünschen sich junge Pflegekräfte und junge Pflegekräfte in der außerklinischen Intensivversorgung? Es ist an der Zeit, sich darüber auszutauschen und die jungen Pflegekräfte in die Gestaltung der außerklinischen Intensivversorgung von morgen einzubeziehen. Da diese Versorgungsform sehr speziell ist und eine vergleichsweise kleine Sparte darstellt, werden Pflegekräfte, die in der außerklinischen Intensivversorgung tätig sind, meist nicht eigens erwähnt. Dabei steigt der Bedarf massiv an! Auch sind junge Pflegekräfte, die gerade ihre Ausbildung abgeschlossen haben, oft überrascht, dass sie eine tolle Zukunftsperspektive in der außerklinischen Intensivpflege haben.

Pflegekräfte, die in der außerklinischen Intensivversorgung arbeiten, sollten viel mehr über ihre Tätigkeit in den 1:1-Versorgungen oder in den Wohngemeinschaften berichten. Sie sollten erzählen, was ihnen gerade die Betreuung von vital gefährdeten Kindern und Erwachsenen persönlich gibt. Denn nirgendwo sonst haben die Pflegekräfte so viel Zeit für ihren Klienten, können sie so viel mit ihm unternehmen, haben sie so viel Freiraum, mit ihm das Leben kreativ zu gestalten. Ist es nicht cool für eine junge Pflegekraft, wenn sie ihre junge Klientin in die Disco begleitet oder zu einem Fußballspiel? Viele der nun schon „älteren“ Pflegekräfte kamen genau über solche Erfahrungen mit Menschen mit Behinderungen zu dem Entschluss, Pflegekraft zu werden und sich auf die Beatmungspflege zu spezialisieren. Und die sogenannten Pflichtschulungen können doch total spannend sein!

Auch wenn in dem neuen Kurzfilm unter www.inqa.de die außerklinische Intensivversorgung nicht explizit genannt wird, sei er empfohlen. Denn neben dem darin vorgestellten INQA-Kurzcheck "Pflege" und dem Projekt "DemOS: Demenz – Organisation – Selbstpflege" wird auf das Projekt "care4future" hingewiesen. Über care4future wurde in der GEPFLEGT DURCHATMEN schon mehrmals berichtet. Das Projekt will junge Menschen für den Pflegeberuf begeistern, indem es Schülerinnen und Schülern einen möglichst authentischen, motivierenden Einblick in die Pflegeberufe gibt. Die Lehrenden sind hierbei selbst noch Lernende, also Schülerinnen und Schüler, die gerade eine Ausbildung zur Kranken- und Gesundheitspfleger/in oder Altenpfleger/in machen. Das kommt bei den Kindern unglaublich gut an.

Noch immer ist die Pflege zu leise, noch immer zu wenig kämpferisch! Die Initiative „Junge Intensivpflege“ möchte dazu beitragen, den jungen Pflegekräften hier eine Stimme zu geben. Und dies kann ein Anfang sein, wirklich etwas zu bewegen!

Qualitätssicherung neuer Wohnformen

Im Rahmen des 1. Deutschen Pflegetages fand am 24. Januar 2014 ein Programmteil des AOK-Bundesverbandes statt, in dem es um die „Qualitätssicherung neuer Wohnformen“ ging. Es moderierte H.-B. Henkel-Hoving aus Berlin.

In ihrem einleitenden Vortrag „Entwicklungsstand in Wissenschaft und Praxis“ nahm Prof. Dr. Karin Wolf-Ostermann, Alice Salomon Hochschule Berlin, Stellung zu der Frage nach der Messbarkeit von Qualität und dazu, was Qualitätsindikatoren leisten können und sollen. Laut § 135a SGB V hätten die Leistungserbringer die „Verpflichtung zur Qualitätssicherung“. 2009 folgten dann die Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen nach § 114 SGB XI und die entsprechenden Erhebungsbögen für stationär und ambulant. Qualitätsindikatoren erlaubten eine objektive Bewertung. Nachteilig aber sei die fragmentarische Betrachtungsweise, bei der subjektive Aspekte vernachlässigt würden. Nur in Bayern gebe es Regelprüfungen von alternativen Wohnformen. Diese Wohnformen hätten sich rasant entwickelt. In Berlin hätte es im Jahr 1995 erst eine WG gegeben, im Jahr 2012 waren es bundesweit dann schon 1420 Wohngemeinschaften. Die Qualitätsvorgaben für Wohngemeinschaften seien sehr unterschiedlich und spärlich, Literatur gebe es dazu noch sehr wenig. Prof. Wolf-Ostermann hat eine „Berliner Studie zu Wohngemeinschaften für pflegebedürftige Menschen“ durchgeführt und darin 39 wissenschaftlich-basierte Indikatoren für ambulante Wohngemeinschaften entwikkelt. Die Studie erfasste nicht nur den Ist-Zustand zum Stichtag 07.07.2006, sondern auch die Lebenssituation der Bewohner vor dem Einzug in eine Wohngemeinschaft sowie die Ursachen für das Verlassen der Wohngemeinschaft. Die Ergebnisse der Studie sind auf der Homepage der Alice Salomon Hochschule Berlin eingestellt. „Wenn die Qualität auf eine Wohngemeinschaft maßgeschneidert ist, dann ist sie – wie das auch bei maßgeschneiderter Kleidung ist – immer teuer“, so die Professorin. Denn die Qualität in einer Wohngemeinschaft sei vom jeweiligen Setting und den Risikostrukturen abhängig. Die Nutzerkontrolle sei bisher strukturell nirgendwo verankert. Insbesondere verwies sie auf das Spannungsfeld von Selbstbestimmung und Schutzbedürftigkeit.

Die Sicht der Kostenträger legte Hans-Joachim Fritzen, Geschäftsführer Bereich Pflege bei der AOK Nordost, dar. Bei den Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI spiele die Wohnform bisher keine Rolle. Allein in Berlin gebe es inzwischen rund 600 Wohngemeinschaften, davon auch solche, in denen aufgrund bestimmter Krankheitsbilder (Demenz, Wachkoma etc.) Selbstbestimmtheit ausgeschlossen sei. In nicht selbstbestimmten Wohngemeinschaften, in der oftmals außerklinische Intensivversorgung durchgeführt würde, könnten die Pflegedienste die Selbstbestimmung dennoch unterstützen. Bedauerlich sei, dass Beatmete nach einem erfolgreichen Weaning wieder ausziehen müssten. Die Kostenträger könnten auf freiwilliger Basis mit den Anbietern Vereinbarungen treffen. Fritzen bedauerte, dass die Bereitschaft, gemeinsam mit den Kostenträgern Qualität zu entwickeln, minimal sei. Da Weaning nur im Team möglich sei, sei die Kooperation mit dem Kostenträger sehr wichtig. Die Wohngemeinschaften lägen der AOK sehr am Herzen. Im Zentrum stehe der Schutz der Bewohner. In der anschließenden Podiumsdiskussion „Qualitätssicherung neuer Wohnformen“ forderte Fritzen eine Regelung der Beatmungs-WGs durch die Politik. „Wir wünschen uns Leistungsanbieter, die schauen, welche Potenziale bei den Patienten noch da und welche Therapien möglich sind. Unter dieser Voraussetzung seien die Krankenkassen zu gemeinsamen Projekten gerne bereit.“ Auf den Vorwurf „Ihr verhandelt zu hart“, erwiderte er, dass die AOK zu 100 Prozent bezahle, was der Gesetzgeber vorgebe. Was darüber liegt, gehe zu Lasten der Versicherten oder Sozialhilfeträger. Im Hinblick auf die Pflegekräfte forderte er mehr Geld für eine gerechte Bezahlung. Bisher gebe es nur in Mecklenburg-Vorpommern und Berlin eine Vereinbarung, wonach das Geld, das die Leistungserbringer mehr von der Kasse erhielten, tatsächlich bei den Beschäftigen ankommen müsse. Eine gerechte Bezahlung der Pflegenden mache die Qualitätsprüfungen zwar nicht überflüssig, aber zufriedene Mitarbeiter steigerten die Qualität der Pflege. „Wir wollen hier Transparenz, gerade auch hinsichtlich der Gewinne eines Unternehmens“, so Fritzen. In seinem Schlusswort bekräftigte er die Forderung nach einer bundeseinheitlichen Regelung. Dr. Ottilie Randzio vom MDK-Bayern verwies in ihrem Diskussionsbeitrag darauf, dass es nur in Bayern eine Ergänzungsvereinbarung gebe, nach der Wohngemeinschaften für Menschen mit Beatmung geprüft würden. Es hätten sich etliche Pflegedienste freiwillig dieser Ergänzungsvereinbarung angeschlossen. Leider jedoch gerade diejenigen nicht, die man eigentlich habe erreichen wollen.

