GEPFLEGT DURCHATMEN

Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung
#33 | Juli 2016



>> Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

die Aufdeckung des gigantischen Abrechnungsbetrugs durch das Bundeskriminalamt hat uns alle erschüttert, aber letztendlich nicht verwundert. Denn seit vielen Jahren gibt es Hinweise darauf, dass sich sogenannte "schwarze Schafe" an den Geldern der Versicherten bereichern. Dieses Geld fehlt an anderer Stelle, es fehlt vor Ort bei unseren Klienten, es fehlt bei der notwendigen Qualifizierung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Grund genug, um empört zu sein und die Politik aufzufordern, jetzt endlich tätig zu werden.

Die Betroffenen und ihre Angehörigen sind inzwischen sensibilisiert und suchen nach Wegen, wie sie sich zur Wehr setzen können. Wir stellen deshalb verschiedene Mitwirkungsmöglichkeiten vor, sei es über die Sozialwahlen, sei es über die Mitarbeit im Gemeinsamen Bundesausschuss oder über den Verbraucherschutz. Wie viele Menschen mit Behinderung, so machen sich auch immer mehr Angehörige auf den Weg, um für die Lebensqualität ihrer Lieben zu kämpfen.

Ein Fünftel aller Beiträge beim diesjährigen DIGAB-Kongress wurde von Betroffenen gestaltet und Dinah Radtke war die erste Kongresspräsidentin, die weiß, was es heißt, beatmet zu sein. Wir berichten von einem beeindruckenden Kongress mit vielen spannenden Vorträgen, Diskussionsrunden und Gesprächen. "Auf dem MAIK sehen wir uns wieder", so verabschiedeten sich viele der Kongressteilnehmer in Bamberg voneinander. Einen kleinen Vorgeschmack auf den 9. MAIK gibt es also schon in diesem Heft.

Wir wünschen viel Freude bei der Lektüre unserer neuen GEPFLEGT DURCHATMEN, in der wir unsere Leser auch ins Medizinhistorische Museum nach Berlin entführen, ihnen nahe bringen, wie erfolgreich gute Gespräche sind und zeigen, was zu tun ist, um in unserer Gesellschaft Zwischenmenschlichkeit und Empathie zu stärken. Auch wir wollen mit diesem Heft einen kleinen Beitrag "wider die kalte Vernunft" leisten, denn auch wir sind der Überzeugung, dass man die wahre Entwicklungsstufe einer Gesellschaft daran erkennt, wie sie mit ihren schwächeren Mitgliedern, ihren Kindern, älteren Menschen, behinderten Menschen und chronisch Kranken umgeht.

Es grüßt Sie herzlich

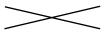
Ihre GD-Redaktion







Editorial



Betrug in der Pflege

- >> Forderungen | 4
- >> Fragen | 5
- >> Initiative | 6
- >> 8-Punkte-Plan | 8
- >> Kommentar | 10

Vertrauen

- >> Studie | 12
- >> Pflege-TÜV | 13
- >> Vertrauenverlust | 14

Mitwirkung

- >> Angebot 1 | 18
- >> Angebot 2 | 19

Diskussion

>> Pro & Contra ambulant betreute Wohngemeinschaften | 20

Recht >> 22

GD vor Ort

- >> 6. Intensivpflegetag Nordbayern | 24
- >> 24. Jahreskongress der DIGAB e.V. | 26

Pflege

- >> Pflege-Thermometer 2016 steigt | 30
- >> Das neue Pflegeberufsgesetz | 32

MAIK >> 36

Case Management

>> Facharbeit von Meike Grimm (Teil 3) | 38

IHCC >> 44

Experten in eigener Sache

- >> Patientenwohl im Krankenhaus | 46
- >> Bundesweiter Protest | 48
- >> Neuer BRK-Botschafter | 54
- >> Körperstolz | 56

Best Practice

>> Letzte Wünsche wagen | 58

Vielfalt

- >> Diversity 2016 | 59
- >> Schach Matt der Ausgrenzung | 61

Empathie

- >> Vetrauen schaffen | 64
- >> Wider die kalte Vernunft | 66

Kultur

>> Anatomische Wachskunst | 68

In eigener Sache

>> Neue Wohngemeinschaft in Kerpen | 71

Messen - Kongresse - Fortbildungen >> 73

MILLIARDENSCHWERER ABRECHNUNGSBETRUG IN DER AUSSERKLINISCHEN INTENSIVPFLEGE

Die Berichte der "Welt am Sonntag" sowie des "Bayerischen Rundfunks" über einen milliardenschweren Abrechnungsbetrug gingen im April dieses Jahres wie ein Lauffeuer durch die Medien. Wie es hieß, würde die Staatsanwaltschaft gegen Täter aus einer "geschlossenen Sprachgruppe" ermitteln, und es war die Rede von mutmaßlichen Betrügern aus dem russischen Sprachraum, die u.a. schwerpunktmäßig in Berlin aktiv waren und mit unterschiedlichen Methoden falsch abgerechnet haben sollen. Weitere Informationen drangen bis heute nicht an die Öffentlichkeit. Endlich wurde das Thema auch auf bundespolitischer Ebene diskutiert und man darf gespannt sein, welche Konsequenzen die Ermittlungen des Bundeskriminalamts haben werden.

Die Antikorruptionsorganisation Transparency International Deutschland e.V. forderte am 22.04.2016 bessere Kontrollmechanismen bei ambulanten Pflegediensten, transparentere Abrechnungssysteme und strengere Regeln bei der Vergabe von Leistungen. Vor dem Hintergrund der aktuellen Enthüllungen zum systematischen Betrug bei Pflegediensten weist TI erneut auf strukturelle Schwachstellen und Einfallstore für Korruption in der Pflege hin. Schon im Jahr 2013 hatte die Organisation mit einer Studie auf die Korruptionsanfälligkeit der Strukturen im Pflegebereich aufmerksam gemacht.

"Wir erwarten vom Gesetzgeber, dass der Staat die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen vor Betrügereien schützt und die Rahmenbedingungen für transparente und nachvollziehbare Pflegeleistungen schafft", so Christoph Jaschke, Leiter der Arbeitsgruppe Pflege und Betreuung von Transparency Deutschland. Eine für Interessenkonflikte anfällige Struktur und ein komplexes Abrechnungssystem führen zur Intransparenz gegenüber den Beitragszahlern und begünstigen zunehmend auch die organisierte Kriminalität. Es entstehen Schäden in Milliardenhöhe – und das auf Kosten der oft schwerstpflegebedürftigen Menschen.

Stärkung der Kontrollbefugnisse des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherungen

Unangemeldete regelmäßige Prüfungen durch die privaten und gesetzlichen Krankenversicherungen müssen routinemäßig eingerichtet werden, damit Abrechnungen und Dienstpläne nicht manipuliert werden können, fordern die Experten von Transparency Deutschland. Neben der Prüfung der Pflegequalität gilt es insbesondere, die Mittelverwendung zu prüfen. Ein besserer Austausch von Informationen zwischen Finanzämtern und den Stellen zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen bei den Krankenkassen muss umgesetzt werden.

Einführung eines Registers über Betrug und Missbrauchsfälle

Ein deutschlandweites Register über Betrug und Missbrauch im ambulanten und stationären Bereich muss eingeführt werden, damit Verstöße systematisch dokumentiert werden. Transparency Deutschland fordert zudem eine Verschärfung der Sanktionsmöglichkeiten bei Regelverstößen.

Offenlegung von Interessenkonflikten bei der Entlassung aus der Klinik

Ein Einfallstor für Korruption ist die Entlassung der Pflegebedürftigen aus der Klinik. Die Kliniken stehen unter wirtschaftlichem Druck und müssen schnell entlassen. Betroffene und Angehörige brauchen deshalb in vielen Fällen schnellstmöglich häusliche Pflege. Unter dem Deckmantel eines "Case-Managements" werden sie gegen Bezahlung an Pflegedienste vermittelt, ungeachtet der Qualität ihrer Arbeit und der Qualifizierung der Mitarbeiter. Transparency Deutschland fordert vor diesem Hintergrund mehr Transparenz und klare Regeln für die Vergabe von Aufträgen bei der Entlassung der Pflegebedürftigen in die häusliche Pflege. Der Gesetzgeber muss darüber hinaus generell prüfen, ob Krankenhausträger als Gesellschafter ambulanter Leistungserbringer (Sanitätshäuser, Pflegedienste) zulässig sind, da hier unter Umständen erhebliche Interessenkonflikte vorliegen.

Verbesserung von Hinweisgeberschutz

Hinweise über Betrugsfälle und Regelverstöße kommen größtenteils aus den Reihen der Betroffenen, Angehörigen oder Pflegekräfte. Diese befinden sich in vielen Fällen oft in einer schwierigen persönlichen Situation und riskieren mit der Veröffentlichung von Missständen viel. Es muss sichergestellt werden, dass Hinweisgeber geschützt sind und eine kontinuierliche Versorgung der Pflegebedürftigen in jedem Fall gewährleistet wird.

Quelle: https://www.transparency.de/2016-04-22 Transparency-Deutsc.2784.0.html?&contUid=6578



DIE NÖTIGEN KONSEQUENZEN SIND ÜBERFÄLLIG

Die Berichterstattung über den Pflegebetrug und die Ermittlungen des Bundeskriminalamts hat in den Dimensionen alle negativen Erwartungen deutlich überstiegen. Auch wenn jeder Einzelfall verhindert werden müsste, macht einen die kriminelle Energie zu Lasten der Versichertengemeinschaft und zum Teil auch einzelner PatientInnen fassungslos. Selbstkritisch muss ich feststellen, dass auch ich entsprechende Warnungen in der Vergangenheit nicht ernst genug genommen habe.

Die SPD-Fraktion im Bayerischen Landtag hat unmittelbar nach Bekanntwerden des aktuellen Skandals mit einem Antrag die Staatsregierung aufgefordert, über die Situation in Bayern zu berichten.

Insbesondere folgende Fragen sind interessant, um Licht ins Dunkel zu bringen und zukünftige Fälle zu verhindern:

L Seit wann und in welcher Hinsicht ist der Staatsregierung das Problem des gewerbsmäßigen Betrugs bei der Erbringung von Pflegeleistungen bekannt?

2 Wie hoch schätzt die Staatsregierung den in Bayern dadurch jährlich entstehenden finanziellen Schaden ein?

3 Welche Erkenntnisse hat die Staatsregierung über die typischen Mechanismen des Pflegebetrugs? In welcher Rolle sieht sie dabei also die Beteiligten (Pflegebedürftige, Angehörige, Ärztinnen und Ärzte, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Pflegediensten und des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen)?

4. Wie funktionieren die Betrugsmechanismen nach den Erkenntnissen der Staatsregierung bei Intensivpflegediensten? Wie hoch sind die dadurch entstehenden jährlichen finanziellen Schäden? Sind der Staatsregierung Fälle bekannt, in denen intensiv pflegebedürftige Personen durch betrügerische Aktivitäten zu Schaden oder zu Tode gekommen sind? Welche Erkenntnisse hat die Staatsregierung aus der gerichtlichen Aufarbeitung derartiger Fälle gewonnen?

5. Welche Erkenntnisse hat die Staatsregierung zu spezifischen Betrugsmechanismen in der ambulanten und stationären Pflege sowie in Pflege-Wohngemeinschaften?

6. Welche Rolle spielt dabei nach Auffassung der Staatsregierung das Nebeneinander von Behandlungspflege nach § 37 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V) und von Pflegesachleistungen, Pflegegeld bzw. stationärer Pflege nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI)? Welcher Reformbedarf ergibt sich aus Sicht der Staatsregierung aus dem Nebeneinander dieser beiden Finanzierungs- und Leistungsmechanismen im Hinblick auf die Betrugsbekämpfung?

7. Welche Konsequenzen wird die Staatsregierung auf Landesebene aus dem Betrugsskandal ziehen? Sieht die Staatsregierung Möglichkeiten, die Fachstellen für Pflege- und Behinderteneinrichtungen ("Heimaufsichten") in effektive Kontrollstrukturen einzubinden?

Wäre die Einrichtung von Schwerpunktstaatsanwaltschaften nach Auffassung der Staatsregierung ein geeignetes Mittel zur Betrugsbekämpfung im Pflegebereich? Wie könnten die vorhandenen Kontrollmechanismen besser zur Aufdeckung von Straftaten genutzt werden?

Wenn der Bericht der Staatsregierung vorliegt, werden wir die nötigen Konsequenzen für Bayern ziehen.

Unabhängig davon lässt sich neben der vollständigen Aufklärung und juristischen Ahndung der Betrugsfälle bereits konkreter Handlungsbedarf erkennen.

So müssen die leitenden Pflegekräfte verpflichtet werden, ein Führungszeugnis vorzulegen und die Qualifikation aller beschäftigten Pflegekräfte nachzuweisen. Die Kontrollen müssen zielgerichteter und effektiver werden.

Die Vorgänge zeigen, dass auch ausführliche Dokumentation nicht dazu führt, Fehlverhalten einzudämmen. Daher muss auch im Bereich der ambulanten Pflege der sinnvolle Abbau von Bürokratie vorangebracht werden.

Im Bereich der Intensivpflege zu Hause müssen – wie in anderen Bereichen auch – endlich Behandlungspläne etabliert werden, anstatt in mühsamen Verhandlungen die Vergütung im Einzelfall zu vereinbaren. Das ist nicht nur einfacher zu handhaben, sondern garantiert auch Qualitätsstandards der Behandlung im Interesse der PatientInnen.

Eine Daueraufgabe bleibt das Ringen um mehr Fachkräfte in der Pflege. Hier ist die ganze Gesellschaft gefragt, die Leistungen der vielen professionell und empathisch arbeitenden Pflegkräfte endlich angemessen wertzuschätzen.

Kathrin Sonnenholzner, SPD

Landtagsabgeordnete Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit und Pflege im Bayerischen Landtag



Fotoquelle: www.bayernspd-landtag.de

WENN ANGEHORIGE INTENSIVE LEGE BRAUCHEN

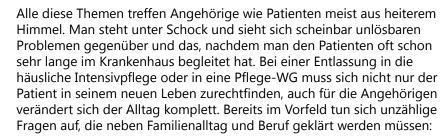


Wenn jeder dem anderen helfen würde, wäre allen geholfen.

Marie von Ebner-Eschenbach

Nahezu zeitgleich mit den Enthüllungen des gigantischen Abrechnungsbetrugs ist ein neues Forum für die Selbsthilfe und den Austausch für Angehörige und Patienten in der Heimbeatmung und Intensivpflege entstanden. Ins Leben gerufen wurde es von Angehörigen, die bereits schlimme Erfahrungen durchgemacht haben und miterleben mussten, was passiert, wenn ein Betroffener in die falschen Hände geraten ist.





- Wie finde ich den richtigen Intensivpflegedienst?
- Soll der Betroffene zu Hause oder in einer Pflege-WG versorgt werden?
- Was muss ich bei meiner Krankenkasse in die Wege leiten?
- Welcher Arzt leistet eine adäquate medizinische Versorgung?
- · Wer kümmert sich um die Hilfsmittel?

Das Forum www.intensivpflege-angehörigen-hilfe.de, in dem sich Angehörige der Patienten sowie Betroffene austauschen, soll Ihnen helfen, richtige Entscheidungen zu treffen, und Mut und Zuversicht geben, wenn Sie einen geliebten, schwerkranken Menschen begleiten. Über uns haben Sie die Möglichkeit, sich unverbindlich, auf Wunsch natürlich auch anonym, mit anderen auszutauschen und Unterstützung zu bekommen.

Zögern Sie nicht, Hilfe zu suchen und mit uns in Kontakt zu treten – ob telefonisch, per E-Mail oder Post oder auch über unser Forum auf der Website.





Kontakt

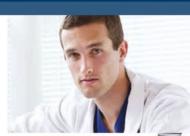
Intensivpflege Angehörigenhilfe Destouchesstr. 37 | 80803 München Tel. (+49) 89 - 90411 668 | info@intensivpflege-angehörigenhilfe.de www.intensivpflege-angehörigen-hilfe.de

Auch ein persönliches Kennenlernen untereinander ist jederzeit gerne möglich.

F&P 810™ Atemluftbefeuchtungssystem

Für die Verwendung mit **NIV** und **invasiver Beatmung** zur Abgabe einer gesteigerten
Feuchtigkeit bei gleichzeitiger Reduktion von
Kondensat optimiert









Das F&P 810

Atemluftbefeuchtungssystem

besteht aus den folgenden Komponenten:

- F&P MR810 Beheizter Atemluftbefeuchter
- F&P Evatherm Beheizter Beatmungsschlauch

und stellt eine Lösung zur Befeuchtung und Verringerung von Kondensat dar.

Im Vergleich zu nicht beheizten Alternativlösungen gibt das System eine erhöhte Feuchtigkeitsmenge ab und sorgt gleichzeitig für eine verringerte Kondensation (Niederschlag); Verbesserung der Patientenversorgung und der Ergebnisse.





Evatherm™

900MR810

Schlauchsystem







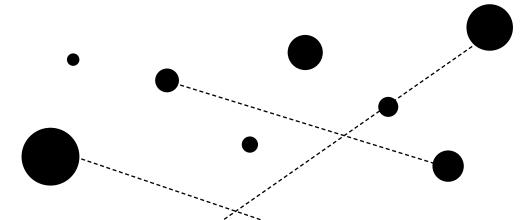
Die Deutsche Stiftung Patientenschutz fordert Bund und Länder auf, den Abrechnungsbetrug in der Pflege nachhaltig zu bekämpfen. Dazu haben die Patientenschützer einen 8-Punke-Plan mit konkreten Gesetzesänderungen erarbeitet. "Mit diesem Rüstzeug kann Gesundheitsminister Gröhe das geplante Pflegestärkungsgesetz III zu einem Betrugsbekämpfungsgesetz weiterentwickeln", so Vorstand Eugen Brysch.

Die Patientenschützer fordern eine einheitliche und lebenslange Patientennummer für Krankenund Pflegeversicherung. Außerdem müssten Pflegeleistungen künftig ausschließlich elektronisch
abgerechnet werden. Mit dieser neuen Kombination ließen sich Auffälligkeiten schneller aufspüren.
Außerdem vermissen die Patientenschützer wirksame Kontrollmechanismen der Krankenkassen bei
der häuslichen Krankenpflege. Dazu seien die Kranken- und Pflegekassen zu verpflichten, um Betrug bei Leistungsanbietern wie ambulanten Pflegediensten, Ärzten, Apothekern und Therapeuten
zu unterbinden. Verbindlich zu prüfen seien auch die Abrechnungen der Leistungen. Bestehe der
Verdacht auf nicht fachgerechte Pflege, müssten die Pflegebedürftigen in die Prüfung einbezogen
werden. Brysch: "Keine Abstriche darf es geben beim Datenschutz und dem Schutz der Unverletzlichkeit der Wohnung". Auch im Bereich der Pflege-Wohngemeinschaft komme Pflege-Betrug
immer wieder vor. Deshalb fordert die Deutsche Stiftung Patientenschutz den Gesetzgeber auf, den

Wildwuchs in den Ländern durch einen bundesweiten Standard zu entflechten. Zudem sollten die Länder Meldepflichten für Wohngemeinschaften einführen. Auch für die ambulanten Pflegedienste wollen die Patientenschützer in den Bundesländern eine Meldepflicht einführen und sie unter Heimaufsicht stellen. Verdeckter Betrug lässt sich auch durch anonyme Hinweise aufdecken. Deshalb will die Deutsche Stiftung Patientenschutz die bei Kranken- und Pflegekassen bereits eingerichteten Stellen für Fehlverhalten im Gesundheitswesen stärken und ausbauen. Sie sollen Anlaufstellen auch für anonyme Hinweisgeber sein. Um Betrugsfälle aufzuspüren, müsse auch das Gesundheitsstrafrecht geändert werden. Brysch: "Die geltende Kronzeugenregelung allein reicht nicht aus". Deshalb sprechen sich die Patientenschützer für eine Straffreiheit bei Selbstanzeige aus. Vorbild sei hier das Steuerstrafrecht. Die Täter gehen nur dann straffrei aus, wenn diese den gesamten Vermögensschaden ersetzen. Diese Regelung werde sowohl den Versicherungen als auch den Beitragszahlern gerecht. Der Vorschlag gehe damit über die Kronzeugenregelung hinaus. Das deutsche Gesundheitssystem sei ein komplexes System. Deshalb fordern die Patientenschützer für sämtliche Bundesländer polizeiliche Spezialermittlungsteams und Schwerpunktstaatsanwaltschaften. So könnten Kompetenzen gebündelt und Erfahrungswissen aufgebaut werden, "Die Erkenntnisse über Schwarze Schafe der Branche müssen zusammengeführt werden, damit diese ihre krummen Geschäfte nicht unerkannt in andere Bundesländer verlegen können", fordert Brysch.

Hintergrund: Die gemeinnützige Deutsche Stiftung Patientenschutz ist die Sprecherin der schwerstkranken, schwerstpflegebedürftigen und sterbenden Menschen. Zur Wahrung der Unabhängigkeit verzichtet sie auf Gelder der Leistungserbringer, Krankenkassen und der öffentlichen Hand. Sie finanziert sich ausschließlich aus Spenden und Beiträgen ihrer 55.000 Mitglieder und Förderer. Mit dem Patientenschutztelefon bietet sie Hilfesuchenden und Betroffenen praktische Unterstützung bei Fragen rund um das Pflegerecht, Pflegeeinstufungen und Pflegemissstände. Ebenso hilft sie bei der Durchsetzung des Anspruchs auf Palliative Care und Sterbebegleitung, bietet Beratungen und Umsetzung von Patientenverfügungen sowie Hilfe beim Krankenkassenwechsel an. Sie hieß früher Patientenschutzorganisation Deutsche Hospiz Stiftung.

Mehr unter www.stiftung-patientenschutz.de

























Dekubitusprophylaxe und -therapie



Wundversorgung und -beratung











Im Dienst unserer Kunden. Jederzeit

Ihr Partner in der Hilfsmittelversorgung in Bayern.



Die kriminellen Machenschaften haben in der ambulanten Pflege dramatisch zugenommen. Dies gilt vor allem für die Versorgung von Menschen, die Intensivpflege benötigen und vielfach maschinell beatmet werden. Denn die betroffenen Menschen werden meist rund um die Uhr versorgt. Das monatliche Umsatzvolumen liegt bei ca. 21.000 Euro pro Betroffenem. Deshalb ist gerade diese Versorgungsform für Betrüger verlockend.

Es handelt sich, wie dies auch in einer Diskussionsrunde beim MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress 2014 von Journalisten bestätigt wurde, die schon lange in diesem Bereich recherchierten, um **mafiöse Strukturen**. Neben den Leistungserbringern gehören hierzu auch weitere Berufsgruppen wie Ärzte, Hilfsmittelprovider, Therapeuten, Sozialdienste etc.. Schon bei der Entlassung aus der Klinik beginnt sich das kriminelle Räderwerk zu drehen.

Und es dreht sich immer schneller, da die Anzahl der Menschen, die außerklinisch beatmet werden, in Deutschland nach allgemeinen Schätzungen um ca. 15 Prozent jährlich zunimmt. Gleichzeitig fehlen Fachkräfte, die diese Versorgungen nach geltenden Vertrags- und Qualitätsstandards überhaupt erfüllen können. Wegen des wirtschaftlichen Drucks, unter dem die Kliniken durch die geltenden Fallpauschalen (DRG's) stehen, werden die betroffenen Menschen oft an unqualifizierte Dienstleister entlassen. Und an dieser Schnittstelle klinken sich unseriöse Dienstleister ein, die den Druck und die Notlage der Betroffenen und ihrer Angehörigen schamlos ausnutzen.