Aus Sicht des Verbraucherschutzes sprach sich Klaus-W. Pawletko, Geschäftsführer des Vereins „Freunde alter Menschen e.V.“, für mehr Realitätssinn aus. Wohngemeinschaften seien ein ganz normales Angebot auf dem Markt. Selbstbestimmte Wohngemeinschaften, die aus dem gemeinsamen Wunsch der Bewohner entstünden, seien verschwindend gering. Die Qualität in einer Wohngemeinschaft hänge nicht von ihrer Bezeichnung ab. Entscheidend sei, was in diesen WGs passiere und wie die interne Kontrolle verlaufe. Die Angehörigen hätten großen Einfluss auf die interne Kontrolle und die Qualität. Inzwischen gebe es leider immer mehr WG-Bewohner ohne Angehörige. Die gesetzlichen Betreuer hätten kaum Zeit, sich um die Qualität zu kümmern. Deshalb müsse der Pflegedienst, ob er wolle oder nicht, die Gestaltung der Wohngemeinschaft übernehmen. Auch Pawletko forderte sehr viel mehr Transparenz im Leistungsgeschehen.
„Soll man also einfach alles laufen lassen und auf die Professionalität der Pflege vertrauen?“, fragte der Moderator in die Runde. Aus Sicht eines Trägers beklagte Helmut Wallrafen-Dreisow, Geschäftsführer der Sozial-Holding der Stadt Mönchengladbach, dass die Marktwirtschaft die Situation völlig pervertiert habe. Der Wildwuchs an Wohngemeinschaften sei nur deshalb entstanden, weil die Träger mit dieser Wohnform Gewinne machen wollten. Allerdings gebe es überall „schwarze Schafe“, nicht nur bei den sog. „neuen“ Wohnformen, die so „neu“ gar nicht mehr seien. Im Gegenteil: Es sei doch völlig normal, dass man nicht in einem Heim, sondern einem Zuhause leben wolle. Für ihn sei der Schlüssel zur Qualität in den Wohngemeinschaften eine vernünftige Entlohnung der Pflegekräfte. Seiner Überzeugung nach müsse deshalb der MDK die Personalkosten kontrollieren. Auch Wallrafen-Dreisow forderte eine bundeseinheitliche Regelung für Wohngemeinschaften. Es sei ein Unding, dass jedes Bundesland ein eigenes Heimgesetz habe.

Gerhard Schiele, Geschäftsführer der St. Anna-Hilfe der Stiftung Liebenau beschrieb das Angebot „Lebensräume für Jung und Alt“ in Baden-Württemberg. Dort gebe es inzwischen 27 Wohnlagen für das Zusammenleben mehrerer Generationen. Die Qualitätskontrolle sei im Quartier von sich aus gegeben, da die Menschen, die dort zusammenlebten, immer miteinander im Gespräch seien. Auch innerhalb der Kommune würden sich Qualitätsmängel sofort herumsprechen. In den Projekten gebe es laufend Qualitätszirkel und kollegiale Beratungen. Es habe sich vor allem bewährt, die Mitarbeiter in das Qualitätsmanagement einzubeziehen.

In ihrem Schlusswort warnte Prof. Wolf-Ostermann davor, ambulant und stationär in die Schubladen „gut“ und „schlecht“ zu stecken. Alle Wohnformen hätten ihre Berechtigung und überall gebe es engagierte Pflegende. Bei dem Begriff „Wohngemeinschaften“ hätte jeder etwas anderes im Kopf. Gerade deshalb seien klare Kriterien besonders wichtig, gerade auch im Hinblick auf die Beurteilung von Qualität. Diese dürfe man nicht an Gefühlen festmachen, denn sie seien trügerisch und könnten keine tragfähige Basis für Vergleiche sein. Mehr Geld allein verbessere nicht automatisch die Qualität. Genauso wichtig sei die Wertschätzung der Pflegenden. Die Professorin riet zu mehr vernetzten Strukturen, zur Stärkung der Eigenverantwortung und zur Herausbildung eines Qualitätsbewusstseins bei den Pflegekräften in dem Sinne, dass Qualität essentiell zu ihrem Tun als Pflegekraft gehöre.

Übrigens beschäftigt sich eine Projektgruppe der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung DIGAB e.V. zur Zeit mit dem Thema Wohngemeinschaften für Menschen mit Beatmung.

Das Passy-Muir Sprechventil

servona
Medizintechnik plus!

Mehr als nur ein Sprechventil

Vorteile – Passy-Muir-Sprechventil:

- Bessere Stimmbildung
- Sprechen trotz Beatmung
- Reduzierung von Schluckstörungen
- Verbessertes Sekretmanagement
- Verkürztes Beatmungsmanagement | Weaning
- Verstärkter Geruchs- und Geschmackssinn
- Verbesserter Gasaustausch

Servona GmbH – exklusiver **Vertriebspartner** der **Passy-Muir Incoporated** in Deutschland

Wir beraten Sie gerne – kostenfrei!
Tel. 0800 73 78 69 24

Servona GmbH
Biberweg 24-26 | 53842 Troisdorf

www.servona.de
service@servona.de

Zentraler Kundenservice
0800 73 78 69 24
(kostenfrei)

Cloud-Computing in der ambulanten Intensivpflege – Teil 1

Obwohl Cloud-Computing in der IT-Landschaft zu einer Selbstverständlichkeit geworden ist, folgen Pflegedienste und -einrichtungen dieser Entwicklung nur zögerlich. Dabei bietet das Cloud Computing gerade in diesem Bereich große Vorteile. Im ersten Teil werden wir erklären, was eine Cloud ist und welche Sicherheitsaspekte zu berücksichtigen sind. Im zweiten Teil beschreiben wir die Umsetzung.

be-solutions

Was ist Cloud-Computing?

Als **Cloud**-Computing bezeichnet man die Art der Nutzung unterschiedlicher, aber bekannter Technologien und Netzwerkdienste. Dabei befinden sich die Komponenten meist nicht in direkter lokaler Umgebung des Nutzers, sondern in einem Rechenzentrum. Da die **Cloud**-Dienstleister sehr individuelle Abrechnungsmodelle anbieten, muss der Kunde meist keine großen Einmalinvestitionen tätigen. Der Kunde bezahlt nur das, was als sog. Ressourcen aus dem Pool an Hard- und Software gebraucht wird. Dabei bleibt der Kunde durch monatliche Änderungsmöglichkeit und Abrechnung maximal flexibel.

Wenngleich es mit einer klassischen **Public Cloud** möglich ist, durch Rechteabgrenzung Ressourcen gemeinsam mit anderen Kunden zu nutzen, ist es bei sensiblen Daten – wie sie im medizinischen Bereich regelmäßig vorzufinden sind – empfehlenswerter, eine **Private Cloud** einzusetzen. Nur dort ist die strikte Trennung von Ressourcen und Netzwerken der einzelnen Kunden gewährleistet. Wenn Sie sich für eine **Private Cloud** entschieden haben, buchen Sie - wie bei der **Public Cloud** - flexibel Ressourcen oder Sie kaufen diese als Hardwarekomponenten ein. Letztere könnten auch bei Ihnen im Haus stehen. Dadurch können die Systeme exakt auf Ihren Bedarf ausgelegt werden und sind individuell administrierbar. Vorteil dieses Vorgehens ist die gut ausgebaute IT-Landschaft, die von einem professionellen IT-Dienstleister administriert wird. Der lokale Administrations- und Investitionsaufwand sinkt, Ihre lokalen Computer dienen im weitesten Sinne nur noch als „Schaufenster" auf die eigentlichen Rechner im Rechenzentrum. Wichtig ist die Qualität der Netzwerk- und Internetinfrastruktur, da es praktisch keine lokalen Programme und Daten mehr gibt.

Sicherheit

Gerade jetzt, unter dem Eindruck aktueller NSA-Skandale, und dem wachsenden Bewusstsein für die Bedeutung von medizinischen, und damit sehr persönlichen und kritischen Daten, spielt Sicherheit eine herausragende Rolle. Mit dieser Frage sollten Sie sich spätestens bei der Umstellung der IT-Landschaft in Ihrem Unternehmen beschäftigen. Grundsätzlich ist bei der Sensibilität der Daten, seien es nun Mitarbeiter- oder Klientendaten, eine Verarbeitung außerhalb Europas sehr kritisch zu hinterfragen. Nach den Anforderungen des Bundesdatenschutz- und Telemediengesetzes sollte man darauf wohl besser ganz verzichten. Ratsam ist auch, sich an IT-Dienstleister in Deutschland zu wenden, da deren juristische Verantwortung auch im europäischen Binnenmarkt greift.

Um die eigene, derzeitige IT-Infrastruktur zu beurteilen, sei an dieser Stelle auf die allgemeinen Datenschutzbestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) hingewiesen:

- Vertraulichkeit
  Daten werden nur den berechtigten Personen bekannt
- Integrität
  Daten sind immer vollständig, richtig und aktuell
- Verfügbarkeit
  Daten sind gegen zufällige Zerstörung und Verlust gesichert
- Authentizität
  Rollenprinzip mit funktionierenden Zugriffsbeschränkungen zu Netzwerken, Rechnern, Festplatten, Daten, …
- Zurechenbarkeit
  Es ist nachvollziehbar, wer, wann welche Änderungen durchgeführt hat
- Pseudonymität
  Wesentliche Daten sind verschlüsselt, auch ein Admin kann nicht einfach Daten mitlesen

Diesen Anforderungen unterliegen Sie auch bei konventionellen IT-Strukturen schon heute! Da Sie beim **Cloud**-Computing in aller Regel keinen direkten Durchgriff auf die Hard- und Software haben, bedeuten obige Anforderungen ein absolutes Vertrauensverhältnis zum gewählten IT-Dienstleister. Grundsätzliche Entscheidungen über vereinbarte Leistungen müssen in vertraglichen Vereinbarungen festgehalten und umgesetzt werden. Sie sind Grundlage der weiteren Entwicklung und einvernehmlichen, vertrauensvollen Zusammenarbeit. Es gilt deshalb, den IT-Dienstleister sorgfältig auszuwählen und vor der vertraglichen Vereinbarung dessen Erfahrungen und Referenzen zu prüfen.

Die Brisanz der Verarbeitung personenbezogener Daten gemäß den Vorgaben des BDSG kann man sich leicht an Hand der Anforderung

„Pseudonymität“ und der damit verbundenen Verschlüsselung verdeutlichen. Nach dem BDSG ist Verschlüsselung eine Maßnahme, die insbesondere die Verwendung von, dem Stand der Technik entsprechenden Verschlüsselungsverfahren erfordert. Hier zeigt sich das Vertrauen, welches Sie in den IT-Dienstleister haben müssen – oder möchten Sie entscheiden, welches Verschlüsselungsverfahren zum Einsatz kommt, wenn Ihre Anforderungen schlicht lauten: Ich will von Verschlüsselung nichts bemerken, sie muss transparent und unbemerkt stattfinden?!

Ein weiteres Problem ist der zunehmende Einsatz von mobilen Endgeräten bei der Erfassung medizinischer, personenbezogener Daten. Was passiert bei Verlust/Diebstahl eines mobilen Endgerätes? Auch hier gibt es, passend zur zentralen Verwaltung einer **Cloud,** etablierte Lösungen, die sich voll in bestehende Systeme integrieren lassen und auf gängigen Plattformen (Apple iOS, Android, Blackberry) laufen. Die dienstlich und privat genutzten Geräte lassen sich sicher zentral verwalten. Benutzer und ihre Endgeräte lassen sich in einer **Cloud,** aber auch sehr einfach mittels zentraler Zugriffsbeschränkungen aussperren. So wird das unkontrollierte Vervielfältigen unternehmenskritischer Daten nach außen wirksam unterbunden. Ein Problem, das bei einer herkömmlichen IT-Landschaft häufig ausgeblendet wird! Aus Bequemlichkeit landen dann Betriebsdaten auf privaten E-Mail-Konten oder auf USB-Sticks. Eine **Cloud-**Lösung hingegen regelt die Zugriffsrechte auf Daten und Programme auf Basis der Rollenverteilung der Mitarbeiter im Unternehmen.

Ausfallsicherheit

Es ist Aufgabe einer Unternehmensführung, die Verfügbarkeit einer IT-Landschaft zu beurteilen und entsprechende Maßnahmen zu deren Umsetzung zu treffen. Je nach Aufgabe wird eine hohe (Datenerfassung in der Pflege) oder eher niedrige Verfügbarkeit (Administration, Bürozeiten) nötig sein. Bei einer **Cloud** sind der Möglichkeit einer Umsetzung kaum Grenzen gesetzt. Redundante Systeme und Internetanbindungen ermöglichen eine Ausfallsicherheit nahe 100 Prozent. Allerdings bedeutet hohe Verfügbarkeit auch hohen finanziellen Einsatz. Nahezu als Standard werden 99 Prozent im Rechenzentrum erreicht, was noch immer einen Ausfall von 88 Stunden im Jahr bedeutet. Jede Stunde weniger erkauft man sich jedoch mit exponentiell steigenden Kosten. Hier gilt es also abzuwägen, in welcher Relation der erforderliche Aufwand zur Ausfallmöglichkeit steht – was immer nur individuell beantwortet werden kann, wofür es immer aber auch technische Möglichkeiten gibt. Selbst den kompletten Ausfall einer Internetverbindung kann man inzwischen abfangen.