Die Masche ist schon lange bekannt: Zunächst erbringt der ambulante Pflegedienst die vom Arzt verordneten Leistungen. Wenn etwas Zeit verstrichen ist, wird den Betroffene und/oder seinen Angehörigen mitgeteilt, dass man leider nicht mehr in der Lage sei, den vollen Umfang der Leistung zu erbringen. Um die Versorgung dennoch zu gewährleisten, wird den Angehörigen angeboten, in der Versorgung mitzuarbeiten. Da man dies aber auf Grund der fehlenden Ausbildung nicht arbeitsvertraglich fixieren könne, bietet der Dienstleister an, die Stunden **Schwarz** zu vergüten.

Damit den Krankenkassen nicht auffällt, dass es in der Stundenabrechnung Unregelmäßigkeiten gibt, einigt man sich darauf, dass der Betroffene oder sein Betreuer die Leistungsnachweise pauschal abzeichnet, also nicht den tatsächlich erbrachten Leistungsumfang. Durch die Unterschrift auf dem Leistungsnachweis und die erhaltene Vergütung werden der Klient und/oder die Angehörigen zu Mittätern gemacht. Dieses System ist von außen - ohne die nötige Expertise - kaum zu erkennen.

Über die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen werden die Krankenkassen geplündert und das Geld der Versicherten in die Kanäle von Betrügern geleitet. Es fehlt den Versicherten an anderer Stelle.

Deshalb fordern wir seit langem in Gesprächen mit Politikern aller Parteien bessere Prüfungen und mehr Kontrollbefugnisse für den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Um die Manipulationen von Dokumenten und Dienstplänen zu verhindern, müssen die Prüfungen ohne vorherige Ankündigung erfolgen. Desweiteren müssen Pflegedienste, die außerklinisch beatmete Menschen versorgen, ein Zulassungsverfahren durchlaufen und diese Pflegedienste müssen dazu verpflichtet werden, eine Zusatzvereinbarung zu unterzeichnen, in der sie die Einhaltung aller geltenden Standards und den Einsatz von Pflegefachkräften bestätigen.

Ganz besonders wichtig ist die Gewährleistung des Informantenschutzes, denn Hinweise kommen größtenteils aus den Reihen der Betroffenen und/oder der Angehörigen. Die weitere Versorgung muss sichergestellt sein, wenn ein Betrug aufgedeckt wird. Denn oft wird aus Angst geschwiegen.

Wir bedauern es sehr, dass durch die Machenschaften unsere ganze Branche in Verruf gerät. Denn die Mehrheit der ambulanten Pflegedienste arbeitet hervorragend und gewissenhaft.

Christoph Jaschke und Jörg Brambring Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH



Bivona® Trachealkanülen mit Innenkanülen.

Für Patienten mit individuellen Anforderungen, aufgrund von Alter, Anatomie und Größe, bieten wir eine große Auswahl an weichen Bivona® Silikon Trachealkanülen mit Teflon™ Innenkanülen.

Wir sind engagiert, unsere kleinen und großen Patienten mit den Vorteilen flexibler und komfortabler Trachealkanülen zu versorgen.





Pflegequalität: Deutsche sind verunsichert

ZQP-Studie: Bei der Wahl des passenden Pflegeangebots sind Erfahrungen aus erster Hand gefragt. Nur wenige Bürger möchten sich auf offizielle Qualitätsbewertungen verlassen. Dies geht aus einer am 18. April 2016 veröffentlichten repräsentativen Bevölkerungsbefragung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) hervor.

Viele Bürger sind verunsichert, ob wirklich alle Menschen in deutschen Pflegeeinrichtungen qualitativ gut versorgt werden. Dies geht aus einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung des Zentrums für Qualität in der Pflege (ZQP) hervor. Demnach glauben über zwei Drittel der Befragten (70 Prozent), dass die Pflegequalität von Einrichtung zu Einrichtung stark variiert. Von denjenigen, die vermuten, dass häufig erhebliche Mängel in der Qualität professioneller Pflegeangebote vorkommen, macht die große Mehrheit (71 Prozent) fehlendes Personal und daraus resultierende Arbeitsüberlastung als Hauptursache für Missstände verantwortlich.

Den mit Abstand größten Verbesserungsbedarf schätzen die Befragten im Bereich der persönlichen Zuwendung und Kommunikation, für die aus ihrer Sicht mehr Zeit zur Verfügung stehen sollte. Mehr als vier Fünftel (85 Prozent) von ihnen halten dies für wichtig. Wenn es um den Patientenschutz von Pflegebedürftigen geht, geben die meisten Befragten Medikamentensicherheit (74 Prozent), Hygiene (63 Prozent) und Schmerzmanagement (53 Prozent) als die wichtigsten Aspekte an.

Die Einschätzung von stark unterschiedlichen Versorgungsqualitäten mag dazu beitragen, dass es für fast alle Deutschen (96 Prozent) sehr wichtig ist, im Bedarfsfall verlässliche Informationen über die Qualität von professionellen Pflegeangeboten zu bekommen. Trotzdem würden sich derzeit offenbar nur sehr wenige Befragte bei der Auswahl einer ambulanten oder stationären Einrichtung gerne auf offizielle Bewertungen (5 Prozent) stützen wollen. Also auch nicht auf die sogenannten Pflegenoten, die eingeführt wurden, um Verbrauchern bei der Beurteilung der Pflegequalität verlässlich zu helfen. Doch von denjenigen, die Pflegenoten kennen, meint weniger als ein Viertel (22 Prozent), dass Noten verlässliche Informationen über die Pflegequalität bieten. Jeder Zweite aus dieser Gruppe hält notenbasierte Bewertungen im Bereich Pflege generell für ungeeignet.

"Unsere Ergebnisse untermauern, dass wir Pflegebedürftige und ihre Nächsten, aber auch die in der Pflege Tätigen, bei der Darstellung von Pflegequalität mehr als bisher ernst nehmen müssen. Transparenzversprechen dürfen keine Mogelpackung sein. Der derzeit laufende Reformprozess ist eine Chance, nun ein belastbares Bewertungs- und Darstellungssystem zu liefern. Es ist zugleich eine Pflicht, den Nutzern, aber auch den Erbringern von Pflegeleistungen aus einer Vertrauenskrise in das Transparenzsystem zu helfen.", erklärt Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender des ZQP.

Die Studie zeigt zudem, wem die Bürger am meisten bei der Wahl eines Pflegeanbieters vertrauen: Erfahrungen von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen aus erster Hand mit einem für sie in Frage kommenden Angebot werden überwiegend als nützliche Informationsquelle eingestuft (53 Prozent). Auch wäre es vielen Befragten wichtig, sich im Auswahlprozess selbst einen Eindruck verschaffen zu können (38 Prozent). Personen mit Pflegeerfahrung bewerten den eigenen Eindruck sogar als noch wichtiger. Die Hälfte von ihnen würde sich vorrangig auf diesen verlassen. "Wir dürfen nicht den Eindruck erwecken, Qualitätseinschätzung sei vorrangig ein von oben verordnetes Expertenthema. Die Menschen wollen sich selbst überzeugen, soweit sie selbst die Möglichkeit dazu haben. Dabei müssen wir sie stärken. Pflegeberatung und verbraucherorientierte Hilfen wie z. B. die ZQP-Ratgeber können dabei unterstützen." kommentiert Suhr.

Chancen zur Qualitätseinschätzung kann auch das Internet bieten, z. B. durch Bewertungsportale – ähnlich wie diese bereits für Hotels oder Restaurants existieren. Die Befragten bewerten solche Angebote unterschiedlich. Über ein Drittel (39 Prozent) hält dort geäußerte Einschätzungen für zu individuell. Genauso viele sehen die Angebote als Chance, wenn eine größere Anzahl von Bewertungen abgegeben wurde. Suhr dazu: "Gesicherte Onlineinformationen sind nützlich. Man darf aber nicht vergessen, dass Pflegeangebote keine Kneipen sind. Wie sollen schwer pflegebedürftige Menschen im Internet bewerten, wie gut sie sich versorgt fühlen?"

Hintergrund: Dieser Auswertung liegt eine anonyme Bevölkerungsumfrage zugrunde, in der mittels einer repräsentativen Stichprobe Informiertheit und Einschätzungen zum Thema "Qualität professioneller Pflegeangebote" erfragt wurden. Die Stichprobengröße beträgt gut 2.000 Befragte (N=2.003). Die Befragung wurde in der Zeit vom 26. Oktober bis 6. November 2015 durchgeführt. Die Grundgesamtheit bildeten die Erwerbstätigen ab 18 Jahre, bundesweit, repräsentiert in einem Panel mit ca. 20.000 Personen. Die Studie kann von der ZQP-Homepage herunter geladen werden: www.zqp.de

PFLEGE-TÜV ABSCHAFFEN

Zur Veröffentlichung der Befragung zur "Qualität professioneller Pflegeangebote" des Zentrums zur Qualität in der Pflege (ZQP) am 18. April 2016 erklärt Elisabeth Scharfenberg, Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik:

Wie viele Studien und Befragungen braucht die Bundesregierung noch, um endlich die Nutzlosigkeit des Pflege-TÜVs zu erkennen. Ein toter Gaul wird nicht wieder lebendig, wenn man ihn länger reitet. Der Pflege-TÜV muss abgeschafft werden.

Wir können nicht länger warten, bis endlich ein neues System für Qualität in der Pflege das alte ersetzt. Das ist eine Zumutung für alle – für die Menschen, die der Pflege bedürfen, für die Angehörigen, die nach einem geeigneten Angebot suchen. Und nicht zuletzt für die Prüfbehörden, die Zeit damit vergeuden, eine Note zu berechnen, die keinem nutzt und niemanden interessiert. Und ob das in Aussicht gestellte neue System besser sein wird als das alte, wird sich erst noch erweisen müssen. Wir sind und bleiben skeptisch.

Von den Befragten der ZQP-Studie vertrauen nur fünf Prozent einer offiziellen Bewertung. Qualität in den Pflegeeinrichtungen und ambulanten Diensten darzustellen, ist eben eine komplexe Angelegenheit – das haben die Befragten der ZQP-Studie erkannt. Die schwarz-rote Bundesregierung anscheinend nicht. Traurig aber wahr, dass die Politik von Union und SPD durch die Realität schon wieder einmal eingeholt wurde.

Wir fordern, dass mit sofortiger Wirkung die Pflegenoten ausgesetzt werden. Sie binden notwendige Ressourcen – Zeit, Personal, Geld der Versicherten, die wir anderweitig brauchen. Um Qualität wirklich messen und darstellen zu können, müssen die auf Pflege angewiesenen Menschen und deren Angehörige mit einbezogen werden. Sie sind die Experten in eigener Sache. Auch beim Abrechnungsbetrug sind die Pflegebedürftigen der Dreh- und Angelpunkt: Wenn der Pflegebedürftige als mündiger Verbraucher sein persönliches Budget selbst verwaltet, liegt die Kontrolle über die Leistungen bei ihm. Ein unabhängiger Budgetverwalter im Sinne eines Case-Managers kann ihm beratend zur Seite stehen.

www.gruene-bundestag.de





Der neue Pflege-Qualitätsausschuss startete am 8. Juni 2016, um den neuen Pflege-TÜV zu entwickeln. Ab 2018 soll der neue Pflege-TÜV für die stationäre Pflege gelten, ab 2019 für ambulante Dienste.

"Mit einem neu aufgelegten Pflege-TÜV, der am nächsten Tag wieder wissenschaftlich infrage gestellt wird, ist niemandem geholfen.

Das wäre wieder nur alter Wein in neuen Schläuchen."

Bundesgesundheitsminister **Hermann Gröhe** (Westdeutsche Allgemeine Zeitung vom 3. Juni 2016)









Copyright: BMG/Jochen Zick (action press)

Helfende Berufe genießen das Vertrauen der Deutschen

Die Deutschen vertrauen Feuerwehrleuten und Sanitätern am meisten, Politikern am wenigsten. Trotz Abgas- Skandal verzeichnen die Ingenieure und Techniker den größten Vertrauenszuwachs. Das zeigt die aktuelle Studie "Trust in Professions Report 2016" des Vereins Gesellschaft für Konsumforschung e.V. (GfK), in der die Deutschen zu ihrem Vertrauen in Berufe befragt wurden. Die Studienergebnisse wurden am 3. März 2016 vorgelegt.

Über alle Berufe hinweg liegt der Vertrauenswert der Deutschen bei 65 Prozent - damit liegen sie beim Ländervergleich im Mittelfeld. Das größte Vertrauen schenken die Deutschen helfenden Berufen: So stehen im Vertrauensranking des GfK Vereins Feuerwehrleute, Sanitäter (jeweils 96 Prozent) und das Krankenpflegepersonal (95 Prozent) auf den vorderen Plätzen, gefolgt von Apotheker (90 Prozent) und Ärzten sowie Lok-, Bus-, U-Bahn und Straßenbahnführern (jeweils 89 Prozent). Das Vertrauen der Deutschen in diese Berufsgruppen ist seit der letzten Studie in 2014 unverändert hoch - auch damals erzielten sie ähnlich hohe Vertrauenswerte.

Etwas an Vertrauen haben die Piloten eingebüßt: Mit 87 Prozent Zuspruch verlieren sie im Vergleich zu 2014 vier Prozentpunkte und rutschen im deutschen Ranking von Platz vier auf Platz sieben. Sie zählen mit diesem Wert aber weiterhin zu den sehr vertrauenswürdigen Berufen. Pilotenstreiks und der absichtlich durch einen deutschen Piloten herbeigeführte Flugzeugabsturz im März 2015 haben ihrem Ruf nur begrenzt geschadet.

Den größten Vertrauenszuwachs in Deutschland verbuchen Ingenieure und Techniker. Mit sechs dazu gewonnenen Prozentpunkten vertrauen ihnen aktuell 86 Prozent. Damit konnten sie sich von Rang 10 auf Rang 8 verbessern. Offenbar hat die Abgas-Affäre bei Volkswagen das Vertrauen der Deutschen in den Ingenieursberuf nicht beeinträchtigt, da sich der Vertrauenswert vor und nach Bekanntwerden des VW-Abgasskandals so gut wie nicht verändert hat. "Die Deutschen vertrauen nach wie
vor auf ihre Ingenieurskunst, deren Ergebnisse zum kräftigen Export beitragen. Der Abgasskandal einer Firma einer Branche
kann dieses Vertrauen nicht erschüttern.", kommentiert Raimund Wildner, Geschäftsführer des GfK Vereins. Die Unternehmer
erreichten im Vergleich zu 2014 ebenfalls einen etwas höheren Vertrauenswert, sind aber mit einem Wert von 54 Prozent
weiterhin im hinteren Teil des Rankings angesiedelt.

Auch die Banker scheinen sich langsam von ihrem Vertrauenstief zu erholen: In den letzten 24 Monaten stieg der Anteil derer, die angeben Bankangestellten zu vertrauen, von 39 auf 43 Prozent.

Politiker bleiben Schlusslicht

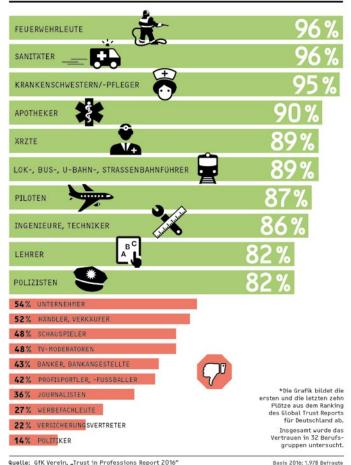
Die hinteren Plätze im Ranking belegen Werbefachleute (27 Prozent) und Versicherungsvertreter mit 22 Prozent. Politiker verharren - wie vor zwei Jahren - auf dem letzten Platz. Nahezu unverändert vertrauen ihnen gerade einmal 14 Prozent der Bürger. Vor Ort wird die Arbeit von Politikern aber positiver gesehen: Das Vertrauen in Bürgermeister nahm im Vergleich zu 2014 um vier Prozentpunkte auf 59 Prozent zu. In den neuen Bundesländern ist das Vertrauen in die Bürgermeister mit 53 Prozent zwar etwas verhaltener als im Westen (61 Prozent), konnte aber auch dort leicht zulegen.

Zur Studie

Diese Ergebnisse sind ein Auszug aus dem "Trust in Professions Report 2016" des GfK Vereins. Dieser wurde im Herbst 2015 zum zweiten Mal durchgeführt. Hierfür wurden in Deutschland 1.000 Personen (ab 14 Jahren) zwischen dem 4. und 11.9.2015 und weitere 1.000 Personen (ab 14 Jahren) zwischen dem 18. und 25.9.2015 befragt. Die Studie wurde international in 26 weiteren Ländern durchgeführt. Die wichtigsten Ergebnisse daraus werden im Frühjahr 2016 – ebenfalls in Form einer Pressemitteilung – veröffentlicht werden. Grundlage der Untersuchung ist die Abfrage des Vertrauens in 32 Berufsgruppen mittels einer Skala, die von "vertraue voll und ganz" und "vertraue ich überwiegend" und "vertraue ich weniger" bis zu "vertraue ich überhaupt nicht" reicht.

Quelle: http://www.gfk-verein.org/presse/helfende-berufe-geniessen-das-vertrauen-der-deutschen-0

VERTRAUEN DER DEUTSCHEN IN BERUFSGRUPPEN*





Das Leben afmen

SOLGROUP a breath of life

Mit **VIVISOL** unbeschwert unterwegs. Rund um die Uhr – zuverlässig – mit bester Versorgung!



ICH PACKE MEINEN KOFFER ... UND VIVISOL REIST MIT!

Sie gehen auf Reisen? Wir sind dabei! VIVITRAVEL – unser Reiseservice für Sie.

Kostenlose Sauerstoffversorgung – einmal im Kalenderjahr – bis zu zwei Wochen.

Egal wohin, deutschlandweit und in vielen Teilen Europas (ausgenommen Inseln).

Für Sie heißt das pure Erholung, Freiheit und im wahrsten Sinne "Luftveränderung zu erfahren"! Wir sind flexibel, damit Sie es sein können: ob Auto, Bahn oder Flugzeug – VIVITRAVEL ist Ihr professioneller Reisebegleiter.

Fragen Sie nach dem VIVITRAVEL-Rundum-Sorglos-Paket.

VIVITRAVEL-SERVICENUMMER: Tel.: 03 62 07 51 10



INTENSIV-PATIENTEN IM STICH GELASSEN VON DER POLITIK

§ 132 a SGB V

Der Mangel an Fachkräften in der Pflege ist sicher keine neue Erkenntnis. Dass aber im Bereich der häuslichen Intensivpflege die gesetzlichen Krankenkassen den Fachkräftemangel kräftig forcieren, wohl schon. Und wer als Patient dann keinen Pflegedienst mehr findet, muss stationär bei einem wesentlich schlechteren Personalschlüssel untergebracht werden. Der gesetzlich vorgesehene Grundsatz "ambulant vor stationär" ist in Wahrheit nichts mehr wert. Der Gesetzgeber ist dringend gefordert!

Aus dem Sozialgesetzbuch V (§ 132 a, Abs. 2 Satz 1, SGB V) ergibt sich, dass Intensiv-Patienten eine häusliche Behandlungspflege zugesichert sein soll. Für die Finanzierung dieser speziellen häuslichen Behandlungspflege müssen die Krankenkassen aufkommen, so steht es im Gesetz. Aber bevor diese Form der Patienten-Versorgung startet, werden Verträge zwischen Kasse und Pflegedienst geschlossen, dazu soll geklärt werden, wie hoch der Satz im jeweiligen Einzelfall ist. Der Pflegedienst soll dann auf dieser Grundlage mit der Kasse abrechnen. Soweit die Theorie.

In der Praxis diktieren die Kassen immer niedrigere Stundensätze, denn die kleinen Pflegedienste haben keine Lobby. Ob Patienten dann noch durch qualifizierte Fachkräfte betreut werden, interessiert die Sachbearbeiter der Kassen an dieser Stelle nicht mehr. Das, was für die Kassen vorrangig zählt, ist das gesparte Geld.

Aus diesem Grund scheitern gewollt die vom Gesetzgeber vorgesehenen Verhandlungen in der Folge immer öfter und die Intensiv-Patienten haben das Nachsehen. Denn, lässt sich ein Pflegedienst nicht auf die Niedrigpreis-Strategie ein, versuchen die Kassen sich ihrer Leistungs-Pflicht zu entziehen, indem sie Vergütungsverhandlungen mit den Pflegediensten verzögern, blockieren oder sogar verhindern und so die Patienten in der Luft hängen lassen. In lange dauernden Schlichtungsverhandlungen, wo die Schlichter durch die Kassen bestimmt werden, steht der Ausgang für die Kostenträger fast immer von Beginn an fest.

Verschiedene Kostenträger sprechen die Preise untereinander ab, legen einseitig fest, was unter Wirtschaftlichkeit zu verstehen ist, mit einem patientenorientierten, fallbezogenen Aushandeln der Vergütungen auf Augenhöhe hat diese Billigpreisstrategie der Kostenträger nichts mehr zu tun", sagt Tilman Holweg, Vater eines beatmeten Mädchens, der für die Versorgung seiner Tochter kämpft. "Für Patienten ist die derzeitige Gesetzeslage nichts anderes als eine Lotterie: Wer einen Pflegedienst bekommt, hat Glück, wer nicht, zieht den Kürzeren und muss ins Heim", so Holweg.

Dort, wo die Kassen den Pflegediensten wenig Geld bezahlen, können die Pflegedienste ihre Fachkräfte nur niedrig entlohnen. Pflegedienste werden so in die Lage versetzt, ihre qualifizierten Fachpflegekräfte nichtmal in Anlehnung tariflicher Löhne bezahlen zu können. Die Folge: hochqualifiziertes Personal kündigt, geht dorthin, wo es angemessen vergütet wird, z.B. ins Ausland oder in die Krankenhäuser.

Tilman Holweg

Unter www.132a.de gibt es viele weitere Informationen, u.a. neue sehenswerte Fernsehbeiträge.



Außerklinische Beatmung

Als erstes Unternehmen haben wir 1982 in Deutschland damit begonnen, Menschen mit Beatmungspflicht unterschiedlicher Grunderkrankungen und jeden Alters ganzheitlich zu betreuen und zu versorgen.

Unser Konzept, das neben der medizintechnischen Versorgung eine umfassende Betreuung der Patienten/Versicherten beinhaltet, wurde in Zusammenarbeit mit verschiedenen Fachkreisen entwickelt.



Beatmungsmedizinische Dienstleistungen und Technik

Unsere Leistungen:

- Information und Beratung für Betroffene, Angehörige, Ärzte, Pflegepersonen, Sozialdienste und Kostenträger
- Konzeption der ganzheitlichen außerklinischen Versorgung und Betreuung
- Beratung bei der Auswahl geeigneter Hilfsmittel
- Hilfestellung zur Organisation der außerklinischen Betreuung, auch nachstationär

technischer Service und
 24 Stunden Notdienst

Wir liefern:

- Geräte zur unterstützten und kontrollierten Beatmung
- Phrenicusnervenstimulatoren (PNS)
- Geräte zur Unterdruckbeatmung
- Meß- und Überwachungsgeräte, Absauggeräte
- sämtliche Zubehör- und Verbrauchsmaterialien zur Beatmung



BÖRGEL GmbH

An der Meil 4 · 65555 Limburg/Lahn

Telefon: 06431-94710 Telefax: 06431-947190 E-Mail: info@boergel-gmbh.de

Aufruf zu Deutschlands drittgrößter Wahl nach Bundestags- und EU-Parlamentswahlen

n

Anlässlich des Tages der Selbstverwaltung am 18. Mai 2016 warben die Ersatzkassen für Vielfalt in Kassenparlamenten. Die Vorbereitungen für die Sozialwahl 2017 gehen in eine wichtige Phase: Denn jetzt werden die Kandidaten für Deutschlands drittgrößte Wahl nach Bundestags- und EU-Parlamentswahlen aufgestellt. Bis 17. November 2016 müssen die Listenträger ihre Vorschlagslisten einreichen, teilte der Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) mit. Bei der vereinigten BARMER können Listen bis zum Frühjahr 2017 eingereicht werden. Bei den Ersatzkassen Techniker Krankenkasse (TK), DAK-Gesundheit, KKH Kaufmännische Krankenkasse und Handelskrankenkasse (hkk) wählen die Versicherten dann ihre Versichertenvertreter per Urwahl in die Verwaltungsräte der Ersatzkassen. Einsendeschluss für die Stimmabgabe per Briefwahl war der 31. Mai 2017. Bei der neuen BARMER ist der Stichtag für die Briefwahl fusionsbedingt voraussichtlich der 4. Oktober 2017.