Datensicherung / Backup

Datensicherung bzw. Backup ist ein Thema, das im privaten, aber auch geschäftlichen Bereich häufig vernachlässigt wird – oft mit verheerenden Folgen! Bei der Datenverarbeitung im medizinischen Bereich darf jedoch ein gehöriges Maß an Problembewusstsein erwartet werden. Nicht zuletzt kann ein kompletter Datenverlust dazu führen, dass ein Unternehmen schließen muss. Das kann bei einer **Cloud-**Lösung mit ihrer zentralen Struktur und Datenhaltung von Haus aus nicht passieren. Systeme in Rechenzentren, die auf Geschwindigkeit optimiert sind, und Dateitransfers, die um ein vielfaches schneller und zuverlässiger als in einer dezentralen Infrastruktur abgewickelt werden, zeigen hier ihre Stärken. Auch kommen die verwendeten Backup-Lösungen in aller Regel ohne menschliche Mitwirkung aus – sie laufen vollautomatisch. Es gibt auch Systeme, bei denen Kunden ihre Daten ohne IT-Dienstleister wiederherstellen können. Da die Datensicherung im Rechenzentrum stattfindet, sollte man sich die Anforderungen an ein Rechenzentrum ansehen, die in der Regel besser sein werden als bei einem Pflegedienst. Die Sicherheitsanforderungen müssen dem aktuellen Stand der Technik entsprechen, was insbesondere für

- Videoüberwachung, Bewegungssensoren
- Zugangskontrollen
- Alarmsystem und Sicherheitspersonal
- Redundante Versorgungssysteme
- Brandschutz
- Schutz vor Naturkatastrophen, Verkehrsunfällen

gilt. Können Sie all dies als Pflegedienst in Ihren Räumlichkeiten leisten? Bei kleinen und mittleren Unternehmen wird das eher für ein ausgelagertes Rechenzentrum sprechen, vor allem dann, wenn Sie sich dafür entschieden haben, eine **Cloud** zu betreiben. Will man darüber hinaus noch mehr Sicherheit, beispielsweise im Falle von Naturkatastrophen (z.B. Flugzeugabstürze, schwere Unwetter), dann kann man sich für ein Backup über mehrere Rechenzentren entscheiden. Dann sind Unternehmensdaten und -logistik maximal abgesichert.

Lesen Sie im zweiten Teil, was bei der Umstellung eines traditionellen IT-Systems zum **Cloud-**System zu beachten ist.

Dieter Weber, *Prozessmanager Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH*
www.heimbeatmung.com

Felix Zöbisch, *Geschäftsführer be-solutions GmbH*
www.be-solutions.com

Einladung zum 22. Jahreskongress der DIGAB in Ulm

Vom 8. bis 10. Mai 2014 findet der 22. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. zusammen mit dem 9. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. im Maritim Hotel und Congress Centrum Ulm statt. Hier die offizielle Einladung der beiden Kongresspräsidenten Dr. Kurt Wollinsky und Dr. Hans Fuchs sowie des Vorsitzenden der DIGAB e.V., Dr. Karsten Siemon.

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,
neue Indikationen, Beatmungsstrategien und verbesserte technische Möglichkeiten haben in den letzten Jahren zu einem rasanten Zuwachs in der außerklinischen Beatmung von Kindern und Jugendlichen geführt. In dieser jungen Disziplin besteht noch viel Diskussionsbedarf zur klinischen Anwendung, dem optimalen Patientenmanagement, der Zusatztherapie oder zu ethischen Fragen.
Die außerklinische Beatmung von Kindern und Jugendlichen soll deshalb im Fokus der **DIGAB 2014** in Ulm stehen. Daneben soll in altbewährter Weise das gesamte Spektrum der außerklinischen und intensivmedizinischen Beatmung des Erwachsenen beleuchtet werden. In den wissenschaftlichen Sitzungen werden Sie sich in Beiträgen von nationalen und internationalen Experten über die neuesten Aspekte von außerklinischer Beatmung informieren können. In praktischen Workshops können Sie Bewährtes von hoher Relevanz erlernen. Diskussionsforen werden Raum zum Erfahrungsaustausch für Behandelnde, Versorgende sowie Betroffene geben. Eine Industrieausstellung erlaubt, innovative Neuentwicklungen in unserem Fachgebiet kennenzulernen.
Neben der spannenden Tagungsveranstaltung soll aber auch die Unterhaltung nicht zu kurz kommen: Auf dem Programm steht ein fröhlicher Gesellschaftsabend, ein kontemplatives Orgelkonzert im Ulmer Münster sowie die Mitgliederversammlung.
Außerklinische Beatmung ist Teamarbeit verschiedener Berufsgruppen: Die **DIGAB 2014** wird wieder ein Forum für Pflegende, ärztliche Kolleginnen und Kollegen, Versorgende, Mitarbeitende aus den verschiedenen Heilberufen, Betroffene und alle anderen Beteiligten darstellen. Erst der Austausch zwischen den verschiedenen Berufsgruppen macht diese Veranstaltung so wertvoll.
Wir freuen uns sehr, Sie zum **22. Jahreskongress der DIGAB vom 08. bis 10. Mai 2014** im Congress Center in Ulm begrüßen zu dürfen.

Kurt Wollinsky, Hans Fuchs
Kongresspräsidenten
Karsten Siemon
Vorsitzender der DIGAB e.V.

Schwerpunkte des diesjährigen Kongresses sind:

- Amyotrophe Lateralsklerose
- Neuromuskuläre Erkrankungen
- Seltenere Indikationen für häusliche Beatmung: Neue Herausforderungen
- COPD
- Querschnittlähmung
- Pneumologische Rehabilitation

*Tagungsort ist das **Maritim Hotel** und **Congress Centrum Ulm***

- Versorgungsforschung
- Hygiene
- So machen wir es - Einstellung und Überleitung, Besondere Techniken, Intensivmedizin sowie Weaning von Beatmung

Schwerpunkt Pädiatrie

- Außerklinische Beatmung: Neue Indikationen in der Pädiatrie
- Neue Techniken in der Pädiatrie
- Muskeldystrophie Duchenne
- SMA 1
- Palliative Pädiatrie
- Spezielle Probleme in der Pädiatrie

Ergänzt wird das Programm traditionell mit vielfältigen **Workshops, Diskussionsforen** und **Gesprächskreisen**. Zu den Referenten gehören auch Vertreter der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH.
Jörg Brambring, Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH und Vorstandsmitglied der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. wird die Sitzung „Notfallsituationen in der außerklinischen Beatmung“ am 8. Mai 2014, 13:00 - 14:30 Uhr, im Saal Hannover leiten und über das Thema „Qualifikation und Zertifizierung: Pflegende und medizinische Assistenzberufe innerhalb der DIGAB“ am 10. Mai 2014 sowohl von 8:30 - 10:00 Uhr im Keplersaal als auch um 12:30 - 13:30 Uhr im Einsteinsaal referieren.
Christoph Jaschke, Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, referiert über „Bauliche Voraussetzungen für eine Beatmungs-WG“ am 8. Mai 2014 von 13.00 - 14.30 Uhr im Saal Bonn sowie am 10. Mai 2014 von 10.30 - 12.00 Uhr über das Thema „Wer steuert die außerklinische Versorgung und wie wird sie finanziert?“ im Saal Bonn.

DIGAB
Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung

Dr. med. Kurt Wollinsky
Kongresspräsident
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
RKU – Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm

Dr. med. Hans Fuchs
Kongresspräsident
Zentrum für Kinder und Jugendmedizin
Universitätsklinikum Freiburg

Dr. med. Karsten Siemon
Vorsitzender der DIGAB e.V.
Oberarzt
Fachkrankenhaus
Kloster Grafschaft GmbH

Alle Informationen zum Kongress sind eingestellt unter http://digab-kongresse.de
Es lohnt sich auch ein Besuch auf facebook.com/DIGAB.eV

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

2. Außerklinisches Pneumologisches Pädiatrisches Symposium in Essen

In den imposanten Veranstaltungsräumen des Colosseum Theaters, einem Wahrzeichen der Industriekultur in Essen, fand das 2. APPS-Symposium vom 7. bis 8. Februar 2014 statt. Herausragende Referenten widmeten sich an den beiden Tagen dem Thema Kinderbeatmung. Wissenschaftlicher Leiter und Initiator des Symposiums war und ist PD. Dr. Uwe Mellies vom Universitätsklinikum Essen.

„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," so PD. Dr. Uwe Mellies. Nach der äußerst positiven Resonanz auf das 1. APPS im April 2013 hat sich die Veranstaltung als bundesweite Plattform in der häuslichen Kinderbeatmung etabliert und wird fortgeführt.

Das Symposium wandte 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. Beim 2. APPS wurden auch gezielt Betroffene und pflegende Angehörige angesprochen. Themenschwerpunkte waren die Obstruktion der oberen Atemwege, Husteninsuffizienz und Atemwegsinfektionen. Die Workshops gestalteten u.a. auch Betroffene, Angehörige und Selbsthilfegruppen.

Eine Industrieausstellung informierte über den aktuellen Stand der Medizintechnik. Die ausgelassene APPS Party mit Live Musik wird vielen in sehr guter Erinnerung bleiben.

Hauptsponsor des Kongresses war die Firma **ResMed.**

Auch ganz junge Betroffene besuchten das 2. Außerklinische Pneumologische Pädiatrische Symposium.

Fotos: Friedemann Ohnmacht

Christoph Jaschke, *Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH (li.) und* ***Michael Brohm,*** *Gebietsleiter Anwendung Süd-Nord ResMed Deutschland GmbH (re.)*

Dr. Ulrich Fell, *Director Marketing & Business Development ResMed Deutschland GmbH (li.) und* ***Priv.-Doz. Dr. med. Uwe Mellies,*** *Wissenschafliche Leitung des Kongresses (re.)*

RESMED

WEIL WIR ALLE DAVON TRÄUMEN,
SICHER UND GUT VERSORGT ZU SEIN.

Astral™

Infektionshygienische Überwachung medizinischer Einrichtungen in München – Konzepte und Erfahrungen – Teil 1

In diesem Beitrag werden die Arbeitsweise eines Großstadtgesundheitsamtes praxisnah dargestellt und die besonderen Anforderungen und Rahmenbedingungen des Tagesgeschäftes einer modernen Behörde näher erläutert. Es wird über die sich derzeit stark verändernden Arbeitsbedingungen eines Gesundheitsamtes berichtet, insbesondere unter dem Aspekt der aktuellen medialen und politischen Aufwertung der Hygienethemen (nosokomiale Infektionen, multiresistente Erreger) in medizinischen Einrichtungen.

Einleitung

In der Landeshauptstadt München leben mittlerweile rund 1,4 Mio Einwohner. München ist damit die drittgrößte Stadt Deutschlands, von allen deutschen Großstädten hat sie die größte Bevölkerungsdichte. Das Gesundheitsamt mit der offiziellen Bezeichnung „Referat für Gesundheit und Umwelt der Landeshauptstadt München (RGU)“ ist das größte Deutschlands und erfüllt staatliche Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes als kommunale Behörde im sog. übertragenen Wirkungskreis. Das RGU ist in sechs Abteilungen gegliedert (fünf Gesundheitsabteilungen, eine Umweltabteilung); die Referatsleitung hat ein berufsmäßiger Stadtrat inne. Das Referat verfügt über 501 Beschäftigte, 57 % der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten in Abteilungen der Gesundheitsbehörde, (davon 64 Ärztinnen und Ärzte), 23 % in der Umweltbehörde, 20 % bei der Referats- und Geschäftsleitung.

Die infektionshygienische Überwachung der medizinischen Einrichtungen ist in der Abteilung „Hygiene und Umweltmedizin“ angesiedelt. Besonderheiten der Großstadt München stellen neben der überregionalen Tätigkeit vieler Leistungserbringer im Gesundheitswesen insbesondere deren Zahl und breitgefächertes Leistungsspektrum dar: Rund 7500 Einrichtungen unterliegen der infektionshygienischen Überwachung durch das RGU (Tabellen 1 und 2). 42 % der Krankenhausbetten Oberbayerns befinden sich im Stadtgebiet. Von den Münchner Krankenhausbetten befinden sich rund 20 % in privater Trägerschaft. Für die infektionshygienische Überwachung der medizinischen Einrichtungen stehen der Abteilung „Hygiene und Umweltmedizin“ derzeit fünf Ärztinnen zur Verfügung, d. h. auf jede kommen rein rechnerisch 1500 zu überwachende Einrichtungen.

Die zentrale Aufgabe des öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) ist die Infektionsprävention. Im § 1 des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) heißt es: „Zweck … ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern.“ [1, 2]. Die Wege zur Zielerreichung sind grundsätzlich vorgegeben: Neben der Überwachung und Überprüfung von Einrichtungen spielen die gesundheitliche Aufklärung und Beratung eine große Rolle [3, 4]. Um dieses Ziel der Infektionsprävention zu erreichen, hat das RGU mehrere Strategien etabliert.

Um die erforderliche Überwachungsdichte und -intensität bei den vorhandenen Personalressourcen gewährleisten zu können, hat das RGU die Überprüfungen nach pflichtgemäßem Ermessen und auf einem risikobasierten Vorgehen durchzuführen. Diese risikobasierte Vorgehensweise wird so auch von anderen Institutionen des ÖGD praktiziert [5, 6, 7]. Für die Implementierung einer derartigen Arbeitsweise im RGU war die Umsetzung zahlreicher interner organisatorischer Maßnahmen hinsichtlich Struktur- und Prozessqualität über mehrere Jahre erforderlich.

Tabelle 1: Medizinische Einrichtungen im Stadtgebiet München.

Einrichtung	Anzahl
Krankenhäuser	69
Dialyseeinrichtungen	20
Ambulant operierende Einrichtungen	800
Arzt- und Zahnarztpraxen	4100
Heilpraktikerpraxen	2355
Altenpflegeeinrichtungen	58
Behinderteneinrichtungen	69
Tagespflegeeinrichtungen	12
Hospize	2
Ambulante Pflegedienste	254
Außerklinische Intensivpflegedienste	21
Rettungsdienste	8

Tabelle 2: Krankenhausbetten in München und in Bayern

Einrichtung	Krankenhäuser	Anzahl Betten
München	69	12007
davon Privatkliniken	*40*	*2527*
Bezirk Oberbayern	144	27419
Bayern	379	75789

Interne Organisationsstruktur, Teambildung, Fort- und Weiterbildung

Eine der Grundlagen für eine effiziente Arbeit in den vorangegangenen Jahren war die Bildung von drei Teams, deren Mitglieder sich thematisch spezialisiert haben: das Team „Krankenhaushygiene“, das Team „Praxishygiene“ und das Team „Hygiene in der Pflege“. Jedes Team verfügt über fest zugeordnete Ärztinnen.

Die Überprüfungen erfolgen ausschließlich auf Facharztniveau. 2011 waren in der Abteilung „Hygiene und Umweltmedizin“ folgende Facharztqualifikationen vorhanden: Öffentliches Gesundheitswesen, Innere Medizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie, Arbeitsmedizin sowie Master of Public Health; drei der fünf ärztlichen Kolleginnen verfügen über zwei Facharztqualifikationen.

Ein wesentlicher Aspekt einer qualitativ guten Arbeit ist eine konsequente Fort- und Weiterbildung. Alle im Bereich tätigen Ärztinnen verfügen über die Weiterbildung zur Hygienebeauftragten Ärztin. Eine Ärztin verfügt über die Qualifikation Fachkunde I „Technische Sterilisationsassistentin“. Terminiert ist inzwischen auch die Ausbildung einer Ärztin zur Antibiotic Stewardship-Expertin. Ausdrücklich von der Leitung – auch finanziell – unterstützt, wird der jährliche Besuch von Fachkongressen und Vortragsveranstaltungen. Die gängige hygienische Fachliteratur steht in der Sachgebietsbibliothek sowie online zur Verfügung.

Fortlaufend weiterentwickelt werden qualitätssichernde Maßnahmen und der Aufbau eines Qualitätsmanagementsystems. Die Abteilung

verfügt über zwei zertifizierte Qualitätsmanagementbeauftragte (QMB).