"Die soziale Selbstverwaltung durch gewählte Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber bedeutet Partizipation und gelebte Demokratie in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Wir freuen uns über motivierte Versicherte, die im Rahmen eines ehrenamtlichen Engagements hierzu einen Beitrag leisten und in den Verwaltungsräten der Kassen mitwirken wollen", sagte Christian Zahn, Verbandsvorsitzender des vdek, anlässlich des Tages der Selbstverwaltung. Dies sei eine wichtige Funktion, so Zahn. In den Verwaltungsräten werden Leistungsentscheidungen für die Versicherten getroffen; nicht zuletzt entscheiden die Gremien über die Zusatzbeitragssätze.

Die Ersatzkassen setzen sich für Vielfalt in den Verwaltungsräten ein, betonte Zahn weiter. Erfreulich sei, dass in den Verwaltungsräten der Ersatzkassen Frauen

bereits heute schon relativ stark vertreten sind. Bei den Sozialwahlen 2011 war ihr Anteil in den Ersatz-kassen-Gremien mit 32,5 Prozent der höchste unter den Krankenkassen. Die Quote lag auch deutlich über dem Gesamtdurchschnitt der Sozialversicherungsträger (18 Prozent). "In den Verwaltungsräten sollten sich die verschiedenen Bevölkerungsgruppen möglichst weitgehend widerspiegeln – zum Beispiel auch in Bezug auf das Alter, die ethnische Herkunft oder Behinderungen", betonte Zahn.

Für ein Mandat als Versichertenvertreter kandidieren kann jeder Volljährige, der Interesse an einem ehrenamtlichen Engagement im sozialpolitischen Bereich hat und bestimmte Voraussetzungen erfüllt. Unter anderem muss der Kandidat das Recht zur Wahl zum Deutschen Bundestag haben oder mindestens seit sechs Jahren in Deutschland leben. Mehr Informationen über die Voraussetzungen für eine Kandidatur, die Sozialwahl und die soziale Selbstverwaltung gibt es im Internet unter: www.selbstverwaltung.de.

Zahn unterstrich die Bedeutung des Engagements der Versicherten- und Arbeitgebervertreter für die GKV: "Mit ihrem Engagement tragen die Selbstverwalter maßgeblich dazu bei, was die GKV auszeichnet: Bürgernähe, Solidarität, Wirtschaftlichkeit und eine Gesundheitsversorgung, die für ihre hohe Qualität international hoch angesehen ist. Zudem ist die soziale Selbstverwaltung ein Teil der sozialstaatlichen Ordnung. Sie stellt sicher, dass sich die Versicherten beim so wichtigen Thema Gesundheit nicht – wie in anderen Ländern – allein auf die Politik oder privatwirtschaftliche Unternehmen verlassen müssen", so Zahn.

Quelle und Bildnachweis: www.vdek.com



Die Patientenbeteiligung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) hat seit dem 27. Mai 2016 eine eigene Internetpräsenz. Auf den Seiten https://patientenvertretung.g-ba.de sind alle wesentlichen Informationen über die Arbeit von Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern im G-BA verfügbar: von Benennungsverfahren, Mitberatungsrechten über das Leitbild der Patientenvertretung bis hin zu Beispielen aus der bisherigen Themensetzung. Die Stabsstelle Patientenbeteiligung im G-BA stellt den benannten Patientenvertreterinnen und Patientenvertretern zudem Informationen und Hilfestellungen bereit, die sie auch interaktiv nutzen können und die sie bei der Wahrnehmung des gesetzlich verankerten Mitberatungs- und Antragsrechts unterstützen.

"Die ehrenamtlich tätigen Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter gestalten durch ihre Mitberatung in den Gremien des G-BA seit inzwischen über zehn Jahren die Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung mit. Die fachliche Kompetenz, mit der sie dies tun, wird heute überall anerkannt und geschätzt. Der neue Internetauftritt zeigt die gestalterischen Möglichkeiten und Erfolge in all seinen Facetten auf", sagte Dr. Martin Danner, Sprecher der Patientenvertretung beim G-BA, in Berlin.

Im BITV-Test wurde die Barrierefreiheit der öffentlich zugänglichen Seiten mit 98,25 Punkten und der interaktiv nutzbare Extranet-Bereich mit 97,25 Punkten jeweils als sehr gut zugänglich bewertet.

Patientenbeteiligung im G-BA

Organisationen, die auf Bundesebene maßgeblich die Interessen von Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen in Deutschland vertreten, haben im G-BA seit seiner Errichtung am 1. Januar 2004 Mitberatungs- und Antragsrechte (§ 140f SGB V).

Folgende Patienten- und Selbsthilfeorganisationen sind nach der Patientenbeteiligungsverordnung derzeit berechtigt, Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter zur Mitwirkung im G-BA zu benennen:

- der Deutsche Behindertenrat (DBR),
- die BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP),
- die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. und
- die Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.

Die Stabsstelle Patientenbeteiligung beim G-BA unterstützt die Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter bei der Wahrnehmung ihres Antrags- und Mitberatungsrechts organisatorisch und inhaltlich gemäß § 140f Absatz 6 SGB V. Mit der neuen Website füllt sie ihren gesetzlichen Unterstützungsauftrag weiter aus.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) ist das oberste Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland. Er bestimmt in Form von Richtlinien den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für etwa 70 Millionen Versicherte. Der G-BA legt fest, welche Leistungen der medizinischen Versorgung von der GKV übernommen werden. Rechtsgrundlage für die Arbeit des G-BA ist das Fünfte Buch des Sozialgesetzbuches (SGB V). Entsprechend der Patientenbeteiligungsverordnung nehmen Patientenvertreterinnen und Patientenvertreter an den Beratungen des G-BA mitberatend teil und haben ein Antragsrecht.

Den gesundheitspolitischen Rahmen der medizinischen Versorgung in Deutschland gibt das Parlament durch Gesetze vor. Aufgabe des G-BA ist es, innerhalb dieses Rahmens einheitliche Vorgaben für die konkrete Umsetzung in der Praxis zu beschließen. Die von ihm beschlossenen Richtlinien haben den Charakter untergesetzlicher Normen und sind für alle Akteure der GKV bindend.

Bei seinen Entscheidungen berücksichtigt der G-BA den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und untersucht den diagnostischen oder therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit einer Leistung aus dem Pflichtkatalog der Krankenkassen. Zudem hat der G-BA weitere wichtige Aufgaben im Bereich des Qualitätsmanagements und der Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Versorgung.

Quelle: www.g-ba.de



Patientenvertreter bei der 63. Öffentlichen Sitzung des Gemeinsamen Bundesausschusses Berlin, 21. Mai 2015 | Foto: ©Svea Pietschmann

LEBEN IN EINER AMBULANT BETREUTEN WOHNGEMEINSCHAFT FÜR MENSCHEN MIT BEATMUNG JA ODER NEIN?

Den Part des Befürworters von Wohngemeinschaften für Menschen mit Beatmung übernahm Christoph Jaschke, der gemeinsam mit Geschäftsführer Jörg Brambring schon mehrere Wohngemeinschaften von A bis Z konzipiert und inzwischen betreibt. Die meisten ambulant betreuten Wohngemeinschaften für Menschen mit Beatmung werden von Pflege- oder Betreuungsdienstleistungsanbietern initiiert. Denn gerade bei außerklinisch beatmeten Menschen ist es unwahrscheinlich, dass sie selbst tätig werden. Letztlich komme es weniger darauf an, wer eine Wohngemeinschaft eröffne als darauf, in wie weit alle Voraussetzungen dafür geschaffen werden, dass die Bewohner darin ihr Leben so weit wie möglich selbst gestalten können.

Deshalb ist es laut Jaschke wichtig, dass alles vorgehalten wird, was zu einem richtigen "Zuhause" gehört, also z.B. eine große Küche mit viel Platz für eine lange Tafel, damit dort gemeinsam mit Freunden und Verwandten gekocht, gegessen und gefeiert werden kann. Die barrierefreie Ausgestaltung der Räumlichkeiten und große Einzelzimmer seien das A und O einer WG, denn viele Betroffene würden in eine Wohngemeinschaft ziehen, weil die eigene Wohnung nicht behindertengerecht sei.

Jaschke bewertet ambulant betreute Wohngemeinschaften positiv auch angesichts des Fachkräftemangels. Man sei in der Dienstplangestaltung flexibler und könne neue Mitarbeiter ausbilden. Die Aufnahme neuer Klienten könne zügiger erfolgen, weil es die Versorgungsteams schon gebe. Bei einer 1:1-Versorgung müssten diese erst zusammengestellt werden und eine Wartezeit von sechs Monaten sei leider keine Ausnahme. Wohngemeinschaften haben in Jaschkes Augen viele Vorteile, aber nur, wenn sie aus der Perspektive der Bewohner und der dort tätigen Mitarbeiter heraus geplant werden. Alle Menschen, die dort leben und arbeiten sollen sich wohl fühlen!

Contra gab Oliver Jünke, der an ALS erkrankt ist und nach einem Abstecher in eine Wohngemeinschaft wieder aus Überzeugung in seiner eigenen Wohnung lebt. Wie in allen anderen Wohngemeinschaften, z.B. Studenten- oder Senioren-WGs, müsse man dort ständig Rücksicht auf die Mitbewohner nehmen. Das beginne schon bei Kleinigkeiten wie Rauchen, Küchendienst oder der Lautstärke von Musik. Die Qualität von Wohngemeinschaften für außerklinisch beatmete Menschen stehen und fallen laut Jünke mit dem dort vorhandenen Personal. Und dieses sei meist zu wenig. Noch nie habe er so viel Zeit im Bett verbringen müssen wie in der Zeit, als er in einer Wohngemeinschaft lebte. Man spüre als Bewohner den von den Kassen auferlegten Druck über den Personalschlüssel. Wenn zu wenig Pflegekräfte vor Ort seien, sei es schwierig bzw. oft unmöglich, den Bedürfnissen des Einzelnen gerecht zu werden.

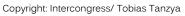
So seien Ausflüge nur nach Antragstellung möglich, die Spontaneität, und damit die Möglichkeit, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, sei sehr eingeschränkt. Deshalb habe er sich für das Leben in der eigenen Wohnung entschieden. Allen Betroffenen, die den Einzug in eine WG planen, rät Jünke, dort zunächst auf Probe einzuziehen und zu testen, ob diese Wohnform wirklich geeignet ist.

Den neutralen Part nahm Dr. Peter Demmel ein, der darlegte, dass der Paradigmenwechsel in der Versorgungslandschaft hin zu mehr Wohngemeinschaften ursprünglich vor allem für die wachsende Anzahl von älteren Menschen gedacht war. Hierfür war als gesetzliche Grundlage in Bayern das Bayerische Pflege- und Wohnqualitätsgesetz (PfleWogG) geschaffen worden. Dass es so viele WGs auch für außerklinisch beatmete Menschen geben würde, war nicht vorauszusehen. In Bayern gebe es inzwischen 268 ambulant betreute WGs mit 2030 Plätzen, davon 116 IntensivWGs mit 640 Plätzen. (Quelle: Bayerisches Landesamt für Statistik, Stand 31.12.2015). Für Deutschland insgesamt gebe es keine gesicherten Zahlen, geschätzt 700 – 800 IntensivWGs. Die Tendenz sei steigend. In Bayern habe es eine Zunahme gegenüber 2014 um 22 Prozent und mehr gegeben, für ganz Deutschland gebe es keine gesicherten Zahlen.



Bei der diesjährigen 24. Jahreskongress der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. in Bamberg fand am 2. Juni unter der Leitung von Dr. Jens Geiseler ein Forum "Wohngruppe für Beatmete: Pro & Contra" statt, auf dem Christoph Jaschke, Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, Oliver Jünke aus Berlin und Dr. Peter Demmel vom MDK Bayern diskutierten.







Die Unterschiede der Wohngemeinschaften, die der MDK begutachte, seien enorm. Deshalb seien bundesweit klar definierte Rahmenbedingungen hinsichtlich der Gewährleistung der speziellen Krankenbeobachtung, des Personals (Qualifikation sowie Personalschlüssel), der baulichen Voraussetzungen, des Notfallmanagements und der Hygiene dringend notwendig. Es gebe zwar eine Ergänzungsvereinbarung WG der Kassen und die ergänzenden Kriterien des MDK Bayern zur Überprüfung der Versorgungsqualität im ambulanten Intensivpflegebereich, aber bislang seien WG-spezifische, unangemeldete Qualitätskontrollen vom Gesetzgeber noch nicht vorgesehen.

Bei der anschließenden Diskussion wurde betont, dass mit einem Standardpersonalschlüssel von 1:3 ignoriert werde, dass jeder Klient eine andere Erkrankung und/oder Behinderung habe. Es sei dringend erforderlich, so Jaschke, den Personalschlüssel in Wohngemeinschaften an die Bedürfnisse der jeweiligen Bewohner in den Wohngemeinschaften anzupassen. Mal komme man mit weniger Personal aus, mal gleiche die ein oder andere Versorgung einer 1:1-Betreuung. Eine Zuhörerin meldete sich zu Wort, die anmerkte, wie wichtig eine intensive Betreuung gerade der Menschen sei, die sich selbst nicht mehr äußern könnten. In der Realität würden diejenigen, die nicht mehr sprechen könnten (z.B. Menschen im Wachkoma) vielfach sträflich vernachlässigt. Oliver Jünke befürchtet, dass langfristig 1:1-Versorgungen durch den Kostendruck seitens der Krankenkassen aussterben werden.

WG-Befürworter Christoph Jaschke bedauerte, dass die besonders schwer erkrankten und vielfach hilflosesten Menschen in Wohngemeinschaften Opfer des Kostendrucks würden, weil sie ihr Grundrecht auf ein würdevolles Leben nicht einklagen könnten. Deshalb unterstütze er Oliver Jünke, der für sein Grundrecht beispielgebend kämpfe und damit ein wichtiges Signal setze. Es sei zu befürchten, dass über den Kostendruck langsam die 1:1-Versorgung ganz verschwinden würden, danach, in ein paar Jahren, auch die Wohngemeinschaften, gefolgt von Kleinstheimen. Irgendwann müssten die Menschen wieder in großen Einrichtungen leben. Deshalb sei es wichtig, die Betroffenen in ihrem Kampf für ein selbstbestimmtes Leben zu unterstützen. Übrigens hätten 90 Prozent der Klienten, die aus den großen Kliniken kämen, Probleme mit multiresistenten Keimen. Dadurch stiegen die Ausgaben der Pflegedienste allein für Hygienemaßnahmen in der Häuslichkeit und in den Wohngemeinschaften um das 20fache! Dies seien Ausgaben, die von den Kassen nicht erstattet würden.

Moderator Dr. Jens Geiseler verwies darauf, dass unsere Gesellschaft immer älter werde und die Anzahl schwerkranker älterer Menschen rapide ansteige. Nach Angaben der Kassen sei die Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen inzwischen beitragssatzrelevant, weil zwischen einem Viertel und der Hälfte der Leistungen für die Häusliche Pflege inzwischen auf Beatmungspatienten entfalle. Ambulant betreute Wohngemeinschaften seien ein wichtiger Baustein in der Versorgungslandschaft. Die Entscheidung für ein Leben in einer Wohngemeinschaft sollte erst nach einer unabhängigen Beratung erfolgen. Abschließend wies Dr. Geiseler darauf hin, dass die Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. in Kürze Standards für Versorgungsformen, u.a. für Wohngemeinschaften, herausgeben werde. Mehr dann unter www.digab.de.

EIN WEITREICHENDES URTEIL UND DESSEN FOLGEN



Das Bundessozialgericht fällte am 17. Juni 2010 das Urteil, dass die Grundpflege nicht - wie bisher - nach dem sogenannten "Drachenfliegerurteil" aus 1999 der Behandlungspflege nach SGB V vorangestellt werden kann, sondern diese gleichgestellt ist.

Dies sei, so dachte man damals, für die Betroffenen eine große Erleichterung. Allerdings haben sich die Krankenkassen seither zunehmend zu eigen gemacht, die vom MDK, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen, ermittelte Zeit der Grundpflege zzgl. der Hauswirtschaft, in Anlehnung an das Urteil, hälftig von der vom Arzt verordneten Behandlungspflege abzuziehen. Dies ist auf Grund des Wirtschaftlichkeitsgebotes der Kassen absolut nachvollziehbar, allerdings mit weitreichenden Folgen für die Betroffenen.

Der Arzt verordnet einem vital gefährdeten und rund um die Uhr intensivpflegebedürftigen Menschen eine für ihn lebensnotwendige, 24stündige Intensivversorgung nach § 37 SGB V. Die Krankenkasse schaltet den MDK ein, der in seinem Gutachten die 24stündige Intensivpflege durchaus bestätigt und zudem den Zeitaufwand der Grundpflege sowie der hauswirtschaftlichen Versorgung festsetzt.

Durch das Urteil des BSG vom 17.06.2010 und die exakte Umsetzung dessen seitens der Krankenkassen ergeben sich nun - je nach Krankheitsbild - schwerwiegende Konsequenzen für die Betroffenen. Legt der MDK beispielsweise auf Grund seines Urteils einen Zeitaufwand der reinen Grundpflege von 250 Minuten und zudem einen Zeitaufwand der Hauswirtschaft von beispielsweise 90 Minuten, also insgesamt 340 Minuten, fest, so bedeutet dies für den permanent vital gefährdeten Menschen, dass er täglich 170 Minuten bzw. 2 Stunden und 50 Minuten keinen Anspruch auf die für ihn lebensnotwendige Intensivpflege hat. Wer, so fragt man sich, trägt hierfür und in allen Konsequenzen die Verantwortung?

Zwar ist es durchaus üblich, dass der Intensiv-Pflegedienst, der die Versorgung übernimmt, auch die Grundpflege erbringt (vor allem, wenn keine Angehörigen vor Ort leben), allerdings sind selbst bei Einbindung der Pflegesachleistung die Kosten der Versorgung häufig nicht gedeckt.

Beispiel: Dem Betroffenen werden täglich 2 Stunden und 50 Minuten bzw. 2,83 Stunden der lebensnotwendigen Behandlungspflege nicht anerkannt. Es entsteht eine Lücke über 2,83 Stunden à 38,00 Euro und somit Kosten in Höhe von 107,54 Euro/Tag. Dies bedeutet folglich für ihn, dass bei einem 30 Tage/Monat 3.226,20 Euro nicht gedeckt sind. Selbst wenn ihm die Pflegestufe 3 anerkannt wird und ihm somit für die Pflegesachleistung 1.612,00 Euro zustehen, bleibt noch immer ein Betrag von 1.614,20 Euro, für den der Betroffene selbst aufzukommen hat.

Sofern der Betroffene durch Sozialhilfe unterstützt werden kann, übernimmt diese die nicht gedeckten Kosten. Wenn nicht, kann dies für den Betroffenen zu einer extrem hohen Belastung werden.

Verwirrend ist hierbei, dass den Menschen, die auf Grund ihres Krankheitsbildes durchaus in der Lage sind, sich selbst zu versorgen und die somit keine Grundpflege benötigen, die verordnete 24stündige Intensivpflege seitens ihrer Krankenkasse zugesagt wird, aber dass gerade die Personen, die auf Grund ihres Krankheitsbildes nicht in der Lage sind, sich selbst in irgendeiner Weise zu versorgen und die zudem permanent vital gefährdet sind, sich mitunter für mehrere Stunden am Tag selber versorgen sollen oder aber für die aufgrund der Kostenzusage nicht gedeckten Kosten selbst aufkommen müssen.

Es scheint, dass den Krankenkassen diese unverantwortliche und fragwürdige Vorgehensweise durchaus bewusst ist. Denn grundsätzlich ähneln sich alle Zusagen, die da lauten: "Wir übernehmen für Sie die Kosten der häuslichen Intensivpflege von bis zu 24 Stunden...". Am Ende bleiben dann aber, wie das Beispiel zeigt, nur 21,83 Stunden, die tatsächlich anerkannt werden.

Erfreulich ist, dass auch die Sozialgerichte zunehmend auf diesen Missstand aufmerksam werden und Gerichtsurteile zu Gunsten der Betroffenen entschieden werden.

Vielleicht kommt der Tag, an dem sich auch das Bundessozialgericht wieder mit dieser Problematik auseinandersetzt.



Ulrich Kelber, Parlamentarischer Staatssekretär

NEUES INFORMATIONSTELEFON FUR VERBRAUCHERINNEN UND VERBRAUCHER ZU AMBULANTEN PFLEGEVERTRÄGEN

Entgelterhöhungen, Vertragsstrafen und Kündigung – Fragen zu ambulanten Pflegeverträgen gibt es viele. Wenn ein Angehöriger pflegebedürftig wird, müssen Verbraucherinnen und Verbraucher bei Schwierigkeiten rund um das Thema Pflegeverträge nicht länger warten. Das Projekt "Marktprüfung ambulante Pflegeverträge", das vom Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz gefördert wird, hat sich zum Ziel gesetzt, Verbraucherinnen und Verbraucher über ihre Rechte und Pflichten aus ambulanten Verträgen aufzuklären. Hierzu haben die Verbraucherzentralen Brandenburg, Berlin und Saarland für akute Fragen von Pflegebedürftige und ihren Angehörige ein Informationstelefon eingerichtet. Hier können Verbraucherinnen und Verbraucher Auskunft erhalten.

Darüber hinaus prüfen die drei Verbraucherzentralen Pflegeverträge auf Rechtsverstöße, um unfaire Vertragsklauseln aufzudecken. Dazu werden Verbraucher aufgerufen, Kopien ihrer Verträge mit ambulanten Pflegeanbietern per E-Mail an *pflegevertraege@vzb.de* oder per Post an die Verbraucherzentrale Brandenburg, Babelsberger Str. 18, 14473 Potsdam zu senden. So wird ein Überblick über die im Markt verwendeten Vertragsbedingungen geschaffen. Im Einzelfall kann der ambulante Pflegeanbieter auch abgemahnt werden.

Info-Hotline: Marktprüfung ambulante Pflegeverträge

Tel.: 0331 98 22 99 88 jeweils Montags von 9-13 Uhr, Mittwochs von 14-18 Uhr und Freitags von 8-12 Uhr

Eine gelungene Veranstaltung - der 6. Intensivpflegetag Nordbayern

6. Intensivpflegetag Nordbayern am 13. April 2016 im Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken war ein großer Erfolg. Noch nie hatten sich, nach Angaben des Veranstalters, so viele Teilnehmer angemeldet. Ingo Nolte, Vorsitzender der ARGE Intensivpflege Nordbayern e.V. und Geschäftsführer / Pflegedienstleitung der wenoba Heimbeatmungsservice GmbH begrüßte den stellvertretenden Landrat Emil Müller (CSU), der den Schirmherrn des Intensivpflegetags Nordbayern, Landrat Thomas Bold (CSU) vertrat. Weitere prominente Teilnehmer waren Dr. Brigitte Lautner-Kellermann und Alexander Vlcek, beide vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung, MDK Bayern, Falk Rosskopf (Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. (bpa), Landesgruppe Bayern) und Lothar Herbst vom Berufsbildungszentrum für soziale Berufe (BBZ) Münnerstadt, der mit einem Teil seiner Schüler/innen gekommen war.