Durchführung von Überprüfungen

Alle Überprüfungen vor Ort werden standardisiert und in Auditform durchgeführt. Neben Erhebungen zur Strukturqualität steht im Zentrum der Überprüfungen die Erhebung der Prozessqualität, d. h. die Analyse der praktischen Durchführung infektionskritischer Tätigkeiten vor Ort im laufenden Betrieb.
Naturgemäß können Aussagen zur Ergebnisqualität in der Hygiene vom externen Auditor nur in sehr eingeschränktem Umfang getroffen werden (postoperative Wundinfektionsrate?, Händedesinfektionsmittelverbrauch?). Dies zeigt auch die derzeitige Diskussion über die Qualitätsindikatoren in der Krankenhaushygiene.
Für die Überprüfungen werden grundsätzlich Checklisten eingesetzt, um bei den überprüften Einrichtungen Gleichbehandlung, Vollständigkeit der Überprüfung sowie eine vergleichbare und nachvollziehbare Erhebung der Befunde sicherstellen und dokumentieren zu können. Diese Checklisten werden fortlaufend aktualisiert in das Internet eingestellt.
Der Download ist möglich unter www.muenchen.de/infektionshygiene. Dieses Vorgehen bietet den Einrichtungen die Möglichkeit, bereits vor eventuellen Überprüfungen anhand der Checklisten das eigene Hygienemanagement eigenverantwortlich zu untersuchen und erforderliche Korrekturen vorzunehmen.

Überprüfungen werden in Form von anlassbezogenen Überprüfungen, Schwerpunktüberprüfungen oder Routineüberprüfungen durchgeführt.

Anlassbezogene Überprüfungen

Das RGU führt anlassbezogene Überprüfungen bei drei Konstellationen durch: bei vorliegenden Patientenbeschwerden, bei Verdacht auf nosokomial erworbene blutübertragbare Virusinfektionen oder bei einem Ausbruchsgeschehen, da in diesen Fällen mit einer möglichen Patientengefährdung durch übertragbare Krankheiten zu rechnen ist. Hier ist das RGU gemäß § 16 Abs. 1 IfSG verpflichtet, als Behörde die notwendigen Maßnahmen zur Gefahrenabwehr zu ergreifen [1, 2]. Anlassbezogene Überprüfungen sind durchschnittlich einmal pro Woche durchzuführen.

Schwerpunktüberprüfungen

Bei Schwerpunktüberprüfungen erfolgt eine systematische Analyse des Hygienemanagements in medizinischen Einrichtungen unter einer gezielten Fragestellung. Durch eine systematische Datenevaluation werden bestehende Probleme identifiziert, Lösungsansätze erarbeitet und diese durch Publikation einem breiteren Publikum (Fachpublikum, aber auch betroffenen Einrichtungen und Verbänden) bekannt gemacht. Bei den bearbeiteten Themen der Schwerpunktüberprüfungen der letzten Jahre handelte es sich beispielsweise um:

- Aufbereitung von transvaginalen Ultraschall sonden [8],
- Infektionshygienische Überwachung von Behinderteneinrichtungen [9],
- Überwachung ambulant operierender Einrichtungen,
- Surveillance nosokomialer Infektionen, Surveillance multiresistente Erreger in Krankenhäusern,
- Überwachung von Dialyseeinrichtungen [10],
- Norovirusmanagement in Altenpflegeeinrichtungen [11],
- Hygienemanagement in der ambulanten Pflege,
- MRSA in der ambulanten und stationären Pflege, Aufbau eines MRSA-Netzwerkes [12, 13],
- Hygiene in der außerklinischen Intensivpflege [14],
- Hygienemanagement in der Arztpraxis [15].

Ein ähnliches risikobasiertes Überprüfungssystem wird auch im Stadtgesundheitsamt Frankfurt am Main seit Jahren praktiziert [16–23], wobei hier ein besonderer Schwerpunkt auf die zeitnahe Umsetzung der KRINKO-Empfehlungen durch die Einrichtungen gelegt wird.

Routineüberprüfungen

Routineüberprüfungen führte das RGU zuletzt ausschließlich bei der Konzessionsänderung bzw. Neukonzessionierung von Privatkliniken durch [24].

Gleich S, Schweitzer S: Infektionshygienische Überwachung medizinischer Einrichtungen in München – Konzepte und Erfahrungen HygMed 2012;37[5]:196–201.

Literatur

1. Infektionsschutzgesetz (IfSG), BGBl I,2000, 1045.
2. Gesetz zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze. BGBl I, 2011, 1622.
3. Weidenfeller P, Reick D, Zöllner I. Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Infektionsprävention – Teil 1. Krankenh. hyg. up2date 2011;6:53–65.
4. Weidenfeller P, Reick D, Bartel I. Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei der Infektionsprävention – Teil 2. Krankenh. hyg. up2date 2011;6:69–77.
5. Daniels-Haardt I, Kämmerer R. Überwachung von Einrichtungen des Gesundheitswesens durch die Gesundheitsämter. Krankenh. hyg. up2date 2007;2:69–82.
6. Peters K. Krankenhausbegehungen durch das Gesundheitsamt. Krankenh. hyg. up2date 2011;6:133–149.
7. Heudorf U. Überwachung der Infektionshygiene im stationären und ambulanten medizinischen Bereich durch Gesundheitsämter – Strategien, Ziele und Zielerreichung. Gesundheitswesen 2009;71:87–93.
8. Klett S. Zur Aufbereitung von transvaginalen Ultraschallsonden. Epid Bull 2005;21:183–185.
9. Klett S, Hildebrandt S. Zur infektionshygienischen Überwachung von Heimen für Behinderte. Epid Bull 2006;7:55–57.
10. Gleich S, Eichinger B. Zur infektionshygienischen Überwachung von Dialyseeinrichtungen. Epid Bull 2007;19:161–164.
11. Gleich S, Supthut-Schröder B, Schweitzer S, Bachem I. Ausbrüche von Norovirusinfektionen in Altenpflegeheimen und Altenpflegeeinrichtungen – Besonderheiten, Probleme und Lösungsansätze. Hyg Med 2008;33 (11): 472– 478.
12. Gleich S, Drubba S, Eichinger B et al: Regionale Netzwerke – MRSA. Epid Bull 2010;7: 59–63.
13. Gleich S, Horvath L, Hildebrandt S, Schweitzer S: Aufbau eines regionalen MRSA-Netzwerkes. Epid Bull 2011;33:311–314.
14. Gleich S, Fulle W, Linner M-Th et al: Hygienemanagement in der außerklinischen Intensivpflege. Hyg Med 2009;34(11):443–453.
15. Gleich S, Begemann E. Hygiene in der Arztpraxis. Profund 2010;6:26–27.
16. Heudorf U. MRSA in Blutkulturen in Frankfurter Krankenhäusern 2010. Ergebnisse der Meldepflicht nach Infektionsschutzgesetz und Vorschläge zu ihrer Verbesserung. Bundesgesundheitsbl 2011;54(9/10):1126.
17. Heudorf U. Personelle und organisatorische Voraussetzungen zur Prävention nosokomialer Infektionen, Richtlinie und Realität 2009. Ergebnisse aus Frankfurt am Main. Bundesgesundheitsbl 2011;54(3):372.
18. Heudorf U. Heilpraktiker und Öffentliches Gesundheitswesen. Gesetzliche Grundlagen sowie Erfahrungen aus den Überprüfungen der Heilpraktikeranwärter und der infektionshygienischen Überwachung von Heilpraktikerpraxen. Bundesgesundheitsbl2010;53(2/3):245.
19. Heudorf U. Surveillance nosokomialer Infektionen in einem Altenpflegeheim. Inzidenz und Risikofaktoren. Bundesgesundheitsbl2009; 52(7):732.
20. Heudorf U. Hygiene beim Operieren – Ergebnisse der infektionshygienischen Überwachung von Operationseinheiten in Frankfurter Krankenhäusern 2007 im Vergleich mit 2000. Bundesgesundheitsbl 2009;71(5):299.
21. Heudorf U: Aufbereitung von Ultraschallsonden im Krankenhaus – ein nicht zu vernachlässigendes Thema. Hyg Med 2007;32 (5):184.
22. Heudorf U: Sachgerechte Aufbereitung starrer und flexibler Zystoskope. Hinweise für die Praxis. Der Urologe 2007;46(11):1528.
23. Heudorf U: Hygiene in Zahnarztpraxen – Wege zur Zielerreichung. Hyg Med 2006;31(9): 399.
24. Gewerbeordnung (GewO), BGBl I,1999, 202 , Änderung BGBl I,2011, 2714.