In seinem Eingangsstatement würdigte Emil Müller die Veranstaltung als ideale Plattform, um voneinander zu lernen und mit einander ins Gespräch zu kommen. Pflegekräfte seien notwendiger denn je, und inzwischen seien im Landkreis die ersten Pflegekräfte von den Philippinen tätig. Auch unter dem Blickwinkel des Fachkräftemangels sei der Intensivpflegetag Nordbayern wichtig, und er wünschte den anwesenden Ärzten und Pflegekräften das nötige Fingerspitzengefühl für die ihnen anvertrauten Menschen. Ingo Nolte dankte sodann ausdrücklich dem Ärztlichen Direktor des Thoraxzentrums, Dr. Bernd Seese, und dem Betriebsleiter der Klinik, Dipl.-Betriebswirt Jürgen Oswald, für die große Unterstützung und dafür, dass der Intensivpflegetag Nordbayern in den Räumen des Thoraxzentrums stattfinden kann. Ein besonderer Dank galt auch den ausstellenden Firmen, die die Veranstaltung überhaupt ermöglichten.

Der stellvertretende ARGE-Vorsitzende Dieter Weber bekräftigte in seinem Statement, dass die Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege Nordbayern für qualitativ hochwertige Pflege stehe. Er bedauerte, dass durch die Presseberichte über eine miserabel geführte Wohngemeinschaft für außerklinisch beatmete Menschen in Bad Kissingen im vergangenen Jahr die ganze Branche in ein schlechtes Licht gerückt wurde. Er betonte ausdrücklich, dass dieser WG-Betreiber nie Mitglied der ARGE gewesen war. Transparenz und Qualitätsprüfungen seien nach wie vor zentrale Themen, auf die auch bei dieser Veranstaltung Antworten gesucht würden. Es folgten hervorragende Referate und Workshops rund um die außerklinische Intensivversorgung und die Rolle der verschiedenen Berufsgruppen, die darin tätig sind. Dass der Vortragssaal auch noch am Ende der Veranstaltung am Spätnachmittag bis auf den letzten Platz besetzt war, spricht für sich.

Für den 7. Intensivpflegetag Nordbayern im kommenden Jahr kündigte Dr. Seese neue Schwerpunkte und Formate an. Kompliment an die ARGE Intensivpflege Nordbayern e.V. und die engagierten Organisatoren Ingo Nolte, Dieter Weber, Claudia Müller.

Mehr unter www.intensivpflege-nordbayern.de



(v.li.n.re.) . Ingo Nolte, Vorsitzender der ARGE Intensivpflege Nordbayern e.V. und Geschäftsführer / Pflegedienstleitung der wenoba Heimbeatmungsservice GmbH, Emil Müller (CSU), stellvertretenden Landrat, Dieter Weber, stellvertretender Vorsitzender der ARGE Intensivpflege Nordbayern e.V. und Prozessmanager bei der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH



Ellen Kraske, Hygienebeauftragte (li.), und Claudia Müller (re.) Niederlassungsleiterin (beide: Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH)



Ein Blick in die begleitende Industrieausstellung



Dr. Bernd Seese, Ärztlicher Direktor Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken

ABRECHNUNG vou Pflegeleistungen

Individueller Service und ein Höchstmaß an Abrechnungskompetenz sichern Ihre Liquidität.

- + Abrechnung
- + Korrespondenz mit Patienten und Kostenträgern
- + Mahnverfahren
- + Vorfinanzierung

Wir wachen das!

Forderu Sie Ihr Augebot au. Jetzt!

Remscheider Str. 16 45481 Mülheim an der Ruhr

Tel.: 0208 4847-739 info-pria@ihre-pvs.de

www.pvs-pria.de



Eröffnungsrede von Kongresspräsidentin Dinah Radtke beim DIGAB-Kongress in Bamberg vom 2. bis 4. Juni 2016

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich bin froh und fühle mich geehrt, die erste behinderte, also auch selbst beatmete Präsidentin eines DIGAB-Kongresses zu sein. Die DIGAB, ehemals "Arbeitsgemeinschaft Heimbeatmung und Respiratorentwöhnung" gründete sich 1994 ausdrücklich mit dem Ziel, ein interdisziplinärer Arbeitskreis, jetzt Fachgesellschaft, zu sein. Betroffene sollten als sogenannte Expert*innen neben anderen Berufgruppen (Ärzten, Pflegekräften, Physiotherapeuten, Atmungstherapeuten, Logopäden) gehört werden und zu den Zielen beitragen. Eines der Ziele ist immer noch der Aufbau von neuen und verbesserten Organisationsstrukturen in der außerklinischen Beatmung und in der wissenschaftlichen Förderung aller Teilbereiche, die die außerklinische Beatmung betreffen

Es geht um Selbstbestimmung, Mitbestimmung, den mündigen Patienten, die mündige Patientin, aber auch um solche, die nicht mehr für sich sprechen können.. Darum wollte und will man uns dabei haben, schließlich dreht sich hier alles um uns beatmete Menschen. Von uns Betroffenen ist zu hören, was wir wirklich brauchen, und von uns ist zu erfahren, was besser gemacht werden könnte.

Beim diesjährigen Kongress wird ein Fünftel aller Sitzungen von Betroffenen selbst gehalten. Betroffene referieren über die Themen, die sie direkt betreffen, wie z.B. die Finanzierung der Beatmung mit persönlichem Budget, Assistenz im Krankenhaus, sprechen über ihre Rechte und ein selbstbestimmtes Leben mit Beatmung, über Urlaub und Freizeit, nehmen an Diskussionsrunden teil und stellen selbst entwickelte Hilfsmittel vor.

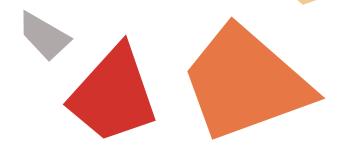
Zum Begriff Behinderung möchte ich kurz sagen, dass Behinderung für mich ein ganz normaler Faktor im Leben ist, auch Behinderung gehört zum Leben dazu. Es ist nichts Außergewöhnliches, behindert zu sein. Erst die Bedingungen machen uns zu etwas Ungewöhnlichem, zu einem Störfaktor, wenn wir z.B. ausgeschlossen vom Leben der Gemeinschaft sind, nicht teilhaben können, aber dabei sein wollen.











Ich möchte hier einen der Begründer der Independent Living Bewegung, Dr. Adolf Ratzka, zitieren, der seit über 50 Jahren mit maschineller Beatmung lebt:

"Independent Living bedeutet nicht, dass wir alles selbst machen wollen, niemanden brauchen oder es uns gefällt, in Isolation zu leben. Independent Living bedeutet, dass wir die gleichen Chancen fordern und die gleiche Kontrolle über unseren Alltag, die unsere nicht behinderten Brüder und Schwestern, Nachbarn und Freunde für selbstverständlich halten. Wir wollen aufwachsen in unseren Familien, auf die Schule in der Nachbarschaft gehen, den gleichen Bus nutzen wie unsere Nachbarn, und in Jobs arbeiten, die im Einklang mit unserer Bildung und unseren Interessen sind. Wir sind zutiefst gewöhnliche Menschen mit dem gleichen Bedürfnis, uns einbezogen, anerkannt und geliebt zu fühlen."

Und er sagt auch: "Ich habe mich nun einmal dazu entschlossen, mein Leben so lange und so gut es geht ausznützen. Es ist eine einmalige Chance, aus der ich das Beste machen möchte. Da wäre es töricht von mir, mich von ein paar neugierigen Blicken Fremder stören zu lassen."

Ich finde, das ist eine sehr beeindruckende und Mut machende Aussage.

Zum Abschluss möchte ich noch anmerken, dass wir uns freuen würden, wenn in Zukunft mehr Betroffene die Gelegenheit ergreifen würden, sich aktiv bei der DIGAB und den Kongressen einzubringen, um mit Fachleuten auf Augenhöhe zu diskutieren.

Die DIGAB e.V. bietet auch finanzielle Unterstützung für Betroffene zum Besuch der Kongresse an.

Ich wünsche dem diesjährigen Kongress viel Erfolg!

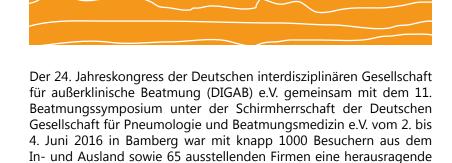


BERICHT ZUM KONGRESS

Der 24. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. setzte wichtige Impulse







Veranstaltung.

Drei Tage lang hatten Wissenschaftler, Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten unterschiedlicher Fachrichtung, Vertreter der Krankenkassen, des MDK, der Medizintechnik und weitere in der außerklinischen Versorgung von Kindern und Erwachsenen tätige Berufsgruppen sowie Betroffene die Gelegenheit, sich über Innovationen zu informieren und über die außerklinische Beatmung auszutauschen. Das interdisziplinäre wissenschaftliche Programm bot Vorträge, Diskussionsforen und Workshops zu den Themenfeldern neuromuskuläre Erkrankungen, Intensivmedizin, Frührehabilitation, ärztliche und pflegerische außerklinische Versorgung.

Die Kongresspräsidenten Dinah Christine Radtke, PD Dr. med. habil. Martin Winterholler und Dr. med. Jens Geiseler, Dr. med. Karsten Siemon, 1. Vorsitzender der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. sowie Dr. med. Michael Westhoff, Sprecher der Sektion 5: Intensiv- und Beatmungsmedizin, Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, sind mit dem hohen wissenschaftlichen Niveau und dem Verlauf des Fachkongresses sehr zufrieden.

Erstmals war mit Dinah Radtke vom Zentrum für Selbstbestimmtes Leben Behinderter (ZsL) e.V. in Erlangen eine von Beatmung Betroffene Kongresspräsidentin. Ein Fünftel aller Sitzungen gestalteten Menschen mit Behinderungen, die über Themen referierten, die ihnen besonders am Herzen liegen: Wie kann ich als beatmeter Mensch ein selbstbestimmtes Leben führen? Wie werde ich mit Hilfe des Persönlichen Budgets selbst Arbeitgeber? Gibt es Assistenz, wenn ich ins Krankenhaus muss? Welche Möglichkeiten habe ich, meine Freizeit zu gestalten und in den Urlaub zu fahren? Auch selbst entwickelte Hilfsmittel wurden vorgeführt, beispielsweise eine elektrische Kopfziehstütze für Menschen mit einer neuromuskulären Erkrankung. Was trotz einer schweren Erkrankung möglich ist, stellte ein Referent aus Berlin unter Beweis, der sich nur noch mittels Augensteuerung mitteilen kann. Bei diesem Kongress zeigte sich einmal mehr, wie wichtig und inspirierend gelebte Inklusion sein kann!

Eine Bereicherung war auch die Partnerschaft mit der Deutschen Gesellschaft für neurologische Rehabilitation (DGNR), die Kongresspräsident PD Dr. med. habil. Martin Winterholler, Krankenhaus Rummelsberg/Nürnberg initiiert hatte. Da in den Kliniken der neurologischen Frührehabilitation in den letzten Jahren die Anzahl der Beatmungsund Weaning-Patienten deutlich zugenommen hat, war ein wissenschaftlicher Austausch überfällig. Ist es irgendwann möglich zu heilen, statt zu beatmen? Die Forschung läuft auf Hochtouren. Doch trotz sog. "Hirnschrittmacher", Brain-Computer und Korrekturen der DNA wird es laut Dr. Winterholler auch 2036 noch Menschen geben, die nur mit Beatmung leben können. Darüber gemeinsam mit den Betroffenen nachzudenken, wie die Lebensqualität verbessert werden kann, ist deshalb auch in Zukunft wichtig. Und vielfach bringen, so Dr. Geiseler, kleinste Veränderungen schon erhebliche Fortschritte.

Um diese ging es auch in den "Freien Vorträgen", von denen die drei besten prämiert wurden. Den ersten Preis erhielt Dr. Marieke L. Duiverman (Groningen/Köln), gefolgt von Cornelia Harnischmacher (Tübingen) und Veronika Nelißen (Witten/Herdecke).

Erstmals fand Deutschlands größter Fachkongress für au-Berklinische Beatmung in Bamberg statt, das seit 1993 zum UNESCO-Weltkulturerbe gehört. Die Teilnehmer waren begeistert von dem außergewöhnlichen Tagungsort und dem Rosengarten in der Neuen Residenz, wo die Mitgliederversammlung der DIGAB e.V. ausklang. Deren Experten überarbeiten derzeit die S2-Leitlinie "Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz" und engagieren sich über die Entwicklung von Curricula und die Zertifizierung von Bildungsanbietern für die Weiterqualifizierung der Pflegenden. Außerdem kämpft die Fachgesellschaft seit Jahren dafür, dass die Gesellschaft die steigende Anzahl von Kindern und Erwachsenen, die au-Berklinisch beatmet werden, endlich wahrnimmt und dass die Politik dringend erforderliche Weichen für eine bessere Versorgung stellt.

Bis zum 25. Jahreskongress der DIGAB e.V. vom 22.-24. Juni 2017 in Köln ist also ein großes Arbeitspensum zu bewältigen. Informationen zu den Zielen der DIGAB e.V. sind unter **www.digab.de** eingestellt sowie zum Kongress und dessen Veranstalter unter **www.digab-kongresse.de**



(v.li.n.re.): Kongresspräsident Dr. med. Jens Geiseler, DIGAB-Vorsitzender Dr. med. Karsten Siemon, Kongresspräsident PD Dr. med. habil. Martin Winterholler



Dr. Peter Demmel, MdK Bayern (li.) mit Dr. Ute Oddoy (re.)



Preisträgerin Dr. Marieke L. Duiverman

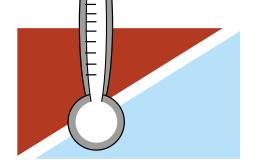




Jörg Brambring, Schatzmeister der DIGAB e.V.



Tina Johns, Dipl. Sozial-Pädagogin & Coach



Pflege-Thermometer 2016 zeigt die aktuelle Situation in der ambulanten Pflege auf

DIE AMBULANTE PFLEGE IST EIN WACHSENDER MARKT MIT STEIGENDER BEDEUTUNG, DIE MIT LIMITIERENDEN FAKTOREN ZU KÄMPFEN HAT.

Das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. (dip) in Köln veröffentlicht mit dem Pflege-Thermometer 2016 die bislang größte Befragung zur Situation der ambulanten Pflege in Deutschland. In der bundesweiten und repräsentativen Studie wurden 1.653 Leitungskräfte aus der ambulanten Pflege befragt. Die Ergebnisse zeigen die Herausforderungen, vor denen der ambulante Sektor steht:

Die Zahl der pflegebedürftigen Menschen, der ambulanten Einrichtungen sowie des dort beschäftigten Personals steigen in den letzten Jahren in allen Bundesländern deutlich an. Die verantwortlichen Personen jedes zweiten Dienstes blicken tendenziell optimistisch in die weitere Zukunft. Sie planen einen Ausbau, indem sie die Zahl der Klienten steigern sowie mehr Personal beschäftigten möchten. Limitierend wirkt hierbei allerdings der Fachkräftemangel. "Die Studie offenbart erhebliche Lücken im Personalbereich. Wir müssen einen gravierenden Fachkräftemangel in der ambulanten Pflege feststellen", sagte Studienleiter Prof. Isfort. AKTUELL EXISTIEREN, JE NACH MODELLBERECHNUNGEN FÜR DREIJÄHRIG AUSGEBILDETE FACHKRÄFTE, VON 21.200 BIS ZU 37.200 OFFENE UND DERZEIT NICHT ZU BESETZENDE STELLEN. Der Fachkraftmangel ist dabei bereits versorgungsrelevant, denn rund ein Drittel der befragten Dienste musste im vergangenen Jahr bereits Klientenanfragen aufgrund von Personalmangel ablehnen.

Weiterhin stellen nicht kostendeckende Leistungen ein finanzielles Risiko für die Einrichtungen dar. Unterfinanziert sind insbesondere erhöhte Betreuungszeiten in Krisensituationen und bei der Sterbebegleitung, Anfahrtswege von mehr als 25 Minuten sowie Beratungsbesuche, die im Rahmen der Pflegeversicherung vorgeschrieben sind (§ 37 Absatz 3 SGB XI). "Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen Diskussion um einen Betrug in Milliardenhöhe durch einige wenige kriminelle ambulante Dienste gewinnt dies an Bedeutung, denn die Gelder fehlen an anderer Stelle und bei den zahlreichen Diensten, die für eine gute Versorgung einstehen", so Isfort. FAST 30 % DER STUDIENTEILNEHMER NEHMEN LÜCKEN BEI DER FLÄCHENDECKENDEN VERSORGUNG AN AMBULANTEN LEISTUNGEN IN IHRER REGION WAHR. Zudem können derzeit über 40 % der Dienste eine Mitarbeit an weiterführenden quartiersbezogenen und gemeinwesenorientierten Ansätzen nicht leisten, da sie vollständig in das Tagesgeschäft eingebunden sind.

"Es ist angesichts der Studienergebnisse dringend geboten, die Pflegeausbildung und Bildungsplanung zu stärken, die Teilzeitquote in der ambulanten Pflege zu reduzieren, Leistungszuschläge aufzunehmen sowie die Netzwerkarbeit strukturiert zu befördern", empfiehlt Prof. Isfort.

Gefördert wurde die Studie von der B. Braun-Stiftung und unterstützt wurde sie vom Pflegelotsen des Verbands der Ersatzkassen e.V.. Mit der Veröffentlichung des Pflege-Thermometers 2016 wird die erfolgreiche Studienreihe des dip fortgesetzt. Die Studie kann kostenfrei von der Institutshomepage des dip heruntergeladen werden (www.dip.de). Das gemeinnützige Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. finanziert sich überwiegend aus Projektmitteln und beschäftigt rund fünfzehn Mitarbeiter/innen.

Jeder von Ihnen, der in der ambulanten Pflege tätig ist, kennt das Problem. In manchen Regionen ist der Personalmarkt so leer gefegt, dass nicht nur Anfragen abgelehnt werden müssen. Manche Pflegedienste müssen in der Not sogar langjährigen Patienten kündigen, weil die Personaldecke zu dünn ist.

Das aktuelle Pflege-Thermometer 2016 bestätigt das, was viele von Ihnen seit Jahren empfinden: Der Personalmangel im ambulanten Bereich verschärft sich immer mehr. Das Deutsche Institut für Pflegeforschung (dip) hat mit dem Pflege-Thermometer die bislang größte Befragung in Deutschland zur Situation der ambulanten Pflege durchgeführt.

Über 1.600 Leitungskräfte wurden vom dip befragt. Die Eckdaten, die demnach den Personalmangel belegen, sind dramatisch.

- Zurzeit sind etwa 37.000 Fachkraftstellen nicht besetzt.
- Ca. 33 % der befragten Dienste müssen potenzielle Neukunden aufgrund von Personalmangel ablehnen.
- Es werden nicht kostendeckende Leistungen erbracht.

Vor allem der letzte Punkt ist alarmierend. Was die Kassen nicht hören und verstehen wollen, ist für ambulante Pflegedienste ruinös. Unterfinanziert sind vor allem 37.3-Besuche, erhöhte Betreuungszeiten, Sterbebegleitung und lange Anfahrtswege. Problematisch wird dies vor allem vor dem Hintergrund der jüngst bekannt gewordenen Betrügereien einiger russischer Pflegedienste. Dieses Geld fehlt nämlich den ehrlich arbeitenden Pflegediensten.

Aus Sicht der Redaktion von PRO PflegeManagement kann man nur hoffen, dass Politik und Kassen die alarmierende Studie zur Kenntnis nehmen und danach handeln. Qualitätssenkungsprogramme wie die generalistische Pflegeausbildung und Subventionsprogramme für Softwarefirmen ("entbürokratisierte" Pflegedokumentation) helfen ganz bestimmt nicht gegen den grassierenden Personalmangel.

Birger Schlürmann, in PRO Pflege Newsletter vom 9. Mai 2016



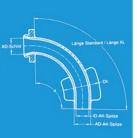
Profitieren Sie von uns!



BMV – die wirtschaftliche Alternative ohne Qualitätsverlust – für Sie und Ihre Patienten.

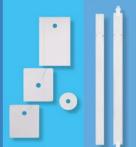
Trachealkanülen Kanülenoptimierung











- DurchgängigesProduktsortiment.
- Eigene Entwicklung.
- Eigene Fertigung.
- Eigener Versand.

NEU im Produktsortiment

BMV HME Filterkassette für tracheotomierte und laryngektomierte Patienten.



Atmen Sie entspannt durch mit der neuen HME Filterkassette von BMV.



Nutzen Sie die Sprech- und Schließfunktion der neuen HME Filterkassette von BMV.

Produzent und Großhändler für Tracheotomie-/Laryngektomieprodukte

Telefon: +49 (0) 22 47/7 56 83 58

E-Mail: info@bmv-med.de · www.bmv-med.de

Das neue Pflegeberufsgesetz

Zum Stand der gesetzlichen und inhaltlichen Neuausrichtung des Pflegeberufs

Bereits vor fast sieben Jahren hatte sich die damalige Bundesregierung die Zusammenführung der drei Pflegeberufe in der Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege vorgenommen, konnte diese jedoch nicht mehr umsetzen. Nun hat am 13. Januar 2016 das Bundeskabinett den Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Pflegeberufe beschlossen. Wie im Koalitionsvertrag festgehalten sollen das Krankenpflegegesetz (KrPflG) und das Altenpflegegesetz (AltPflG) abgelöst und die Ausbildung in den Pflegeberufen durch ein Pflegeberufsgesetz (PflBG) neu ausgerichtet werden. Man spricht dabei von der "Generalistischen Pflegeausbildung". Auch die Länder haben von Anfang an das Vorhaben der Bundesregierung ausdrücklich unterstützt und ihre Absicht in Beschlüssen der Gesundheitsministerkonferenz sowie der Arbeits- u. Sozialministerkonferenz 2009 und 2012 dokumentiert.

Warum ein neues Gesetz?

Mit dem Pflegeberufsgesetz und der neuen Pflegeausbildung soll der Pflegeberuf fit gemacht werden für die Zukunft. Das Pflegepersonal muss sich immer neuen An- und auch Herausforderungen stellen. Diese werden insbesondere bestimmt durch die demographische Entwicklung hin zu einer alternden Gesellschaft. Auf die damit einhergehenden Veränderungen muss man gerade auch für die sozialen und medizinischen Versorgungsstrukturen neue Antworten finden und damit auch für die Pflege.

Die alternde Gesellschaft im Blick orientiert sich das Pflegeberufsgesetz folgerichtig nicht mehr primär mehr am Lebensalter oder an Lebensabschnitten: Statt von Krankenpflege, Kinderkrankenpflege und Altenpflege ist dort nun von drei allgemeinen Versorgungsbereichen die Rede: Akutpflege, stationäre Langzeitpflege, ambulante Pflege

Und ein zweiter und nicht weniger wichtiger Aspekt rückt in den Vordergrund: Mit dem neuen Gesetz soll der Pflegeberuf auch "überlebensfähig" gemacht werden, indem man ihn attraktiver macht als bislang in der Öffentlichkeit wahrgenommen. Wohl auch deswegen, aber auch mit Blick auf europäische Normen hat man in einem Teil II des Gesetzes zusätzlich die grundständige hochschulische Pflegeausbildung eigens mit aufgenommen.

Wie sieht die neue Ausbildung aus?

An den bisherigen Zugangsvoraussetzungen für alle drei Pflegeberufe wird sich nichts ändern. Es ist ja gerade das Ziel des Gesetzgebers, möglichst viele für die Pflegeausbildung zu gewinnen, also auch Hauptschüler mit abgeschlossener Berufsausbildung oder einem Pflegehelferabschluss.

Die Eckpunkte für Ausbildungs- u. Prüfungsverordnung vom 2. März 2016 sehen im Wesentlichen folgende Ausbildungsmerkmale vor: Es bleibt insgesamt bei der dreijährigen Aus-

bildung. Diese soll mindestens 4.600 Stunden umfassen, davon 2.100 Stunden als theoretischer und praktischer Unterricht durch die Pflegeschule und 2.500 Stunden praktische Ausbildung, die mit 1.300 Stunden überwiegend beim Träger der praktischen Ausbildung (Einrichtung der Akutpflege, stationäre Langzeitpflege oder ambulante Pflege) erfolgen soll. Dort müssen auch der am Beginn der Ausbildung stehende Orientierungseinsatz und mindestens ein Pflichteinsatz absolviert werden. Darüber hinaus soll in der eigenen Einrichtung zusätzlich ein Vertiefungseinsatz geleistet werden mit dem Ziel, weitergehende Praxiserfahrung in dem gewählten Versorgungsbereich zu erhalten. Dieser Vertiefungseinsatz soll im Abschlusszeugnis eigens ausgewiesen werden. Hinzu kommen Pflichteinsätze in den speziellen Versorgungsbereichen der Pflege (pädiatrische Versorgung, psychiatrische Versorgung) und weitere Einsätze z.B. in der Pflegeberatung, Palliation oder Rehabilitation. Zusätzlich kann ein geringes Stundenkontingent frei verteilt werden.