In der nächsten Ausgabe folgt der 2. Teil.
Darin geht es um die Schwierigkeiten bei der Personalgewinnung, um ökonomische Zwänge im Gesundheitswesen und die konkrete Situation im Stadtgebiet München.

Kontakt:
Dr. Sabine Gleich
Landeshauptstadt München
Referat für Gesundheit und Umwelt
Abteilung Hygiene und Umweltmedizin
SG Infektionshygiene/Medizinalwesen
RGU-HU-IHM
Bayerstraße 28a
80335 München
sabine.gleich@muenchen.de

Symposium zum Leben mit Duchenne

Die Deutsche Duchenne Stiftung, eine Stiftung der aktion benni & co e.V. lädt für den 30. Mai 2014 nach Augsburg zum 4. Duchenne Symposium ein. Erwartet werden ca. 150 Teilnehmer aus den Bereichen Schule, Medizin und Pflege. Selbstverständlich sind auch Duchenne Betroffene und deren Familien vor Ort.

Die Diagnose Muskeldystrophie Duchenne verändert das Leben der Familien nicht nur schlagartig, sondern auch dauerhaft. Der Umgang mit dem geliebten Kind, die Anpassung an die Gesellschaft, die weitere Entwicklung z.B. Schulbildung und noch viele weitere Sorgen prägen den Alltag von Duchenne Familien. Die progressive Erkrankung verlangt einen ständigen Einsatz von Pflege, der ab dem Alter von 6 Jahren, wo sich gesunde Kinder gerade anfangen selbst zu pflegen, stetig steigt. Die Anleitung und Begleitung zur Selbstversorgung der Duchenne Jungen ist trotz großer Anstrengung für die Eltern selbstverständlich. Doch weit schlimmer sind die Beantragungen und Erklärungen, die eigentlich unseren Alltag erleichtern sollen, aber uns oft zu Bittstellern bei Behörden, Krankenkassen, Medizinischen Diensten werden lässt. Hintergrund sind dabei oft die fehlenden Informationen über die Erkrankung Muskeldystrophie Duchenne. Meistens sind Pädagogen, Therapeuten und Pflegepersonal über die Muskeldystrophie Duchenne nicht ausreichend informiert und verunsichert im Umgang mit den kranken Jungen. Bei diesem Symposium wird u.a. auch eine neue Hilfsmittelbroschüre vorgestellt.
Kontakt und Anmeldung:
Deutsche Duchenne Stiftung
eine Stiftung der aktion benni & co e.V.
Nikolaistraße 2, 44866 Bochum
info@benniundco.de
www.benniundco.de
www.deutsche-duchenne-stiftung.de

Deutsche Duchenne Stiftung
eine Stiftung der aktion benni & co e.V.

Lebenswertes Leben mit ALS

Zum zweiten Mal organisiert der Verein ALS-mobil e.V. in Berlin die Beatmungs- und Informationsveranstaltung "Lebenswertes Leben mit ALS - für Betroffene von Betroffenen" am 26. April 2014 ab ca. 9.00 Uhr. ALS ist die Abkürzung für die Muskelerkrankung „Amyotrophe Lateralsklerose“. Die Veranstaltung wird über Spenden finanziert.

Der gemeinnützige **Verein ALS-mobil e.V.** hat es sich zur Aufgabe gemacht, einen umfassenden Service speziell für ALS-Betroffene anzubieten. Der Verein informiert, berät und unterstützt Betroffene, deren Angehörige und Pflegeberufe in Fragen der Versorgungsmöglichkeit, der Mobilität sowie in der Neugestaltung persönlicher Lebensziele.
Auf der 2. Beatmungs- und Informationsveranstaltung werden ALS-Betroffene, Fachärzte und Beratungsstellen in Vorträgen zeigen, wie das Leben auch mit ALS und Beatmung lebenswert, mobil und autonom sein kann. Die Veranstaltung wird durch Spenden finanziert. Der Verein ist gemeinnützig und auf aktive Hilfe durch Spenden angewiesen, um seine Ziele zu verwirklichen. Die Spenden sind steuerlich absetzbar. Für weitere Informationen und die Anmeldung steht Herr Oliver Jünke zur Verfügung. Interessenten sollten sich frühzeitig anmelden, da die Anzahl der Plätze begrenzt ist.
Kontakt und Spendenkonto:
oliver.juenke@als-mobil.de
Bankverbindung
ALS-mobil e.V.
IBAN: DE77100700240029801800
BIC: DEUTDEDBBER

ALS-mobil e.V.

Jugendfreizeit für INTENSIVkinder

Der INTENSIVkinder zuhause e.V. bietet jährlich eine einwöchige Familienfreizeit an. Wir berichteten in Ausgabe 22 von dem Urlaub für INTENSIVkinder und ihre Familienangehörigen im Juli 2013 am Möhnesee im Heinrich-Lübke-Haus. Nun hat der Verein für das Jahr 2014 eine neue Idee entwickelt: Die Jugendfreizeit "INTENSIVkinder on tour" - ohne Eltern unterwegs. Ohne Spenden geht es jedoch nicht!

Ferien ohne Eltern - für gesunde Jugendliche ist das selbstverständlich, für behinderte und schwer kranke Kinder und Jugendliche oft ein Traum. Im August 2014 soll dieser Traum in Duderstadt Wirklichkeit werden.

Der **INTENSIVkinder zuhause e.V.** plant die Jugendfreizeit "INTENSIVkinder on tour" - ohne Eltern unterwegs und er sucht über www.betterplace.org Menschen, die dieses Projekt durch Spenden finanziell unterstützen. www.betterplace.org ist eine Plattform für soziales Engagement. Dort treffen Menschen, die Unterstützung brauchen auf Menschen, die helfen wollen. Mitmachen ist ganz leicht, und schon mit paar Euro kann dort jeder eine richtig gute Sache unterstützen. Die Spende ist steuerlich absetzbar.

Wer mitmachen möchte, kann spenden unter www.intensivkinder.de und www.betterplace.org/de/projects/16142-jugendfreizeit-2014-intensivkinder-on-tour-ohne-eltern-unterwegs

zuhause e.V. INTENSIV kinder

Klinische Pneumologie. Das Referenzwerk für Klinik und Praxis

Das medizinische Fachbuch „Klinische Pneumologie“ ist in der 1. Auflage im Oktober 2013 erschienen. Die beiden Herausgeber, Prof. U. Costabel aus Essen und Prof. C. Kroegel aus Jena haben hier, wie auch im Untertitel benannt, ein Referenzwerk für Klinik und Praxis erstellt.

Das über 720 Seiten starke gebundene Werk hat über 475, größtenteils farbige und gut erkennbare Abbildungen. Neben den beiden Herausgebern haben 21 weitere, ausschließlich ärztliche Autoren, die 20 Kapitel in die vier folgenden Schwerpunkte aufgeteilt:

- Grundsätzliche Prinzipien
- Leitsymptome und Leitbefunde
- Pneumologische Krankheitsbilder und
- Spezielle Aspekte

Diese Systematik ist übersichtlich, gut gelöst und angenehm nachvollziehbar. Das Fachbuch ist zum einem sehr gut als Nachschlagewerk geeignet, wenngleich aufgrund seiner Größe und Schwere nur für die hauseigene Bibliothek, zum anderen ist es auch als Lehrbuch für die Pneumologie und Beatmungsmedizin benutzbar. Besonders Kapitel 2 „Prinzipien der pneumologischen Diagnostik“ und Kapitel 4 „Leitsymptome und Leitbefunde“ beeindrucken durch die gut lesbare und nachvollziehbare Ausführlichkeit von Handlungsanweisungen in Text und Bild. Daher lässt sich vermuten, dass die Herausgeber nicht nur, wie im Vorwort erwähnt, hiermit Medizinstudenten erreichen möchten, sondern - vor allem mit den besonders hervorzuhebenden Kapiteln 2 und 4 - , auch Berufsanfänger aus den Bereichen Medizin, Therapie und Pflege.
Während die anderen Kapitel sehr umfangreich alle pneumologischen Erkrankungen inkl. Besonderheiten bei Lungentransplantationen, Schwangerschaft und arbeitsmedizinische Aspekte beleuchten, vermisst man in einigen Kapiteln therapeutische Hinweise aus den Fachgebieten Physio-, Ergo- und Sprachtherapie. Die insgesamt dominierende biomedizinische Ausrichtung mit seinen Checklisten, übersichtlichen Tabellen und konkreten Flussdiagrammen zeigt, dass die Einbeziehung nichtärztlicher Berufsgruppen in das Autorenteam durchaus noch wichtige beziehungsmedizinische Aspekte hätte hinzufügen können. Sowohl für Diagnostik und Therapie, im besonderen bei chronischen schweren Verläufen, sind Konzepte aus den Bereichen Körpersemantik (Körperbedeutungslehre) und komplementäre Pflegemethoden wie z.B. LIN® (Lagerung in Neutralstellung), ASE (Atemstimulierende Einreibung) und/oder VeReGo® (Vertikalisieren, Regulieren und Oralisieren) für die Klinik und Praxis wichtige Bestandteile, welche die Therapieziele unterstützen und sichern können. Dies wird sogar in den Kapiteln 3.14.5 – 13.14.10, wie zum Beispiel „Patientenabhängige Faktoren“ und „Patientenschulungen“, wenn auch kurz, auf 2 Seiten thematisiert, aber nicht konsequent als fester Bestandteil der sonst gut strukturierten Rasteraufteilung aller Krankheitsbilder umgesetzt. Es verwundert auch etwas, dass es kein eigenes Kapitel für Pädiatrie gibt. Sicher sind Besonderheiten und Abweichungen in den einzelnen Krankheitsbildern im Kontext der Pädiatrie ab und zu beschrieben, jedoch sind in den Angaben zu Referenzwerten, Formeln, Prognosen und Therapiebesonderheiten keine für die Pädiatrie expliziten Bereiche aufgeführt.

Insgesamt ist **„Klinische Pneumologie“** ein Fachbuch, das die Bezeichnung „Referenzwerk“ grundsätzlich verdient. Es ist ein „must-have“ für jede stationäre und ambulante Institution im Kontext der Pneumologie. Auch Intensiv- und Beatmungspflegedienste sollten die 139,00 EUR investieren, um das Standardwerk ihren Mitarbeiter/innen in der firmeneigenen Bibliothek zugänglich zu machen. Die im ausführlichen Anhang befindlichen Therapieschemata und relevanten Berechnungsformeln sind eine schnelle unkomplizierte Hilfe. Die gilt auch für das über 18 Seiten starke Sachverzeichnis. *mc*

Claus Kroegel / Ulrich Costabel
Klinische Pneumologie
Das Referenzwerk für Klinik und Praxis
Georg Thieme Verlag, Stuttgart. 2013.
723 Seiten, 475 Abbildungen, gebunden.
EUR [D] 139,99 | EUR [A] 144,00 | CHF 196,00
ISBN 978-3-13-129751-8
eISBN (PDF) 978-3-13-175771-5
eISBN (ePub) 978-3-13-175781-4

Messen - Kongresse - Fortbildung

April 2014

2. April 2014 in Unterhaching
Kinästhetik Grundkurs Teil 1
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

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

3. April 2014 in Unterhaching
Kinästhetik Grundkurs Teil 2
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

8. April 2014 in Augsburg / Unterhaching
Schmerzmanagement
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

9. April 2014 in Dresden
Sozialrecht und Organisation
in der außerklinischen Intensivversorgung - Managementwissen kompakt
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
Anmeldung unter:
www.ihcc-akademie.de/management-seminare.html

26. April 2014 in Berlin
Beatmungs- und Informationsveranstaltung
"Lebenswertes Leben mit ALS - für Betroffene von Betroffenen"
Informationen und Anmeldung:
oliver.juenke@als-mobil.de

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

29. April 2014 in Unterhaching
Kinästhetik Grundkurs Teil 3
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

30. April 2014 in Augsburg
Kinästhetik Refresher Praxistag
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

Mai 2014

6. Mai 2014 in Augsburg / Unterhaching
Grundlagen der Pathophysiologie der Atmung, Atemunterstützung und Sekretmobilisation
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

7. Mai 2014 in Stuttgart
Sozialrecht und Organisation in der außerklinischen Intensivversorgung - Managementwissen kompakt
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
Anmeldung unter:
www.ihcc-akademie.de/management-seminare.html

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

14. Mai 2014 in Augsburg
Tracheostomaversorgung, Hygiene, Notfall-/Megacodetraining
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

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. PFLEG MICH-Kongress
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

21. Mai 2014 in Unterhaching / Augsburg
Grundlagen der Beatmung, Teil 1
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

22. Mai 2014 in Unterhaching / Augsburg
Grundlagen der Beatmung, Teil 2
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

30. Mai 2014 in Augsburg 4. Duchenne-Symposium
www.glvc.aktionbenniundco.de

Juni 2014

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

3. Juni 2014 in Augsburg / Unterhaching
Basale Stimulation, Teil 1
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

4. Juni 2014 in Augsburg / Unterhaching
Basale Stimulation, Teil 2
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

4. Juni 2014 in Hamburg
Sozialrecht und Organisation in der außerklinischen Intensivversorgung - Managementwissen kompakt
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
Anmeldung unter:
www.ihcc-akademie.de/management-seminare.html

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

13. bis 14. Juni 2014 in Münster
Deutscher Fachpflegekongress 2014
Forum Anästhesie & Intensivpflege
www.mcc-halle-muensterland.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

27. bis 29. Juni 2014 in Bad Reichenhall
46. Bad Reichenhaller Kolloquium
www.kolloquium-br.de

30. Juni 2014 in Augsburg / Unterhaching
Basale Stimulation, Teil 3
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

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 Düsseldorf
Sozialrecht und Organisation in der außerklinischen Intensivversorgung - Managementwissen kompakt
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
Anmeldung unter:
www.ihcc-akademie.de/management-seminare.html

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

9. Juli 2014 in Unterhaching
Tracheostomaversorgung, Hygiene, Notfall-/Megacodetraining
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

15. Juli 2014 in Augsburg / Unterhaching
Pflegeplanung / Dokumentation leicht gemacht
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

23. Juli 2014 in Augsburg / Unterhaching
Beatmungsmanagement Complete
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

29. Juli 2014 in Regensburg
Herausforderung Beatmung - graue Theorie praxisnah vermitteln
Anmeldung: Thomas.Bonkowski@ukr.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:
Dr. Björn Schwick, Christoph Jaschke, Anja Hoffmann, Jennifer Kirchmann, Dieter Weber, Felix Zöbisch, Dr. Sabine Gleich, Dr. S. Schweitzer, Marcello Ciarrettino (mc), www.dvsg.org, www.patientenportal.bayern.de/patientenbeauftragter, www.stmgp.bayern.de, www.kobinet.de, www.patientenbeauftragter.de, www.behindertenbeauftragte.de, www.biathlon-bentele.de, www.bundesgesundheitsministerium.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.

Jetzt schon Termin sichern!
Husten-Helfen-Beatmen
22. November 2014 Halle/Saale

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