Erfolgt die Ausbildung in einer pädiatrischen Einrichtung, dann kann mehr als die Hälfte der praktischen Ausbildungszeit im Bereich Kinder- u. Jugendpflege absolviert werden. Damit will man den Kritikern auf Seiten der Kinderkrankenpflege mehr entgegenkommen.

Während der schriftliche Prüfungsteil als auf alle Versorgungsbereiche bezogene Fallbearbeitung ausgelegt ist, wird der praktische Prüfungsteil in der Regel in dem Versorgungsbereich abgelegt, in welchem der Vertiefungseinsatz abgeleistet wurde.

Die Praxisanleitung hat geplant und strukturiert auf der Grundlage eines Ausbildungsplanes zu erfolgen, welchen die Ausbildungseinrichtung erstellt und mit der Schule abstimmt. Hier ist auch explizit von der "Verantwortung" der Ausbildungseinrichtung die Rede, obgleich das Gesetz wie bisher auch die Gesamtverantwortung für die Ausbildung der Pflegeschule zuweist. Praxisanleiterinnen und Praxisanleiter müssen über eine mindestens zweijährige einschlägige Berufserfahrung in dem jeweiligen Einsatzbereich und über eine berufspädagogische Fortbildung oder Weiterbildung im Umfang von mindestens 300 Stunden verfügen. Darüber hinaus müssen sie sich kontinuierlich mindestens 24 Stunden jährlich berufspädagogisch fort- oder weiterbilden.

Was sagen die Befürworter und die Gegner?

Um das Gesetzesvorhaben herum ist eine vielschichtige und bei aller Sachlichkeit mitunter auch emotional geführte Diskussion entstanden.

Breite Unterstützung erhält das Vorhaben etwa durch den Deutschen Pflegerat (DPR) mit allen seinen Organisationen sowie von namhaften Wohlfahrtsverbänden, wie Caritas, Diakonisches Werk, Deutsches Rotes Kreuz. Ablehnung hingegen erfährt das Gesetz z.B. durch den Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa), dessen Vorsitzender

die Generalistik-Pläne der Bundesregierung gar als "Reformunsinn" bezeichnet.

Wie schon gesagt, die Diskussion ist vielschichtig und hat viele Facetten. Die Hauptargumente auf beiden Seiten treten jedoch deutlich hervor: Macher und Befürworter des Gesetzes führen ins Feld, nur eine einheitliche Pflegeausbildung könne die Aufgaben des demographischen Wandels bewältigen: Kliniken haben es mehr und mehr mit geriatrischem Patientengut zu tun, auch mit dementen Patienten. Auf der anderen Seite versorgen die Altenheime zunehmend chronisch und multimorbide Kranke. Immer häufiger müssen Altenheime auch akut erkrankte Pflegebedürftige "krankenpflegerisch" behandeln, die wegen der immer kürzeren Liegezeiten noch vor ihrer vollständigen Genesung wieder aus der Klinik ins Altenheim entlassen werden.

Gegner des Pflegeberufsgesetzes sehen in der Zusammenfassung der Berufe eine verflachte und oberflächliche Basisausbildung, bei welcher die Spezialkenntnisse aus den einzelnen Versorgungsbereichen auf der Strecke blieben. Andere Gegner des neuen Gesetzes behaupten indes das Gegenteil: Die Ausbildung werde so komplex, dass gerade die Hauptschüler mit Berufsausbildung, die bislang einen Großteil der Auszubildenden in der Altenpflege ausgemacht haben, wegbrechen. Wer jedoch diesen Einwand bringt, der wiederum muss sich vorhalten lassen, dass er mit derartigen Argumenten den anspruchsvollen Beruf des Altenpflegers eigentlich unangemessen geringschätzen und ihm wenig Professionalität zutrauen würde.

Die Befürworter halten dagegen, dass der Pflegeberuf insgesamt eine höhere Attraktivität erfahre. So schreibt die Parlamentarische Staatssekretärin Annette Widmann-Mauz in einem Brief an die Abgeordneten des Bundestages: "Die neue Ausbildung bereitet auf einen universellen Einsatz in der professionellen Pflege vor, erleichtert einen Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen und eröffnet zusätzliche Einsatzund Aufstiegsmöglichkeiten." Kaum ein Beruf biete eine so breite Basis der Ausbildung: Vom Hauptschüler mit Einstieg über den Helferberuf in den Fachberuf bis hin zur hochschulischen Ausbildung.

Wie bereits anfangs beschrieben, sieht das Eckpunktepapier zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung innerhalb der Ausbildung eine gewisse Differenzierung und Schwerpunktbildung vor: vom Vertiefungseinsatz im Versorgungsbereich der eigenen Einrichtung bis hin zur praktischen Prüfung in eben diesem Versorgungsbereich. Doch Schwerpunktbildung, so die Befürworter, könne und solle jedoch auch nicht schon Spezialisierung bedeuten. Eine Berufsausbildung sei dazu da, fundierte Grundkenntnisse zu vermitteln, nicht jedoch ein umfangreiches Spezialwissen. Dieses erwerbe man durch Weiterbildung. So hätten heutige spezialisierte Fachpflegekräfte die Krankenpflegeschule auch nicht bereits als OP-, Anästhesie- und Intensiv-Pflegekräfte verlassen.

Als ein wesentliches Argument für das neue Pflegeberufsgesetz wird auch ins Feld geführt, dass sich die Bezahlung

für Pflegekräfte gerade im Altenbereich erheblich verbessern wird.

So weist der Präsident des Deutschen Pflegerats, Andreas Westerfellhaus, darauf hin, dass gegenwärtig in der Altenpflege im Schnitt ca. € 500 weniger als im Krankenpflegebereich verdient werden. Das in vielen Bundesländern für die Ausbildung in der Altenpflege erhobene Schulgeld fällt dann ebenfalls weg. Stattdessen wird auch die Ausbildungsvergütung, die bislang in der Altenpflege keineswegs selbstverständlich, geschweige denn einheitlich geregelt ist, in jedem Falle gezahlt. Gerade auf Seiten der Altenpflegeeinrichtungen und deren Verbände scheint man sich deshalb vor zu großen finanziellen Belastungen zu fürchten. Doch diese Angst ist unbegründet – im Gegenteil: Ein neues Finanzierungssystem soll die Ausbildung finanziell absichern. Für die Ausbildungsbetriebe ist dabei entscheidend, dass "Ausbilden" künftig kein Wettbewerbsnachteil mehr ist, wie dies bisher oftmals für Betriebe der Altenpflegeausbildung zutrifft. Denn es werden auch die nicht ausbildenden Einrichtungen über ein Umlageverfahren an der Ausbildungsfinanzierung beteiligt. Fazit: Ist die Ausbildung ausreichend finanziert, kann das für bislang nicht ausbildende Betriebe gerade ein Anreiz sein, nun doch auszubilden.

Ein Argument gegen das neue Gesetz wird indes von Seiten der Altenpflegeanbieter besonders stark ins Feld geführt: Man befürchte, dass die meisten Absolventen in die Krankenhäuser abwandern und dann für die Altenpflege nicht mehr viel übrig bleibt. Die Befürworter des neuen Gesetzes wiederum bezeichnen dies als ein "Eigentor" der Altenpflege: Offensichtlich bewerte die Altenpflege ihre eigenen Arbeitsbedingungen als äußerst schlecht, jedenfalls schlechter als das Arbeiten im Krankenhaus. Wenn dem aber so ist, so bedürfe es erst recht einer Reform, welche die Bedingungen auch in den Altenheimen bessert. Als weiteres Gegenargument zur Abwanderungsbehauptung wird angeführt, dass bei allem Mangel an Pflegekräften längst nicht alle Pflegeabsolventen nur von Krankenhäusern übernommen werden könnten. Denn der Pflegekräftemangel in den Kliniken hat – auch in Verbindung mit dem Sparzwang - erfinderisch dazu geführt, dass immer mehr pflegerische Routinearbeiten nicht mehr von vollausgebildeten Pflegekräften, sondern von Pflegehelfern und sogar bloßen "Servicekräften" übernommen werden. Und nicht zuletzt zeigen die zahlreichen Modellversuche zur Generalistik gerade in diesem Punkt übereinstimmend eine große Konstanz: Die allermeisten bleiben in dem Bereich, den sie zu Beginn ihrer Ausbildung für sich gesehen haben. Selbstverständlich gibt es auch Wechsler. Aber die halten sich zumindest in den Bereichen Krankenpflege und Altenpflege die Waage, d.h. etwa genauso viele Wechsler von der Altenin die Krankenpflege gibt auch es auf dem umgekehrten Weg.

Wie ist der Stand des parlamentarischen Verfahrens?

Während die Bundesregierung beabsichtigt, dass das Gesetz noch im Jahr 2016 verabschiedet und zum 1. Januar 2018 in Kraft treten soll, hat der Bundesrat die Bundesregierung aufgefordert, das Pflegeberufsgesetz um ein Jahr bis 2019 zu verschieben.

• • •

Grund: Die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung, in der die Inhalte der neuen Ausbildung verbindlich festgelegt sind, liegt bislang noch nicht vor. Zudem kritisiert der Bundesrat, dass die Kosten der Reform für die Bundesländer im Gesetzentwurf nicht ausreichend beziffert seien.

Weiterreichenden Forderungen, das Gesetzgebungsverfahren erst einmal gänzlich auszusetzen, wie etwa von der pflege- und altenpolitischen Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen, Elisabeth Scharfenberg, und der grünen Gesundheitsministerin Nordrhein-Westfalens, Barbara Steffens, erteilen namhafte Pflegeverbände, wie der Deutsche Pflegerat (DPR) mit allen seinen Mitgliedsverbänden, wie z.B. der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK), aber auch der Berufsverband Lehrende Gesundheitsund Sozialberufe (BLGS) und das Deutsche Institut für angewandte Pflegeforschung e.V. eine klare Absage. Es ist dabei die Rede von "Fahrlässigkeit", "verpassten Chancen" bis hin zur "politischen Bankrotterklärung". Auch der Verband der Pflegedirektorinnen und Pflegedirektoren VPU stellt sich gegen ein solches Moratorium; es sei nicht hinzunehmen, "dass die gestellten Weichen für die Zukunft der Pflege gefährdet werden." Und gerade diese Diskussion entbehrt nicht einer gewissen parteipolitischen Färbung: So muss sich Ministerin Steffens nun den Vorwurf ihrer Gegner gefallen lassen, sie werde sich aus Parteiräson selber untreu; immerhin habe sie als Mitglied der Bund-Länder-Arbeitsgruppe an der Entwicklung des Gesetzesentwurfes an entscheidender Stelle selbst mitgewirkt.

Auf Seiten der Unterstützer des Moratoriums von Ministerin Steffens und von Bündnis 90/Die Grünen finden sich auffällig viele Gruppierungen aus dem Bereich der Altenpflege, vom Deutschen Berufsverband für Altenpflege (DBVA) bis hin zum Ausbildungskreis Ausbildungsstätten für Altenpflege (AAA). Hier scheinen die Ängste vor dem neuen Gesetz offensichtlich besonders groß zu sein. Die Zweifel der Gegenseite an dieser Angst wiederum scheinen berechtigt. Denn gut bezahlte und durch die öffentliche Hand finanzierte Ausbildungsplätze sind sichere Ausbildungsplätze, bringen mehr Ausbildungswillige und weniger Ausbildungsabbrecher. Zweifelsohne wird die Umstellung von allen an der Ausbildung beteiligten Häusern und Schulen teils gewaltige Anstrengungen bei Planung, Organisation und auch bei der Sicherstellung der Ausbildungsqualität erfordern. Wer aber diese Erfordernisse als "Bürokratie" bezeichnet, die es vielen kleineren und mittleren Einrichtungen erschweren würde, junge Menschen in der Pflege auszubilden, wie bpa Präsident Bernd Meurer behauptet, der sieht sich seitens der Gesetzesbefürworter allerdings mit starken Zweifeln an der Glaubwürdigkeit seiner Kritik und an der Redlichkeit seiner Absichten konfrontiert.

Wie kann es weitergehen?

Jetzt ist die Regierung aufgefordert, den Eckpunkten für die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung auf schnellem Wege auch eine solche, jedoch keineswegs mit heißer Nadel gestrickte Ausbildungs- und Prüfungsverordnung folgen zu lassen. Damit würde man einer zentrale Forderung mancher Kritiker nachkommen. Vielleicht kann dann das Gesetz doch noch in der zweiten Jahreshälfte 2016 verabschiedet werden.

Brigitte Haßlauer-Dietz Lehrkraft für Pflegeberufe Derzeit tätig als Pflegelehrkraft im bayerischen Modellversuch "Generalistische Pflegeausbildung"





• •



DZH.PEP Pvo Die Dienstplanung für die Intensivpflege

Als besonders anspruchsvolle Pflegeform stellt die außerklinische Intensivpflege höchste Anforderungen an alle Beteiligten – 7 Tage die Woche, 24 Stunden am Tag.

Hier leistet DZH PEP Pro optimale Unterstützung: mit zahlreichen Funktionen für eine einfache, effiziente und jederzeit rechtssichere Dienstplanung.



EINLADUNG ZUM 9. MAIK MÜNCHNER AUßERKLINISCHER INTENSIV KONGRESS

Sehr geehrte Damen und Herren,

schon jetzt zeichnet sich ab, dass 2016 ein besonders spannendes Jahr für die außerklinische Intensivversorgung wird. Dazu tragen auch die Diskussionen um die Qualität der Dienstleistung, die Qualifizierung der Pflegekräfte und Betrügereien bei den Abrechnungen bei

Wer den Kongress kennt, weiß, dass hier nicht um den "heißen Brei" herumgeredet wird. Und so wird auch der diesjährige 9. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress am 28. und 29. Oktober 2016 im Holiday Inn Hotel Munich - City Centre wieder viel Zündstoff liefern.

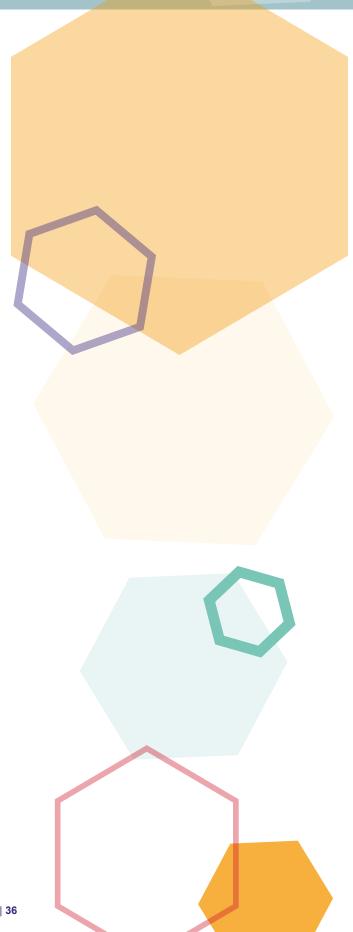
Die Interdisziplinarität ist das Markenzeichen der außerklinischen Intensivversorgung. Und genau diese Vielfalt an Themen macht den Kongress so abwechslungsreich. Besonders wichtige Impulse gehen von den Betroffenen, ihren pflegenden Angehörigen und von Vertretern der Selbsthilfe aus. So werden auch in diesem Jahr Menschen mit Beatmung den MAIK maßgeblich mitgestalten. Das Feedback der Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem vergangenen Jahr war ebenso hervorragend wie die Rückmeldungen seitens der Aussteller und Unternehmen, die einen Workshop anboten. Sie lobten die vielen guten Gespräche mit den interessierten Besuchern.

Ein großes Dankeschön an alle, die als Sponsoren und Aussteller diesen MAIK wieder ermöglichen. So wird es auch in diesem Jahr neben den IHCC-Workshops wieder viele Industrie-Workshops zu spannenden Themen geben. Lassen Sie sich überraschen! Als Special bieten wir in diesem Jahr erstmals einen Workshop an, den Hilfsmittelprovider selbst gestalten.

Kommen Sie zum 9. MAIK in die schöne Landeshauptstadt München und feiern Sie mit uns nach einem arbeitsreichen Kongresstag wieder die legendäre MAIK-Party im fußläufig erreichbaren Ampere. Bitte beachten Sie, dass hierfür ein separates Ticket gebucht werden muss. Die Themenschwerpunkte, Informationen zu den Referentinnen und Referenten sowie alles zu Anmeldung und Hotelübernachtung entnehmen Sie bitte der Kongresshomepage www.maik-online.org oder besuchen Sie uns auf facebook.

Wir freuen uns auf Sie! Jörg Brambring und Christoph Jaschke

Kongresspräsidenten





Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

28.-29. Oktober 2016

Holiday Inn Munich - City Centre

MAIK-Party im Ampere am 28.10.16

www.maik-online.org

















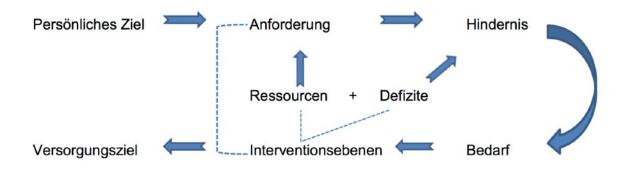


CASE MANAGEMENT BEI EINER KLIENTIN MIT MASKENBEATMUNG (TEIL 3)

Im Januar 2014 absolvierte Meike Grimm, Krankenschwester, Dipl. Sozialarbeiterin, Management für Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, erfolgreich die Zertifizierte Weiterbildung nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) e.V. zum Case Manager im Sozial- und Gesundheitswesen. Ihre Facharbeit anhand eines Fallbeispiels mit dem Titel "Casemanagement bei einer Klientin mit Maskenbeatmung dürfen wir mit Genehmigung der Autorin an dieser Stelle veröffentlichen.

5.2 Bedarfsklärung

Um wirkungsvolle Maßnahmen zur Zielerreichung planen zu können, muss der tatsächliche Bedarf an notwendiger Unterstützung erarbeitet werden. Die Bedarfsklärung findet unter Beachtung des persönlichen Zieles statt. Hieraus ergeben sich Anforderungen, denen Hindernisse im Weg stehen können. Im meinem Fallbeispiel ist dies zum Beispiel die Hausärztin, die überzeugt ist, für die Verordnung der Maske nicht zuständig zu sein. Daraus ergibt sich der Bedarf, dass jemand die Verordnung ausstellt oder die Ärztin von ihrer Zuständigkeit überzeugt wird. Nun kommt es zur Interventionsebene, auf welcher die strategischen Möglichkeiten der Hilfe angegangen werden, unter Berücksichtigung der Ressourcen und Defizite. Diese führen dann evtl. zurück zur Anforderung oder auch auf ein erneutes Hindernis. Ziel ist es dann, von der Interventionsebene aus, das Versorgungsziel zu erreichen.



(Inhester 2013, Hilfeplanung Folie 49)

5.3. Fallbeispiel

Ich habe unter Zuhilfenahme der hier beschriebenen Instrumente zunächst einen Hilfeplanentwurf erstellt. Eine Planungsskizze erleichtert dem Case Manager das Abwägen und Erkennen möglicher Strategien und das bedachte Einsetzen von Hilfsangeboten. Dabei wurde mir deutlich, dass der endgültige Hilfeplan in Anbetracht der Lage, dass die Hausärztin sich nicht als zuständig wähnt, zwei Lösungsvarianten enthalten muss. So wollte ich auf eine bereits abgesprochene Alternative ausweichen können, wenn persönliche und schriftliche Überzeugungsarbeit von Seiten der Klinikärzte und des Hilfsmittellieferanten nicht zum gewünschten Ergebnis führen sollten. "Plan-B" konnte somit schon vorbereitet werden, um das vordringlichste und lebenswichtigste Problem der Beatmungssicherstellung zeitnah lösen zu können. Nun könnte man ja fragen, wieso nicht direkt "Plan B" zum Einsatz kommt. Es stand bei der Entscheidung im Vordergrund, die Belastung für die Patientin so gering wie nötig zu halten. Auch sollte ja primär die seit langem bestehende Nähe zur Hausärztin eher gefestigt als umgangen werden. So möchte ich speziell dieses Schwerpunktziel exemplarisch beschreiben. Als Vorlage und Dokument nutze ich gerne den Hilfeplan von Anja Palesch (2012, S. 64).

Hiermit kann ich die Planung bis ins Assessment verfolgen.

Wer	Was	Wann/wie oft	Wo	Ziel	Verantwortlich für/ Name	Ab wann	Überprüft durch	Nächste Kontrolle am	Erledigt/ beendet

Wer: Krankenhausarzt

Was: 1. Schriftliche Information für die Hausärztin, dass sie eine individuelle Maske verordnen kann/soll

und diese zweckmäßig und notwendig für die

Patientin ist.

2. Das Schriftstück an den Hilfsmittellieferanten zur Weitergabe an die Ärztin weiterleiten

Wann: So schnell wie möglich

Wo: vor Ort

Ziel: Einsicht der Hausärztin und Ausstellung der not-

wendigen Verordnung

Wer: selbst, in der Funktion des bisherigen Hilfsmittel-

lieferanten der Standardmaske

Was: 1. Schriftliche Information an die Hausärztin,

welche Maßnahmen und Masken zur Druckstellenvermeidung bereits angewendet wurden, Information und Verweis auf die "S2 Leitlinien", wann individuelle Masken notwendig und be-

gründet sind

2. Persönliche Abgabe der klinikärztlichen und der eigenen Stellungnahme bei der Hausärztin

3. Persönliches Gespräch und Besorgen des

Rezeptes

Wann: So schnell wie möglich, Folgetag

Ziel: Einsicht der Hausärztin und Ausstellung der

notwendigen Verordnung

Wer: selbst, CM

Was: Kontaktaufnahme zum Hersteller der individuel-

len Beatmungsmaske, Kontaktdaten weiterleiten, Bitte um Anfertigung einer Maske trotz vermutlich noch fehlender Verordnung

Wann: so schnell wie möglich

Wo: Anruf bei einem persönlich bekannten

Mitarbeiter der Firma XY, Krefeld

Ziel: Zeitnahe Anfertigung einer individuellen Maske

"Plan-B"

Wer: selbst, CM

Was: 1. Kontaktaufnahme mit der behandelnden Ober-

ärztin der Beatmungsstation

2. Abklärung der Möglichkeit einer reinen

"Tages"-Aufnahme von Frau B.

Wann: so schnell wie möglich, bzw. wenn Plan A negativ

ist

Wo: Behandelndes Klinikum, Beatmungsstation

Ziel: Grundlage zur Verordnung einer individuellen

Maske

Was muss gemacht werden?	Wer macht?	Wann?
"Plan-A" Schriftl. Info/Begründung an die Hausärztin zur Verordnung einer individuellen Maske	Krankenhausarzt	sofort
- Schriftl. Info an die Hausärztin was bereits versucht wurde, Information u. Verweis auf rechtl. Grundlage zur Verordnung (S2 Leitlinie) - pers. Abgabe beider Infoschreiben an die Ärztin mit persönl. Gespräch und Verordnungserhalt	bisheriger Lieferant der Standartmaske, Hilfsmittelprovider der den Verlauf kennt	wenn die Unterlagen zu Verfügung stehen, möglichst schnell
"Plan-B" Kontakt zur Klinik Oberärztin mit verbindlicher Anfrage auf eine mögliche, nicht regelkonforme "Tages"-Aufnahme	Case Manager	sofort, bzw. wenn "Plan-A' nicht funktioniert
Einleiten der individuellen Maskenanfertigung, Kontakt zum Hersteller mit Bitte um Durchführung auch ohne Verordnung	Case Manager	sofort
Anfertigung, Auslieferung und Anpassung einer individuellen Beatmungsmaske	Maskenhersteller, Firma "XXX"	so schnell wie möglich, spätestens be Vorlage einer Verordnung
Gespräch mit der Hausärztin mit Bitte um Medikamenteneinstellung im Rahmen einer palliativen Versorgung	Tochter	im Laufe der nächsten sieben Tage
Kontakt zu Hospizdiensten und SAPV mit der Bitte um Prospektversand	Case Manager	sofort

Was?	Wer?	Wann?
Übernahme von bürokratischen und organisatorischen Aufgaben sowie Kontakte mit ämtern, Krankenkasse und weitere Stellen oder	Tochter	auf Dauer, ab sofort
Übernahme der Grundpflege 2x wöchentlich		
Antrag auf erneute Einstufung in die Pflegeversicherung	Tochter	im Laufe der nächsten 10 Tagen
Bitte an den Bruder herantragen mit dem Auto beim Einkauf unterstützt zu werden	Herr K.	im Laufe der nächsten 10 Tagen
Überlegungen zum Arztwechsel in Richtung Palliativmedizin	Frau B. und Herr K.	im Laufe der nächsten 10 Tagen
Termin mit dem ausgesuchten Hospizdienst vereinbaren	Frau B. und Herr K.	im Laufe der nächsten 10 Tagen
Überarbeitung der bestehenden Patlentenverfügung mit Hilfe des Hospizdlenstes	Frau B. und Herr K.	beim nächsten Treffen mit dem Hospizdienst
Verordnung eines Ersatzbeatmungsgerätes	Hausärztin (Plan-A) Klinikärztin (Plan-B)	im Laufe der nächsten 10 Tagen
Re-Assessment:		
Kontaktaufnahme zu einem Palliativmediziner	Frau B. und Herr K.	beim nächsten Besuch des Hospizdienstes

Anmerkung: Das Vorgehen über "Plan-B" wurde mit Frau B. ausführlich und einvernehmlich besprochen. Sie willigte einer "Tages"-Aufnahme in die Klinik ein, mit der Sicherheit, dort keinesfalls "festgehalten" zu werden oder gar übernachten zu müssen. Nur so besteht eine rechtliche Grundlage für die Klinik, eine Verordnung ausstellen zu dürfen. Offiziell wird die Patientin in der Klinik dann für einen ganzen Tag registriert. Aufgenommen werden kann die Patientin mit einer bereits ausgestellten Krankenhauseinweisung. Auch einen Transportschein hatte sie von der Hausärztin bereits erhalten.

Wenn möglich sollte der Hilfeplan bei einzelnen Maßnahmen eine Alternativlösung anbieten, also zwei Lösungsvarianten aufzeigen. So hat der Klient die Wahl und fühlt sich freier, weil er entscheiden kann. Zur Entlastung von Herrn K. hatte ich als Maßnahme eingearbeitet, dass die Tochter die Grundpflege an zwei Wochentagen übernimmt oder dass Herr K. bei den organisatorischen Aufgaben entlastet wird. Diese Tätigkeiten hatte die Tochter angeboten. Bei der Entscheidung war es dann dem Paar lieber, die Grundversorgung selber durchzuführen, und sah sich durch den Wegfall der ständigen Auseinandersetzungen mit den verschiedenen Stellen entlasteter. Auch fiel es ihnen so leichter, die Hilfe anzunehmen. Generell ist es von Vorteil, die Eigenleistungen und Aktivitäten der Klienten in den Focus zu stellen, auch wenn es nur in Form von Entscheidungen ist. Die Nachhaltigkeit darf hierdurch allerdings nicht gefährdet werden.

Den Hilfeplan sprach ich mit der Familie ab, die in alle Maßnahmen einwilligte.

6. Linking

Der vierte Prozessschritt, das Linking, dient der Vermittlung des Klienten an formelle und informelle Angebote. Der Case Manager muss die richtigen Leistungserbringer und die passenden zuständigen Stellen ermitteln. Im Fallbeispiel ist dies z.B. der Kontakt zum Maskenhersteller bzw. zur Oberärztin. Das Linking geschieht in vier Schritten: die Vorbereitung, die Vermittlung, die Anpassung und die fallbezogene Vernetzung (DGCC 2012, S. 27). Meist geschieht die Kontaktaufnahme per Telefon oder persönlich, besonders dort, wo Kontakte und Netzwerke vorhanden sind. Auch über Recherche oder per Antrag, die Einberufung einer Fallkonferenz oder die Einrichtung eines Kooperationsgremiums kann die Vermittlung stattfinden. Bei Bedarf begleitet der Case Manager den Klienten zu den Hilfsangeboten, um die Nutzbarkeit zu fördern oder auch als Hilfe für den Klienten, seine Interessen und Ansprüche durchzusetzen (z.B. der Anspruch auf Verordnung einer Beatmungsmaske).

Der Case Manager muss ermitteln, ob die Hilfe unter den bestehenden Voraussetzungen erbracht werden kann, ob Hilfen bewilligt werden, der Klient zugangsberechtigt ist und ob entsprechend geschulte Helfer zur Verfügung stehen (z.B. ob eine rechtliche Grundlage auf Verordnung/Bewilligung eines Ersatzbeatmungsgeräts besteht). So ist es auch Aufgabe des Case Managers, Angebote miteinander zu vergleichen und auszuwählen. Der Case Manager hat ebenfalls die Funktion, den Klienten bei der Annahme von Leistungen zu unterstützen und zu bestärken (z.B. Annahme von Hilfen des Hospizdienstes).

Durch professionelles Linking sollen Reibungsverluste und Redundanzen innerhalb einer Versorgung verhindert werden.

Im Fallbeispiel spielt es eine große Rolle, dass mehrere Hilfen vermittelt werden und auch, dass zum Erreichen eines Zieles mehrere Stellen beteiligt sind. Dies erfordert eine gut organisierte Abstimmung der Maßnahmen zueinander. Koordination und Kooperation sind dann von großer Bedeutung. Wenn der Case Manager schon über gut funktionierende Netzwerke verfügt, so erleichtern diese vielermaßen das Arbeiten.

6.1. Fallbeispiel

Für mich war es von Vorteil den Hersteller der individuellen Maske durch vorangegangene Arbeiten zu kennen und ich erhielt eine schnelle Zusage zur Maskenanfertigung, auch ohne Verordnung. Ebenso funktionierte der persönliche Kontakt zur Klinik gut. Der diensthabende Mediziner verfasste ein Schreiben, in welchem er die dringende Notwendigkeit der Beatmung mittels individueller Maske herausstellte und die Hausärztin in ihrer Zuständigkeit benannte. Er schickte es mir am gleichen Tag zu. Ich verfasste ein ausführliches Schreiben zur bisherigen Vorgehensweise bezüglich der Maskenversorgung und fügte einen Auszug der bestehenden Leitlinien bei. Auch vergewisserte ich mich noch einmal, dass die Verordnung einer Beatmungsmaske nicht das Budget der Hausärztin angreift. Ein Telefonat mit der leitenden Oberärztin ließ die sogenannte "Tages"-Aufnahme zur möglichen Option für den "Plan-B" werden.

Ich ermittelte die Kontaktdaten der Hospizdienste und des SAPVs, der "Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung", und gab diese an Frau B. und Herrn K. weiter. Darüber hinaus veranlasste ich die Zusendung von Broschüren dieser Dienste.

Mit der Tochter sprach ich ihre bereits angebotene Unterstützung des Paares bei organisatorischen Dingen und die Antragstellung bei der Pflegekasse verbindlich ab. Herrn K. erinnerte ich an die geplante Kontaktaufnahme zu seinem Bruder, der ihn beim wöchentlichen Einkauf mit dem Auto unterstützen sollte, und an die Besprechung mit Frau B. in wie weit sich beide den Kontakt und die Unterstützung der Hospizdienste vorstellen können.

7. Monitoring

Im fünften Prozessschritt des Case Managements geht es um die Sicherung und Prüfung der angedachten Hilfeleistungen. Ich verstehe es mehr als Fallsteuerung. Es wird überprüft, ob die angelaufenen Maßnahmen auch das Ziel ansteuern und erreichen, und ob die vereinbarten Maßnahmen durchgeführt werden. Der Case Manager muss sensibel genug sein im Monitoring und darf nicht als reiner Kontrolleur auftreten, vielmehr ist es seine Aufgabe, im Falle abweichender Ergebnisse oder bei verändertem Bedarf, die Maßnahme umzuleiten und anzupassen. Dies kann über ein sogenanntes Re-Assessment geschehen. Er muss zum Beispiel eingreifen, wenn es zu Qualitätsmängeln, Unzufriedenheit oder Kostenübersteigung kommt.

7.1. Fallbeispiel

Bezugnehmend auf das Schwerpunktziel, die Beatmung zu sichern, brachte ich der Hausärztin persönlich das ärztliche Schreiben und meine Stellungnahme in die Praxis. Ich stellte mich in meiner Funktion am Empfang vor und bat um ein Gespräch mit der Medizinerin. Mir wurde

mitgeteilt, die Ärztin sei nicht im Haus und nicht zu sprechen. So gab ich die Schreiben und eine Visitenkarte ab und bat um schnelle Weiterleitung, mit der Bitte um baldige Kontaktaufnahme. Dies wurde mir versprochen, erfolgte aber auch am Folgetag nicht.

Als ein erneuter telefonischer Versuch scheiterte, informierte ich die Patientin und ließ mir die Bereitschaft und die Freigabe für "Plan-B" noch einmal bestätigen. Meinem Erachten nach ist auch dies eine Form des Re-Assessments. Die Oberärztin der Beatmungsstation sagte mir bei erneuter Anfrage diese nicht ganz regelkonforme Vorgehensweise, die Aufnahme der Patientin für den nächsten Tag, zu. Diese Information ging wiederum an die Patientin, die sich mit ihrem Partner selber um den Transport kümmerte. So war es abgesprochen und mir auch wichtig, da die eigene Entscheidung zur Kurzaufnahme so noch einmal bestätigt werden musste. Dabei erhielt ich die Information, dass der Maskenhersteller schon vor Ort für den Maskenabdruck gewesen ist und trotz noch fehlender Verordnung mit der Anfertigung beginnen will. Ein Kontakt zum Hospiz und zur Palliativmedizin hatte in der Kürze der Zeit noch nicht stattgefunden. Auch wollte Frau B. erst einmal die Meinung der Klinik abwarten. Der Transport und die Aufnahme erfolgten am nächsten Mittag und die Patientin kehrte am Nachmittag mit einer Verordnung für eine individuelle Beatmungsmaske, ein Ersatz-Beatmungsgerät und eine Inhalationshilfe nach Hause zurück. Frau B. erhielt zwei Tage später die neue Maske, die ihr erheblich Erleichterung verschaffte. Der Nasenrücken konnte entlastet werden und der Heilungsprozess beginnen.

Im Arztbrief wurde die Hausärztin um die Einstellung mit Medikamenten im Rahmen einer Palliativversorgung gebeten, die nach längerer Diskussion mit der Tochter auch erfolgte. Als Konsequenz des nun doch gestörten Vertrauensverhältnisses zur Hausärztin besprach ich mit Frau B. im Rahmen eines Re-Assessments eine Änderung des Bedarfs. Ich erläuterte ihr erneut die Möglichkeit der medizinischen Versorgung durch einen Palliativmediziner, der selbstverständlich Hausbesuche macht, die Medikamentenverordnung übernimmt und bei fortschreitender Erkrankung engmaschige und notfallmäßige Besuche und Betreuung leistet. Kontaktadressen hierfür leitete ich an sie weiter. Die Hospizbroschüre war mittlerweile bei der Familie angekommen.

Das verordnete Beatmungs- und Inhalationsgerät wurden geliefert und Herr K. wurde beim Einkauf durch seinen Bruder unterstützt. Etwa zwei Wochen nach der Erstellung des Hilfeplans fand ein Erstgespräch mit einer Krankenschwester vom Hospizdienst statt. Die Rückmeldung des Paares war sehr positiv und es signalisierte die Bereitschaft, Hilfe von außen annehmen zu wollen. Bei einem baldigen Folgetermin sollte dann dort auch die Kontaktaufnahme zur Palliativmedizin stattfinden.

Der Antrag auf Neueinstufung in die Pflegekasse war durch die Tochter gestellt worden. Die Beatmungssituation stellte sich zwar mittlerweile dauerhaft dar, konnte aber bei nahezu abgeheiltem Nasenrückendekubitus und neuer Maske erheblich effektiver und stressfreier durchgeführt werden. Herr K. fühlte sich entlastet, weil er nicht mehr die Auseinandersetzungen mit der Ärztin und die Kontakte zu Ämtern und Krankenkassen leisten musste, da diese von der Tochter zur vollen Zufriedenheit übernommen wurden.

8. Evaluation

Als Abschluss eines jeden Case Managements steht die Evaluation. Die Ziele werden überprüft und die Ergebnisse beurteilt. Die Evaluation sollte prozess- und ergebnisorientiert durchgeführt werden. Dies geschieht dann, wenn die Durchführung der einzelnen Leistungen abgeschlossen ist oder deren Weiterverfolgung gesichert bzw. von anderen Leistungserbringern übernommen wurde. Auch aber bei einem vorzeitigen Abbruch des Case Managements wäre eine Evaluation durchzuführen. (DGCC 2012, S. 34)

Um die Qualität des Case Managements insgesamt zu beurteilen, kann man in Struktur-, Prozess,- und Ergebnisqualität unterscheiden. Die Strukturqualität gibt fallunabhängig Auskunft über die Handlungsmuster und Merkmale wie Standards, Normen und Regeln sowie die eingesetzten Instrumente, z.B. habe ich den Datenschutz eingehalten? Wurden Qualifikationen eingehalten?

Die Prozessqualität gibt Auskunft über Kennzahlen und die Qualität der einzelfallbezogenen Arbeitsabläufe: Gab es Zwischenfälle oder Beschwerden? Wie war die Zusammenarbeit der Beteiligten? Die Ergebnisqualität bezieht sich auf das "Output" und "Outcome" des Einzelfalls.

Das Output ist die quantitative Orientierung und fragt danach, ob die Ziele erreicht worden sind. Auf das Fallbeispiel bezogen, also die Frage, ob die Tochter auch wirklich die organisatorischen und bürokratischen Arbeiten und Kontakte übernommen hat.

Das Outcome ist der Rückschluss darauf und fragt, ob durch die Maßnahme auch der gewünschte Effekt eingetreten ist. Also ob Herr K. dadurch auch wirklich entlastet worden ist. (Inhester 2013, Evaluation Folie 5)

Darüber hinaus ist eine fallbezogene Eigenreflexion sehr wichtig. Wie war meine Qualität als Case Managers? Was habe ich gut gemacht, was ist schlecht gelaufen? Wie war meine Zusammenarbeit innerhalb der Versorgung, wie war sie innerhalb meines Netzwerks? Was kann oder sollte ich besser machen? War ich immer objektiv? Wie habe ich mich gefühlt? ...? Diese Fragen kann ich auch mit den Klienten, Beteiligten und Netzwerkpartnern besprechen. Generell sollte bei Abschluss eines jeden Case Management Prozesses ein Abschlussbericht erstellt werden und eine sogenannte Entpflichtung der Beteiligten stattfinden.

8.1. Fallbeispiel

In dem hier beschriebenen Fall war der Abschluss der von mir zuletzt beschriebene Zeitpunkt. Die Inhalte des Hilfeplans waren realisiert und umgesetzt und das fehlende Teilziel durch die professionelle Weiterbetreuung des Hospizdienstes übernommen.

Ich habe die zuvor im Assessment dokumentierten Inhalte mit den Ergebnissen des Hilfeplans sowie die Patientensituation zu Beginn und die Patientensituation am Ende des Prozesses verglichen. Ich führte noch einen Hausbesuch durch, zu welchem auch die Tochter hinzukam. Hier erfragte ich die Zufriedenheit der Beteiligten, zum Inhalt, zur Durchführung, zum Ergebnis und zum persönlichen Erleben des Prozesses. Die Rückmeldungen hierzu waren positiv. Das noch nicht erreichte Ziel des Hilfeplans, das die ärztliche Versorgung mittels Palliativmediziners vorsah, wurde weiter von der Familie angestrebt und sollte zusammen mit dem Hospizdienst umgesetzt werden. Das Paar und die Tochter berichteten, sie seien näher zusammengerückt. Frau B. erhielt die Information, dass sie sich bei auftretenden Fragen, besonders bezüglich der Beatmung oder auch bei erneuten Krisen an mich oder einen Kollegen wenden kann. Für ein Nachgespräch wollte ich mich

sechs Wochen später melden. Frau B. verstarb in Folge ihrer progressiven Erkrankung etwa drei Wochen später. Einen Tag vor dem Erst-kontakt zum Palliativmediziner wurde sie notfallmäßig in die Klinik eingeliefert: Die Familie konnte die medizinische Situation, die Angst und Atemnot, zu Hause nicht mehr bewältigen. Frau B. verstarb in der Klinik nach weniger als zwei Tagen; eine Patientenverfügung hatte vorgelegen.

9. Schlussbetrachtung

Der von mir hier dargestellte Einzelfall ist auf Grund seiner speziellen Ausgangssituation nicht unbedingt auf einen jeden "typischen" Case Management Fall übertragbar. Aber gibt es diesen überhaupt? Wegen der Individualität des Einzelnen, seiner einzigartigen Möglichkeiten und Grenzen, sowie der unterschiedlichen Rahmenbedingungen und verschiedenen Verläufe, ist kein Fall wie der andere. Lediglich das Handlungskonzept, der CM Prozess als solcher, bleibt übertragbar. Allein die Persönlichkeit des Case Managers und dessen Umgang mit den Klienten können entscheidend für den Verlauf und die Ausarbeitung des Einzelfalls sein. Wenn es überhaupt diesen "typischen" Fall geben sollte, so ist es vielleicht der (individuelle!) Patient im Entlassungsmanagement. Vermutlich der Bereich, wo zurzeit am häufigsten Case Management angeboten wird. Wobei, wie schon erwähnt, nicht immer klar ist, ob auch Case Management drinsteckt, wo Case Management drauf steht!

Ich hätte mir mehr Zeit und weniger Druck in meinem Fall gewünscht, was aber auf Grund der anfänglich bedrohlichen Situation nicht möglich war. Schnelles Handeln war gefragt, und der Zeitplan konnte nicht immer bezüglich von Information, Ausarbeitung, Hilfeplan, Einverständnis, und dem "dann erst Handeln" eingehalten werden. Das macht es aber auch aus, kreativ zu sein und Lösungen zu finden, und trotzdem das Handlungskonzept im Auge zu behalten.

"Um klarer zu sehen, genügt oft ein Wechsel der Blickrichtung." (Antoine de Saint-Exupéry)

Auch hätte ich im Nachhinein doch noch einmal versuchen sollen, Kontakt mit der Hausärztin zu bekommen. Ich glaube schon, dass ein persönliches Gespräch Verhaltensweisen hätte erklären und Verständnis schaffen können. Ich habe bei meiner Verärgerung über die fehlende Einsicht die Situation so interpretiert, dass die Ärztin zum einen, auf Grund fehlender Fachkenntnisse, die Verantwortung an die Klinik abschieben wollte, und zum anderen, dass sie Sorge hatte, ihr Budget zu belasten. Vielleicht hätten sich im direkten Kontakt aber auch andere Erklärungen und gegenseitiges Verständnis ergeben. So hat hier leider kein Netzwerk entstehen können, welches meiner zukünftigen Arbeit und den kommenden Klienten zu Gute kommen kann.

Vernachlässigt habe ich in dieser Arbeit die Frage nach den angefallenen Kosten. Wer zahlte das Case Management, welche Gelder wurden eingesetzt? Fürs Case Management, als freiwilliges Angebot innerhalb meiner beruflichen Tätigkeit, muss ich keine Rechenschaft ab- oder gar Kostenrechnung vorlegen. Der Nutzen wird vom Unternehmen im positiven Bild in der Öffentlichkeit gesehen und trägt dazu bei, dass die Verordner ihre Patienten bei mir und in dem Unternehmen gut aufgehoben sehen. Gerade darin besteht aber auch eine Gratwanderung. Ist es überhaupt möglich, dass ein Dienstleister, ein Provider als Case Manager fungiert? Kann er objektiv an einen Fall herangehen? Sieht er gar nur seinen Fachbereich und vernachlässigt dafür andere? Sieht er auch die Probleme hinter der offensichtlichen Situation oder steht seine Dienstleistung im Vordergrund? Wie objektiv kann und darf er innerhalb der eingebundenen Organisation entscheiden?

"Eine besondere Situation besteht, wenn der Case Manager nicht nur als solcher beauftragt ist, sondern auch gleichzeitig Anbieter von geplanten Produkten und Leistungen ist. Hier muss gegenüber allen Beteiligten eine fachlich saubere Rollenverteilung erfolgen. Weil diese Situation viel Konfliktpotential in sich trägt, sind für diese Case Manager selbstreflektierende Angebote (Supervision, kollegiale Beratung, u.ä.) vorzusehen." (DGCC 2012, S. 27).

"Wie weit hat derjenige, der das CM finanziert, Anspruch auf Vorrang der eigenen Interessen? Was ist zu tun, wenn die kurzfristigen, betriebswirtschaftlichen Interessen den längerfristigen, volkswirtschaftlichen gegenüberstehen?" (Hofstetter Rogger, Y., o.A.)

So sehe ich nicht nur die Rolle eines Case Managers aus der Industrie kritisch, ebenso schwierig erlebe ich die Rolle des Case Managers, der für einen Leistungsträger oder eine Krankenkasse arbeitet. Auch für ihn gibt es Abhängigkeiten, Arbeitsanweisungen und Rahmenbedingungen, die vielleicht nicht immer eine objektive, wertfreie und individuelle Beratung zulassen. Steht der Case Manager im Entlassmanagement eines Krankenhauses, in Anbetracht der Vorgabe von Liegezeiten und der Kostenrechnung, nicht auch unter Vorgaben, die ein wertfreies, rein patientenorientiertes Handeln in Frage stellen? So wird der Wunsch nach unabhängigen, etablierten Organisationen, mit dem Handlungskonzept Case Management, immer größer. Gerade für die Menschen, die wie meine Patientin, zu Hause leben, eigentlich gut zurechtkommen, aber plötzlich in eine Krise geraten.

- Sind sich die Betroffenen ihres Zugangs zum Case Management bewusst?
- Wer weiß schon, welches Recht er auf Beratung hat und was die Vorteile eines echten Case Managements sind?
- Wer bekommt diese Leistung?
- Ist das Seniorenbüro, bei welchem z.B. die Pflegeberatung meines Wohnortes angesiedelt ist, die richtige Stelle für eine junge Familie, die über die Möglichkeiten einer häuslichen 24-Beatmungspflege, über Frühförderung und Beschulung ihres Kindes informiert werden möchte?

Hier ist noch viel Öffentlichkeitsarbeit zu leisten, wozu wir uns alle in die Pflicht nehmen müssen. Wir, die ausgebildeten Case Manager, können den Vorteil des professionellen Case Managements nach außen tragen.

Ich wünsche mir einen gesetzlich verankerten Anspruch auf ein bedarfsgerechtes Case Management, unabhängige Beratungsstellen mit entsprechendem Fachwissen, qualifizierten Beratern mit angemessen Fallzahlen und eine geregelte Finanzierung dieses Angebots.

Vielleicht gelingt dies ja, wenn wir zeigen können, dass durch das Handlungskonzept Case Management Empowerment gefördert, Versorgungen optimiert, Reibungsverluste minimiert, Zufriedenheit gesteigert und Kosten gespart werden.

Literaturangaben

Barsch, G.: Station des Planens: Ziele als Leuchtfeuer des Handelns und Die Mühlen der Zielklärung. Fallarbeit Zielklärung, www.fh-mersenbur.de, Folie 12 Becker, H. F. (2005): Akute respiratorische Insuffizienz. In: Becker, H.F., Schönhofer, B., Burcharki, H. (Hg): Nicht-invasive Beatmung. Stuttgart: Thieme Verlag. S. 65 Berlit, P. (1998): Basiswissen Neurologie. Berlin Heidelberg: Springer, S. 184

Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) e.V. (2011): Rahmenempfehlungen zum Handlungskonzept Case Management. Heidelberg: hochzwei Verlag GmbH Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC) e.V. (2008): Frommelt M., Klie, T., Löcherbach, P., Mennemann, H., Monzer, M., Wendt, W-R.: Pflegeberatung, $Pflegest \"{u}tzpunkte \ und \ das \ Case \ Management. \ Freiburg: Verlag \ Forschung-Entwicklung-Lehre.$

Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) e. V. (2010): S2-Leitlinie Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. Stuttgart. Thieme Verlag. S.5

Eichler, N. (2013): Casemanagement. Folien Systemmanagement. Essen

Ewers, M. (2005): Das anglo-amerikanische Case Management: Konzeptionelle und methodische Grundlagen. In: Ewers, M, Schaeffer, D. (Hg): Case Management in Theorie und Praxis. Bern: Verlag Hans Huber S. 53-91

Hofstetter Roger Y. (?): Mit Widersprüchen konstruktiv umgehen. In: Inhester O (2013).: Was ist Case Management? Essen, Folie 8

Inhester, O. (2013): Unterrichtsunterlagen Casemanagementschritte im Einzelnen. Folien, Präsentation CM auf Fallebene 2.1, Fallmanagement und Fallsteuerung. Essen Inhester, O. (2013): Unterrichtsunterlagen Hilfeplanung. Folien Hilfeplanung. Essen

Karg, O., Geiseler, J. (2005): Nicht-invasive Beatmung bei chron.-ventilatorischer Insuffizienz. In: Becker, H.F., Schönhofer, B., Burcharki, H. (Hg): Nicht-invasive Beatmung. Stuttgart: Thieme Verlag. S. 147 – 153 Palesch, A. (2012): Ambulante Pflegeberatung. Stuttgart: Kohlhammer

Schönhofer, B. (2005): Nicht-invasive Beatmung bei CVI. In: Becker, H.F., Schönhofer, B., Burcharki, H. (Hg): Nicht-invasive Beatmung. Stuttgart: Thieme Verlag. S. 74 Steffen, H.T. (2009): Fallmanagement und Fallsteuerung. Folien Fallmanagement und Fallsteuerung, Kaiserswerther Seminare. Düsseldorf, Kaiserswerth. S.?? Wendt, W.R. (2010): Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen (5. überarbeitete Aufl.). Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

http://de.wikipedia.org/wiki/Empowerment (Jan. 2014)

http://www.orthopaedie-regensburg.com/glossar/22-kontextfaktoren.html (Jan. 2014)

 $http://www.zhaw.ch/fileadmin/user_upload/psychologie/Downloads/Bibliothek/Arbeiten/MA/maoo83.pdf (Jan.\ 2014)$

 ${\it Glossar\,ALS: Amyotrophe\,Lateralsklerose, Systemerk ankung\,Assessment:\,Bedarfserhebung\,CM:\,Case\,Management}$

CVI: Chronisch Ventilatorische Insuffizienz DGCC: Deutsche Gesellschaft für Case und Care Management DGP: Deutsche Gesellschaft für Pneumologie Empowerment: Eigen-Verantwortung, Interessen eigenständig vertreten Evaluation: Auswertung Intake: Klärungsphase Linking: Anbindung Monitoring: Überwachung NIV: Nicht-invasive Beatmung z.B. Beatmung über eine Maske SAPV: Spezialisierte ambulante Palliativversorgung Stakeholder: eine Person oder Gruppe, die ein berechtigtes Interesse am Verlauf oder Ergebnis eines Prozesses/Projekt hat



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

Unter dem Motto WISSEN VERMITTELN bietet die IHCC-Akademie ausgewählte Seminare und Fortbildungsveranstaltungen an. Sie ist ein von der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. zertifizierter Anbieter des Basiskurses "Pflegefachkraft außerklinische Beatmung (DIGAB)", den sie an verschiedenen Standorten (Unterhaching, Augsburg, Bad Kissingen und Leonberg) anbietet. Das von der DIGAB e.V. entwickelte Curriculum wird von erfahrenen Referentinnen und Referenten vermittelt.

ANGELIKA RATHGEBER

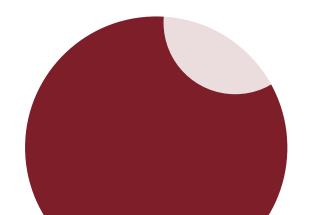
Ich bin examinierte Kinderpflegerin und examinierte Krankenschwester mit zahlreichen Zusatzausbildungen (Leitung, Intensiv, Mentorin, Studium zur Dozentin usw.). Zusätzlich arbeite ich freiberuflich als Dozentin für Erwachsenenbildung im Gesundheitswesen.

Und das ist meine Überzeugung: Wir Pflegenden haben es mit Menschen zu tun, dem höchsten Gut, und diese sind von uns abhängig. Um diesen Menschen die beste Pflege zukommen zu lassen, müssen wir uns nur eines vorstellen: Wir selbst seien in dieser Situation. Die Kurzform des Kant'schen Lehrsatzes: "Behandle andere so, wie du gerne behandelt werden möchtest!" bedeutet für uns im übertragenen Sinne: **Pflege andere so, wie du gerne gepflegt werden möchtest**. Deswegen ist es wichtig, dass zusätzlich zu unserem emotionalen Engagement die fachliche Kompetenz erreicht und gehalten wird. Denn gelernt ist nicht "ausgelernt". Im Gegenteil: Wir Pflegekräfte müssen unser Know-how ständig ausbauen, und dies ist nur durch kontinuierliche Fort- und Weiterbildungsbereitschaft zu erreichen. So biete ich neben meiner Lehrtätigkeit im Rahmen des Basiskurses "Pflegefachkraft außerklinische Beatmung (DIGAB)" in der IHCC Akademie viele weitere Kurse zu Spezialthemen im Bereich Pflege an.



Ich liebe meinen Beruf und den Umgang mit Menschen, und es macht mir große Freude, all die Fähigkeiten, die eine Krankenschwester heute mitbringen muss, zu vermitteln. Meine Lehr-Lern-Philosophie ist die Themenzentrierte Interaktion (TZI), ein Konzept und eine Methode zur Arbeit in Gruppen. Es ist mir wichtig, die wissenschaftlichen Erkenntnisse praxisnah vorzustellen und gemeinsam mit den Teilnehmern zu erarbeiten.

Ich persönlich bin Baujahr 59, verheiratet und habe zwei Söhne und fünf Enkelkinder. Als Ausgleich zu meiner Berufstätigkeit streife ich gerne mit meinem großen Hund Emil bei Wind und Wetter in der Natur umher und genieße meinen Garten, der auf einer 250 qm großen Dachterrasse angelegt ist.





WISSEN VERMITTELN

IHCC AKADEMIE

BASISKURS Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung/DIGAB

Veranstaltungsorte

Augsburg | Bad Kissingen | Leonberg | Unterhaching

- Dozenten mit langjähriger Berufserfahrung | Praxisbezug
- Arbeit in kleinen Gruppen | Interaktion

Terminkalenderdownload unter: www.ihcc-akademie.de

IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH Ottobrunner Straße 43 | 82008 Unterhaching Tel. 089 540 42 68 -0 | Mail info@ihcc.mobi

walyscher eynkray forwery,

das Patientenwohl als Maßstab für das Krankenhaus zu verankern

In seiner am 5. April 2016 in Berlin veröffentlichten Stellungnahme legt der Deutsche Ethikrat Empfehlungen für eine am Patientenwohl orientierte Ausgestaltung der Krankenhausversorgung vor.

Die Krankenhausversorgung ist seit Jahrzehnten Gegenstand kontroverser politischer Debatten. Sie entzünden sich etwa an der allgemeinen Kostenentwicklung im Gesundheitswesen, an Innovationen in der Medizin, an veränderten Erwartungshaltungen der Patienten und an der demografischen Entwicklung. Der zunehmende ökonomische Druck, insbesondere auch auf den Krankenhaussektor, wirft zunehmend Fragen nach dem leitenden normativen Maßstab der Krankenhausversorgung auf

Als maßgebliches ethisches Leitprinzip stellt der Deutsche Ethikrat das Patientenwohl in den Mittelpunkt seiner Stellungnahme. Drei Kriterien bestimmen das Patientenwohl: die selbstbestimmungsermöglichende Sorge für den Patienten, die gute Behandlungsqualität sowie Zugangs- und Verteilungsgerechtigkeit.

Mit Blick auf diese drei Kriterien ergeben sich unterschiedliche Konfliktfelder. Diese betreffen vor allem die schwindenden Möglichkeiten einer angemessenen Kommunikation in der Arzt-Patient-, Pflegende-Patient- und Therapeut-Patient-Beziehung sowie die zunehmende Schwierigkeit für die im Krankenhaus Tätigen, ihre berufsethischen Pflichten umzusetzen. Zudem erweist es sich insbesondere mit Blick auf Patientengruppen mit besonderen Bedarfen als zunehmend problematisch, für sie einen gleichen Zugang zu Krankenhausleistungen und eine gerechte Verteilung der Ressourcen sicherzustellen. Dies betrifft Kinder und Jugendliche, Patienten in hohem Lebensalter, Patienten mit geriatrietypischen Erkrankungen, mit Demenz, mit Behinderung und Patienten mit Migrationshintergrund.

Der Deutsche Ethikrat legt 29 Empfehlungen zur Verankerung und Gewährleistung der Patientenwohlorientierung in der Krankenhausversorgung vor.

Zunächst empfiehlt der Ethikrat, eine bessere Kommunikation im Krankenhaus sicherzustellen. Dazu gehört die Förderung der kommunikativen und interkulturellen Kompetenz aller im Krankenhaus Tätigen. Diesbezüglich sollten Aus-, Fort- und Weiterbildungsangebote entwickelt werden. Zudem sollte der zeitliche und organisatorische Aufwand bei den Vorgaben für die Vergütung innerhalb des DRG-Systems berücksichtigt werden. Dies betrifft sowohl die Kommunikation mit Patienten als auch die interprofessionelle Kommunikation.

Des Weiteren sollte die Situation der Pflege im Krankenhaus nachhaltig verbessert werden. Unter anderem sollten Pflegepersonalschlüssel in Abhängigkeit von Stations- und Bereichsgrößen für Krankenhäuser entwickelt und die Voraussetzungen für eine personale Kontinuität in der Pflege der Patienten geschaffen werden.

Zur Weiterentwicklung des DRG-Systems empfiehlt der Ethikrat, Fehlanreizen entgegenzuwirken, die dem Patientenwohl entgegenstehen, z. B. indem sie eine vorzeitige oder verzögerte Entlassung oder Verlegung eines Patienten nahelegen. So sollte bei multimorbiden Patienten die Abrechnung von zwei und mehr DRGs für einen Krankenhausaufenthalt ermöglicht werden. Für hochaltrige Patienten, Patienten mit seltenen Erkrankungen oder Patienten mit besonderen Verhaltensauffälligkeiten sollten neue Vereinbarungsmöglichkeiten für Zusatzentgelte geschaffen werden. Zur Vermeidung unnötiger Eingriffe und Prozeduren sollten Vergütungsmodelle entwickelt und geprüft werden, in denen auch die begründete Unterlassung etwaiger Maßnahmen ihren Niederschlag findet.



Zum Ausbau qualitätssichernder Strukturen sollte ein Programm des Bundes die Einrichtung multidisziplinärer Zentren fördern, die sich an bestimmten Krankheitsbildern orientieren.

Die Dokumentationspflichten sollten vereinfacht werden, um mehr Zeit für die Patientenversorgung zu gewinnen. Hierzu sollten unter anderem Modelle mit digitaler Unterstützung entwickelt und erprobt werden.

Zur besseren Krankenhausversorgung für Patientengruppen mit besonderen Bedarfen empfiehlt der Ethikrat unter anderem, kinderspezifische DRGs einzuführen bzw. die Kindermedizin vom DRG-Abrechnungssystem zu entkoppeln. Für Menschen mit Behinderung sollten im Sinne der UN-Behindertenrechtskonvention Krankenhäuser barrierefrei gestaltet und Bedingungen geschaffen werden, die ihren besonderen Belangen gerecht werden. Außerdem sollte allen Menschen mit Behinderung der Zugang zur Leistung zusätzlicher Assistenzpflege im Krankenhaus ermöglicht werden. Für Patienten mit Demenz sollten demenzsensible Versorgungsstrukturen gefördert werden.

Darüber hinaus schlägt der Deutsche Ethikrat vor, transparente Kriterien für eine primär am Patientenwohl ausgerichtete Krankenhausplanung zu entwickeln. Auch wird empfohlen, bundeseinheitliche Standards für die Krankenhausplanung einzuführen und die Schnittstellenproblematik zwischen stationärem und ambulantem Sektor erneut unter dem besonderen Aspekt des Patientenwohls systematisch zu analysieren und zu evaluieren.

Der vollständige Text der Stellungnahme findet sich unter http://www.ethikrat.org/dateien/pdf/stellungnahme-patientenwohl-als-ethischer-massstab-fuer-das-krankenhaus.pdf.

STELLUNGNAHME

PATIENTENWOHL ALS ETHISCHER MAßSTAB FÜR DAS KRANKENHAUS

Am 5. April 2016 gab in Berlin der Ehtikrat eine Pressekonferenz zur Veröffentlichung der Stellungnahme "Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus".

Der Autor und Schauspieler Dr. Peter Radtke war ab 2003 Mitglied im Nationalen Ethikrat, seit 2008 in dessen Nachfolger, dem Deutschen Ethikrat. Jetzt ist er aus dem Gremium ausgeschieden. Dr. Radtke, der mit vielen Preisen ausgezeichnet wurde, hat Glasknochen und sitzt im Rollstuhl. Er gab die folgende Stellungnahme ab.

"Meine sehr verehrten Damen und Herren, erlauben Sie mir noch eine Ergänzung zu den Ausführungen meiner Kollegen Heinemann und Wunder, welche die Arbeitsgruppe zu dieser Stellungnahme geleitet haben. Sie sind vielleicht überrascht, unter den Patientengruppen, die einer besonderen Aufmerksamkeit bedürfen, Menschen mit Behinderungen zu finden. Braucht es hier überhaupt eine Erwähnung? Das Krankenhaus ist schließlich für Kranke da, also in besonderer Weise für Menschen mit Behinderungen. Hier liegt ein schwerwiegender Irrtum vor. Zumindest im Selbstverständnis der Betroffenen, deren Perspektive ich seit 2003 zuerst im Nationalen Ethikrat, seit 2008 dann im Deutschen Ethikrat in unser Gremium einbringen durfte, sind ,krank' und ,behindert' keineswegs Synonyme. Ein Mensch mit Behinderung kann krank sein, wenn er zum Beispiel einen grippalen Infekt hat oder ein Tumor bei ihm diagnostiziert wird. Er versteht sich jedoch durchaus nicht als krank, wenn er 'nur' – 'nur' in Anführungsstriche gedacht – auf seine Behinderung angesprochen ist. Hierin mag ein Unterschied zwischen der medizinischen und der sozialen Sichtweise liegen. Das heißt nicht, dass es nicht Überlappungen von 'krank' und 'behindert' gäbe, Schnittmengen, die man in der Regel als chronische Erkrankungen definiert. Weil ,behindert' nicht automatisch ,krank' bedeutet, ist es auch nicht selbstverständlich, dass sich ein Patient mit Behinderung im Krankenhaus bestens aufgenommen fühlt. Im Gegenteil. In einem Forum Bioethik, das ich im März 2014 in München für den Deutschen Ethikrat zum Thema "Menschen mit Behinderung - Herausforderungen für das Krankenhaus' organisieren durfte, kamen die Defizite sehr nachdrücklich zur Sprache. Teile der dort vorgebrachten Argumente flossen auch in diese Stellungnahme und die entsprechenden Empfehlungen ein.

Gerade wenn der Aufenthalt im Krankenhaus nicht auf die Behinderung zurückgeht, sondern ein anderer Umstand ihn erforderlich macht, sehen sich viele Häuser völlig überfordert. Das Pflegepersonal einer bestimmten Fachabteilung einer Klinik, die ausschlaggebend für die Einweisung wäre, ist mit der Betreuung von Patienten mit zusätzlich gänzlich andersgearteten medizinischen Problemen meist überlastet. Für Begleitpersonen, die anfallende Arbeiten übernehmen und so für Entlastung sorgen könnten, ist meist kein Budget vorhanden. Hinzu kommt die menschliche Komponente, die besonders im Bereich der Kommunikation und des Angstabbaus erschreckende Defizite aufweist.

Der strukturelle und zeitlich eng limitierte Rahmen in einem Krankenhaus erlaubt es nur selten, einem behinderten Patienten die nötige Zuwendung zukommen zu lassen, die er für eine optimale Versorgung braucht. Dies führt dazu, dass nicht selten eigentlich notwendige stationäre Behandlungen unterbleiben, weil die Betroffenen nicht oder zu spät das Krankenhaus aufsuchen . Auch die Kliniken selbst weisen häufig unter nicht immer



Dr. Peter Radtke

nachprüfbaren Argumenten behinderte Patienten ab bzw. verweisen sie an andere Häuser, weil sie Angst haben, aufgrund der geltenden Regelfallpauschalen auf entstehenden Kosten sitzen zu bleiben. Dies sind nur einige Beispiele, die dem Patientenwohl von Menschen mit Behinderungen im Krankenhaus entgegenstehen.

Nun wird mancher von Ihnen vielleicht sagen, dass dieser oder jener Mangel auch bei anderen Patientengruppen auftritt. Das Kommunikationsproblem stellt sich in ähnlicher Weise bei Migranten und Flüchtlingen, die fehlende Zeit für eine intensivere Beschäftigung mit den Kranken, das ständige Abwägen von Kosten und Nutzen, all dies ist nicht allein auf Menschen mit Behinderungen beschränkt. Sie haben Recht. Umso wichtiger ist es, dass der Finger auf die Wunde gelegt wird gerade bei Menschen, die man in Zusammenhang mit dem Krankenhaus bestens versorgt wähnt. Dies getan zu haben, danke ich dem Deutschen Ethikrat, seinem Vorstand und seiner Geschäftsstelle und nicht zuletzt meinen Kollegen nach dreizehn Jahren meist fruchtbarer Zusammenarbeit, die für mich mit dieser Pressekonferenz zu Ende geht."



Pressekonferenz zur Veröffentlichung der Stellungnahme "Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus" am 5. April 2016

Fotos: © Deutscher Ethikrat, Fotograf: Reiner Zensen

ASSISTENZ IM KRANKENHAUS-ES BESTEHT DRINGENDER HANDLUNGSBEDARF!

Die Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL) hat ein aktuelles Rechtsgutachten sowie Handlungs-Empfehlungen für Politik und Gesundheitswesen zum Thema "Assistenz im Krankenhaus" vorgelegt und dringenden Handlungsbedarf angemahnt: "Nach dem Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus aus dem Jahr 2009 können nur diejenigen Menschen mit Behinderung, die ihre Persönliche Assistenz im Arbeitgebermodell organisieren, ihre Assistenz ins Krankenhaus mitnehmen, da die dafür erforderlichen Kosten übernommen werden", beschreibt ISL-Bildungsreferentin Wiebke Schär die Situation.

"So kommt es zu der absurden Situation, dass zwar behinderte Arbeitgeber ihre Assistenzperson ins Krankenhaus mitnehmen können, aber völlig gleich betroffene Personen, die die Assistenz als Sachleistung, zum Beispiel durch einen ambulanten Dienst erhalten, diese Möglichkeit nicht haben!"

Die derzeitige gesetzliche Regelung entspricht weder dem Grundgesetz noch der UN-Behindertenrechtskonvention, wie aus dem Rechtsgutachten der ISL eindeutig hervorgeht. Dort heißt es in der Zusammenfassung: "Die Gesundheitsversorgung in Deutschland muss BRK-konform gestaltet werden, die Einkommensabhängigkeit von Assistenzleistungen muss abgeschafft werden und die rechtlichen Grundlagen für einen Weiterbezug der Leistungen bzw. zur Sicherung der Versorgungskontinuität im Krankenhaus müssen für alle Assistenznehmer_innen geschaffen werden, nicht nur für diejenigen, die ihre Assistenz im Arbeitgebermodell organisieren. Weiterhin sollten die sich aus dem Völkerrecht ergebenden menschenrechtlichen Verpflichtungen Deutschlands beim aktuell diskutierten Bundesteilhabegesetz berücksichtigt und umgesetzt werden."

Neben dem Rechtsgutachten hat die ISL eine nichtrepräsentative Befragung von Menschen mit Behinderungen, Assistenzdiensten und des Krankenhauspersonals durchgeführt. Die zentralen Ergebnisse sind laut Studienleiterin Wiebke Schär:

Selbst wenn das Krankenhaus die Notwendigkeit einer Assistenzperson bestätigt, verweigern die Krankenkassen die Finanzierung der Assistenz. Das Krankenhauspersonal verfügt nur über geringes Wissen zum Thema Schwerbehinderung. Die behinderungsbedingten Bedürfnisse von Patient/innen können durch das Personal kaum erkannt werden.

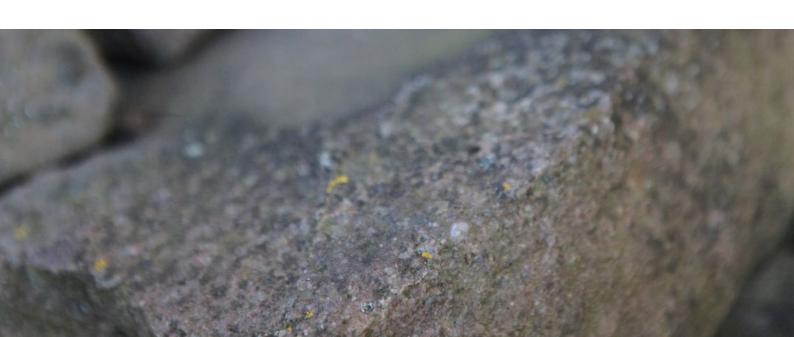
Generell wird die fehlende oder mangelnde Barrierefreiheit kritisiert: Untersuchungsgeräte können oft nicht für Personen mit körperlichen Einschränkungen eingesetzt werden.

Menschen mit Lernschwierigkeiten fühlen sich teilweise entwürdigend behandelt und nehmen wahr, dass man mit ihnen im Krankenhaus wenig Geduld hat.

Bereits im Jahr 2006 hatte die Kampagne "Ich muss ins Krankenhaus...was nun?" des Forums selbstbestimmter Assistenz behinderter Menschen - ForseA e.V. die Misere deutlich aufgezeigt. Seit dieser Zeit hat sich nur wenig getan. "Zehn Jahre später", so Schär, "ist es höchste Zeit, dass die entsprechenden Stellen in den Sozialgesetzbüchern geändert werden und dass eine umfassende Bewusstseinsbildung im Gesundheitsbetrieb erfolgt, damit alle Menschen, die mit Behinderungen leben, keine Angst mehr davor haben, ins Krankenhaus zu müssen! Mit unseren Empfehlungen wollen dazu beitragen, dass sich bald etwas ändert!"

Die Handlungs-Empfehlungen, das ISL-Rechtsgutachten unter dem Titel "Assistenzleistungen im Krankenhaus im Lichte des Grundgesetzes und der UN-Behindertenrechtskonvention" sowie die Ergebnisse der Befragung hat die ISL jetzt im Internet veröffentlicht. Das ISL-Projekt "Keine Angst vorm Krankenhaus!" wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit gefördert.

Unter dem Link http://www.digab.de/informationen/hil-fe-tipps-fuer-betroffene/behinderte-menschen-im-kranken-haus-assistenz-im-krankenhaus/ sind zum Download ein Flyer, die Ergebnisse der Befragung, das Rechtsgutachten und eine Mustervereinbarung zur Assistenz im Krankenhaus eingestellt.



HEIRATE MICH – ABERDAS WIRD TEUER FÜR DICH!

Dieser und viele andere Aufrufe standen auf den Plakaten und Transparenten anlässlich des Europäischen Protesttags zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung am 4. Mai 2016. Allein in Berlin demonstrierten 5.000 Menschen. Aus ganz Deutschland kamen die Teilnehmer. Außerdem wurden die Aktionen an dem Protesttag von mehr als 40 Vereinen und Institutionen unterstützt, die mehr als 3 Mio. Mitglieder vertreten. Somit war der Tag ein voller Erfolg.

Eine der Referentinnen vor dem Bundeskanzleramt war die Beauftragte der Bundesregierung für die Belange behinderter Menschen, Verena Bentele: "Dieser Tag soll daran erinnern, dass Europa für alle da ist, für Menschen mit und ohne Behinderungen. Gleichstellung und ein Leben ohne Diskriminierungen sollten für uns alle selbstverständlich sein. Doch für eine Gesellschaft, die Teilhabe und Selbstbestimmung aller ihrer Mitglieder ernst nimmt, brauchen wir die passenden gesetzlichen Rahmenbedingungen." Und um diese Rahmenbedingungen geht es schon seit Jahren.

Hat es nun einen Durchbruch gegeben? Ottmar Miles-Paul berichtet am 3. Juni 2016, CDU/CSU und SPD hätten diese Woche im Koalitionsausschuss den Weg für ein Bundesteilhabegesetz frei gemacht und sich gemeinsam auf zentrale Schwerpunkte geeinigt. Der Gesetzentwurf für ein modernes Teilhaberecht wird Ende Juni ins Kabinett eingebracht. Der arbeitsmarktund sozialpolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Karl Schiewerling, sowie der Beauftragte für Menschen mit Behinderungen, Uwe Schummer, erläutern die Verbesserungen in einer Presseinformation.

Karl Schiewerling erklärte: "Wir werden mit dem neuen Bundesteilhabegesetz einen entscheidenden Richtungswechsel in der Teilhabepolitik einleiten. Im Fokus steht dabei die Selbstbestimmung der betroffenen Menschen. Sie sollen die Möglichkeit auf das höchstmögliche Maß an Selbstbestimmung bekommen. Insgesamt wird das Gesetz wesentliche Verbesserungen insbesondere für schwerbehinderte Menschen auf den Weg bringen. So werden Menschen mit hohem Assistenzbedarf, die ein Jahreseinkommen von bis zu 30.000 Euro haben, erstmals von Zuzahlungen freigestellt. Wer mehr verdient, leistet einen Eigenbetrag, der auf zwei Prozent des Monatseinkommens gedeckelt ist. Das Sparvermögen von heute 2.600 Euro wird zunächst auf 25.000 Euro, danach auf 50.000 Euro angehoben. Bei Ehen und Partnerschaften werden die Partner endlich nicht länger mit ihrem Einkommen herangezogen. Diese Gruppe ist dann gänzlich von Zuzahlungen befreit." Kommunen würden ab dem Jahr 2018 mit fünf Milliarden Euro pro Jahr finanziell entlastet. Diese Bundesunterstützung solle dann auch tatsächlich den Kommunen zu Gute kommen und nicht zur Deckung von Mehrausgaben beim Bundesteilhabegesetz dienen.





Uwe Schummer betonte: "Es können mehr Menschen mit Behinderung - insbesondere mit einer psychischen Erkrankung - mit dem neuen 'Budget für Arbeit' auf dem ersten Arbeitsmarkt eine Stelle finden. Eltern mit Behinderungen können künftig mit der sogenannten 'Elternassistenz' ihre Kinder mit Unterstützung der Eingliederungshilfe großziehen. Unabhängige Beratungsstellen sollen neben bestehenden Angeboten geschaffen werden, um Menschen mit Behinderungen und ihre Familien bei Anträgen zu unterstützen. Außerdem sollen die Leistungen der Eingliederungshilfe zudem bundesweit vergleichbar werden und nicht je nach Wohnort gewährt werden." Wer Kampagnen unterstütze, die den Entwurf fundamental ablehnen, der missachte die konkrete Situation der überwiegenden Mehrheit der betroffenen Menschen. Sollten die Länder zustimmen, könne das neue Bundesteilhabegesetz zum 1. Januar 2017 in Kraft treten.

Es bleibt weiterhin abzuwarten, was tatsächlich geschieht.

https://www.cducsu.de/presse/pressemitteilungen/richtungswechsel-der-teilhabepolitik-eingeleitet | http://www.kobinet-nachrichten.org

#nichtmeingesetz

ein fingerzeig?

verlegung des europäischen protesttags der menschen mit behinderung auf den 04. mai 2016

Dieses Jahr wurde der europäische Protesttag der Menschen mit Behinderung auf den 04. Mai vorverlegt. War das schon ein Fingerzeig auf das was kommen sollte?

Bereits der erste (angeblich inoffizielle) Entwurf des Bundesteilhabegesetzes hatte in der Behindertenszene für Verärgerung und Unmut gesorgt. Am 26. April folgte der offizielle Entwurf. Sollte dieser Entwurf tatsächlich das "Gesetz zur sozialen Teilhabe" werden, wären das Rückschritte, die uns in die 70er Jahre zurück katapultieren würden.

In einer unglaublichen Aktion taten sich Verbände und Vereine zusammen, um möglichst vielen Menschen mit Behinderung und Assistenzbedarf die Möglichkeit zu geben, für eine geringe Eigenbeteiligung am Protesttag in Berlin teilzunehmen.

Federführend für die Finanzierung gelang es Heinrich Buschmann (Mobil mit Behinderung MMB e.V.) innerhalb kürzester Zeit, Sponsoren und Spendengelder aufzutreiben.

Andreas Vega mit dem Reisebusteam des VbA Selbstbestimmt Leben e.V. in München, organisierte, ebenfalls in einer Rekordzeit, drei barrierefreie Busse, die ähnlich einer Sternfahrt die Menschen mit Behinderung und ihre AssistentInnen von verschiedenem Städten ausgehend, an Treffpunkten abholten und nach Berlin brachten. Auch die barrierefreien Zimmer wurden organisiert.

Die Berliner waren super, viele boten Zimmer von privat an. Bis zum letzten Tag gab es Anmeldungen, leider waren dann aber keine Fahrtplätze mehr verfügbar.

Jenny Bießmann in Berlin vom ASL e.V. hatte mit ihrem Team bereits Pappkartons, Farbe, Bänder usw. organisiert und das Scandic-Hotel ließ es zu, dass wir in der Lobby unsere Protestplakate gestalteten.





"#nichtmeingesetz" ist jetzt unser Slogan geblieben. Hier unser Dank an Euch alle, Ihr wart einfach unglaublich!

Die Kundgebung vor dem Bundeskanzleramt am 04. Mai war dementsprechend. Die Atmosphäre war gespannt, die Aggressionen standen förmlich in der Luft. Alle Aktivisten und Sprecher waren sich einig, dieser Entwurf darf nicht Gesetz werden! Frau Merkel machte sich gar nicht mehr die Mühe ein Grußwort zu senden. Nachdem sie 2014 das Grußwort von 2013 nochmals geschickt hatte, hatte das auch niemand ernsthaft erwartet. Was hätte sie uns auch geschrieben? Liebe Behinderte, Eure Wünsche und Vorschläge interessieren mich nicht. Danke, dass ihr Eure Arbeit an den Inklusionstagen und Aktionsplänen ehrenamtlich gemacht habt. Aber wir können uns Euch nicht leisten! Wir brauchten für unsere Politiker, die die Augenwischerei betrieben haben, Gehalts- und Fahrtkosten. Wie man sehen kann, habt Ihr es ja trotzdem geschafft, das alles mit Hilfe Eurer knappen privaten oder Vereinsgeldern zu bewältigen. Es ist ja wohl selbstverständlich, dass Ihr eure Rechte mit Eurer Zeit und Gesundheit einfordert

Nach dem Protestmarsch zum Brandenburger Tor waren die Kundgebungen ebenfalls entsprechend frustrierend. Aber aus diesem Frust entsprang die Idee: wir machen Krach und pfeifen vor dem "Bundesministerium Arbeit und Soziales BMAS". Wir zeigen Frau Nahles einfach unsere Präsenz.

Nach einigen Stunden, die Polizei war schon angefordert, bot Frau Lösekrug-Möller einen Gesprächstermin für einige unserer Vertreter an.

Wenn es noch einen Umschwung geben soll, müssen alle Menschen mit Behinderung und die, die uns unterstützen, zusammenstehen. Informiert Euch über das Gesetz. Es wird Mahnwachen geben, Aktionen und Demos. Schließt Euch uns an, wir sind viele, dann werden wir vielleicht doch noch eine Änderung erreichen.

Karin Brich



"BRK" steht hier für die UN-Behindertenrechtskonvention. Sie ist eine Ergänzung der Menschenrechtskonvention von 1948 und in Deutschland seit 2009 rechtsgültig. Der Arbeitskreis "BRK von unten" ist ein Zusammenschluss von Menschen mit Behinderung, der sich für die rasche und konsequente Umsetzung, der in der UN-Behindertenrechtskonvention festgelegten Rechte einsetzt.

Der Bundestag entscheidet mit dem Bundesteilhabegesetz darüber ob, und wie Menschen mit einer Behinderung zukünftig leben, lernen, arbeiten und teilhaben sollen! Zu diesem Zeitpunkt war leider zu erwarten, dass dieses Gesetz in diesem Jahr wieder nicht verabschiedet wird. WIR WOLLEN UND BRAUCHEN UNBEDINGT EIN MODERNES UND GUTES TEILHABEGESETZ! Die bisherigen Entwürfe lassen jedoch Schlimmstes befürchten und müssen in ihrer jetzigen Form verhindert werden.

Um unseren Ärger und der Enttäuschung Ausdruck zu geben und die Öffentlichkeit darauf hinzuweisen, starteten wir an diesem Tag eine spektakuläre Aktion in der Münchener Fußgängerzone.

Mit Slogans wie "Warten auf Teilhabe – bis zur Verwesung" und "uneingeschränkte Teilhabe für alle" protestierten wir gegen die allgegenwärtige Diskriminierung von Menschen mit Behinderung und die Verweigerung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Gefordert wird ein Bundesteilhabegesetz, das die volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit Behinderung in Deutschland sicherstellt. Ein Kurswechsel in der Behindertenpolitik der Bundesregierung – weg von der Fürsorge, hin zu Selbstbestimmung und Würde – muss endlich umgesetzt werden. Ein weiteres Motto lautete "Heimhaltung ist nicht artgerecht". Damit fordern wir die Umsetzung des Artikels 19 der BRK, dass niemand gegen seinen Willen in einer Einrichtung untergebracht werden darf. Als Eyecatcher ließen wir ein Krankenbett mit Skelett, das am Tropf hängt, einen alten Rollstuhl, in dem ein Skelett sitzt – auch am Tropf hängend – und zwei Käfige mit Rollstuhlfahrern, kostümiert als Sträflinge, bis zum Odeonsplatz ziehen bzw. schieben.

Symbolisch sollte darauf aufmerksam gemacht werden, dass immer noch Menschen mit Behinderung wie eingesperrt leben müssen, weil sie nicht ausreichende Persönliche Assistenz und/oder Geldleistungen erhalten. So wird Ihnen die volle Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft verweigert.

Durch das Skelett im Pflegebett sollte weiterhin gezeigt werden, dass ein Leben ohne Assistenzleistung oder ausreichend Hilfsmittel für mobilitätseingeschränkte Menschen ein perspektivloses Leben im Bett bedeuten würden.

Auf dem Odeonsplatz angekommen gab es eine Kundgebung, bei der eine Teilnehmerin des Arbeitskreises "BRK von unten" unserer Forderung nach einem gerechten Bundesteilhabegesetz Nachdruck verleihen konnte.

Ulf Knickmeier











Botschafter der UN-Behindertenrechtskonvention

Martin Hackl (wir berichteten) wohnt seit 2015 in einer Wohngemeinschaft für beatmete Bewohner in Bad Kissingen. Er ist ein Mensch mit Lernschwierigkeiten, der sich mittels unterstützter Kommunikation seiner Umwelt mitteilt. So schrieb er über die Wohngemeinschaft: "Ich lebe in einem normalen Haus. Das Haus ist in der Stadt. In der WG leben noch 5 andere Männer. Das ist in der WG sehr wichtig: Selbst-Bestimmung".

Vom 5. bis 6. März 2016 fand in Uder/Thüringen eine Tagung im Rahmen des Projekts "Mut zur Inklusion machen!" statt, die "Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V." durchführte. Unterstützt wurde das Projekt von der Aktion Mensch. Martin Hackl war schon mehrmals bei solchen Tagungen und fühlt sich schon seit Jahren dazugehörig zum Netzwerk. So freute er sich sehr, dass er nach einer längeren Pause, die er wegen gravierender medizinischer Veränderungen hatte einlegen müssen, endlich wieder an einer "Mensch zuerst-Tagung" teilnehmen konnte. Denn das ist ein Kreis, in dem er sich behindertenpolitisch "Zuhause" fühlt. Wir, zwei Pflegekräfte aus der WG, durften Herrn Hackl zu der Tagung begleiten.

Nach der Begrüßung ging es an die Arbeit. Der Auftrag an die Gruppe lautete: Anhand ausgesuchter Bilder sollten sich die Teilnehmer mit dem Thema Inklusion auseinandersetzen und formulieren, wie man dieses Ziel erreichen kann. Jeder stellte seine Gedanken vor, und einige hatten auch Plakate gemacht. Auf einem stand: "Bitte Arsch hochheben". Gemeint war damit, nicht zu warten, bis von "oben" eine Entscheidung gefällt wird, sondern selbst aktiv zu werden.

Folgende Forderungen wurden aufgestellt:

- Endlich mehr barrierefreie Zugänge
- Verständlichere Ausdrucksweise in Wort und Schrift bei Ämtern, im Krankenhaus und im Ärztegespräch.

Die Teilnehmer stellten fest, dass sie als Menschen mit Lernschwierigkeiten von der Gesellschaft behindert werden. Sie wollen als vollwertige Menschen gesehen werden und dieselben Dinge tun können wie ein nicht betroffener Mensch: In den Urlaub fliegen, Kinder kriegen und erziehen dürfen. Viele Teilnehmer engagieren sich bereits in der Öffentlichkeit für die Inklusion. Sie leisten Aufklärungsarbeit in Schulen, spielen mit nicht beeinträchtigten Menschen Theater, machen Musik, suchen sich selbst eine Arbeit oder gründen Ortsgruppen für die Selbstvertretung von Menschen mit Lernschwierigkeiten. Auch Martin Hackl war voll bei der Sache. Er hatte gemeinsam mit Ingrid Stubenvoll für diese Tagung einen Beitrag vorbereitet, und während der Tagung schrieb er so schnell er konnte, formulierte seine Anliegen per Computer und gab mit seinem Zeigefinger zu verstehen, dass er noch viel zu sagen hätte. Die Zeit reichte nicht, um alle Vorschläge zu bearbeiten.

Nach dem Abendessen schauten wir uns alle "Wenn Worte berühren" an. Dieser Film beruht auf der Biografie des kalifornischen Journalisten und Poeten Mark O´Brien, der an Kinderlähmung erkrankt, bewegungsunfähig und sein Leben in der Eisernen Lunge verbringen musste. Doch er spürt Berührungen! So beschließt er im Alter von 38 Jahren, seine Jungfräulichkeit zu verlieren. Mit Hilfe einer Sextherapeutin (gespielt von Helen Hunt) entdeckt Mark seine Sexualität und vieles mehr. Nach dem Film wurde

rege darüber diskutiert, und eine Teilnehmerin fragte: "Wie ist das eigentlich mit uns Frauen?"

Mit Martin Hackl haben wir Pflegekräfte zwei ereignis- und lehrreiche Tage erlebt. Überrascht hat uns, wie sehr alle Teilnehmer einander in der Gruppenarbeit unterstützten und wie geduldig sie zuhörten. Die Stimmung war sehr ausgeglichen und erstaunlich ruhig. Kam einer der Teilnehmer ins Stottern oder verlor den Faden, warteten alle gelassen ab, bis es weiterging. Sie flüsterten einander auch unterstützende Worte zu, zeigten die entscheidende Stellen auf dem Plakat oder halfen bei der Formulierung. Von solch einer tollen Kooperation und gegenseitigen Unterstützung können wir uns alle eine Scheibe abschneiden!

Wir freuten uns, wie aktiv Martin Hackl während der ganzen Zeit war und dass er so zufrieden wirkte. Hätte er sonst eine so ruhige Nacht verbracht?! Am Ende der Tagung erhielt er aus den Händen von Stefan Göthling, Geschäftsführer von "Mensch zuerst – Netzwerk People First Deutschland e.V. eine Urkunde überreicht. Damit ist Martin Hackl offizieller Botschafter der UN-Behindertenrechtskonvention. Herzlichen Glückwunsch!

Rebecca Knüttel Michael Dickas-Henkel



Martin Hackl (li.), Botschafter der UN-Behindertenrechtskonvention und Stefan Göthling (re.), Geschäftsführer von Mensch zuerst - Netzwerk People First Deutschland e.V.



Asthma Bronchitis COPD Migräne THERAPIEGERATE

Schlafapnoe Herzschwäche



Neuromuskulär

Krebs



Alle Therapiegeräte dieser Anzeige sind verordnungsfähig. Schicken Sie uns Ihr Rezept, wir erledigen alles Weitere - deutschlandweit!



Fon 04 21 - 48 99 6-6 a

Mit COPD-Modus

Fax 04 21 - 48 99 6-99

COPD-Beatmungsgerät "FLO Vigaro"

Mit individuell einstellbarem Ausatemwiderstand, Simulation der sog. "Lippenbremse"







Mit AtemMuskelTraining und Atelektasen-Prophylaxe, erleichtert das Weaning



prisma VENT40

- Diskonnektions- und Leckagealarm
- 3 programmierbare Sets (Multi-Mode)
- Optional mit internem Akku (bis zu 10h Laufzeit)



Nasaler High-Flow MyAirvo2 mit Optiflow+

Auch bei Lungenentzündung. Sauerstoffbeimischung möglich, mit Pädiatrie-Modus



Sekretolyse

4.754,05 €

Pulsar Cough

Hustenassistent mit Vibrationsmodus und Fernbedienung. Für Kinder und Erwachsene. 4.998,00 €*



VibraVest

Methode HFCWO (High Frequency Chest Wall Oscillation) ohne den Thorax einzuengen. Für Kinder und Erwachsene, in 6 Größen erhältlich.



Thromboseprophylaxe

A-V Impulse Sustem

Löst einen Kompressionsimpuls auf den venösen Plexus (Fuß oder Hand) aus. Effekt wie beim Gehen.





Nach den S2/S3 Leitlinien der DGP als Intermittierende (Apparative) Pneumatische Kompression (IPK / AIK).



Bundesweiter Service:

- Schnelle Patientenversorgung
- Direkte Kosten-/Rezeptabwicklung mit den Krankenkassen
- 24h technischer Notdienst

Sauerstoffversorgung

- Stationär, mobil oder flüssig z.B.:
- Sauerstoffkonzentratoren 0,1-12 I/min Dauerflow



ab 1 Woche

möglich!

Ideal für unterwegs

78,50 €

345,00 €

SimplyGo nur 4,5 kg bis 2 I/min Dauerflow, Nachtmodus

SimplyGo Mini nur 2,3 kg Interne Akkuleistung bis zu 4,5h, St. 2, erweiterbar auf 9h

Inogen One G3 HF 8 Cell nur 2,2 kg, Akkuleistung 4h St. 2, erweiterbar auf 8h St. 2, St. 1-5

Eclipse 5 bis 3 I/min Dauerflow Inogen One G3 Shop-Preis ab 2.876,00 €



OxyHaler Membranvernebler

Klein - leicht (88 g)- geräuschlos. Verneblung von NaCl bis Antibiotika möglich. Mit Li-Ionen-Akku, Aufladung erfolgt über das Gerät.



Mit 3 Düsen für die oberen, mittleren und unteren Atemwege.

Ultraschallvernebler U 3002-E

Mit geschlossenem Sterilwassersystem. Perfekt für den Einsatz in Klinik, Pflegeheim, Arztpraxis und zu Hause.



Atemtherapiegeräte

GeloMuc/Quake/RespiPro PowerBreathe Medic/RC-Cornet



NEU

bei OxyCare

Alpha 300 zur IPPB-Therapie

Intermittend Positive Pressure Breathing

- Zur Vorbeugung von Atelektasen
- Prä- und postoperatives Atemtraining
- Unterstützend mit gesteuerter Inhalation
- Verbessert das Sekretmanagement
- Reduzierung der Atemnot insbes. bei dynamischer Überblähung



Pulsoxymeter versch. Modelle für Kinder und Erwachsene, z.B. OXY 310

* solange Vorrat reicht

Aktion: 35,00 € *



OXYCARE GmbH · Holzweide 6 · 28307 Bremen

FON 0421-48 996-6 · FAX 0421-48 996-99 · E-MAIL ocinf@oxycare.eu









Patienten zeigen Körperstolz

Mit "Körperstolz" rüttelt der BVMed Bundesverband Medizintechnologie e.V. an einem gesellschaftlichen Tabu: Trotz ihrer Verbreitung und Relevanz für den Einzelnen werden einige Medizinprodukte schamvoll versteckt, über ihre vielfache Nutzung wird öffentlich kaum gesprochen.

Das will die neue Kampagne ändern: Sie macht deutlich, dass es für Scham und Tabuisierung keinen Grund gibt, und will Betroffene motivieren, auf den eigenen Körper stolz zu sein und dies auch öffentlich zu zeigen. Die Kampagne möchte zugleich das Verständnis für die Lebenssituation Betroffener stärken. Darüber hinaus wird die Botschaft transportiert, dass Medizinprodukte entscheidend zu ihrer Lebensqualität beitragen und ihnen ein weitgehend normales Leben ermöglichen. Im Zentrum der Kampagne stehen sechs Anzeigenmotive.

Wir haben das Leben mit einem Tracheostoma ausgewählt, mit dem Herr Müller lebt. Er sagt: "Ich bin stolz auf meinen Körper, da er stark genug war, zwei Krebserkrankungen zu überstehen und mir weiterhin ein erfülltes Leben ermöglicht."

Auf der Homepage ist ein ausführliches Interview mit ihm und den anderen beteiligten Patienten (mit Dialyse, Stoma, Inkontinenz, Künstliche Ernährung und Diabetes) sowie ein Film eingestellt, der beim Fotoshooting entstanden ist. All diese Aspekte spiegelt die Kampagnenbotschaft wider: "Jeder Mensch ist einzigartig. Einigen helfen wir, wie alle anderen zu leben".

Bildnachweis: BVMed.

Mehr unter https://www.bvmed.de/de/versorgung/patientengeschichten

JEDER MENSCH IST EINZIGARTIG EINIGEN HELFEN WIR, WIE ALLE ANDEREN ZU LEBEN Thomas Müller (58) ist einer von 100.000 Tracheostoma-Patienten in Deutschland. Nach einer Krebsdiagnose wurde ihm der Kehlkopf entfernt. Moderne Medizinprodukte wie Stimmventile und Filter helfen ihm, beschwerdefrei zu atmen, zu sprechen und ein aktives Leben zu führen. Erfahren Sie mehr: www.bvmed.de/koerperstolz Der Mensch als Maßstab Medizintechnologie

Letzte Wunsche wagen





Das Projekt "Wünschewagen" unterstützt schwerkranke Menschen jeden Alters. Wenn sich das Leben dem Ende zuneigt, treten oftmals unerfüllte Träume in den Vordergrund. Doch gerade schwerstkranke Menschen sind häufig nicht mehr in der Lage, sich auf den Weg zu machen, um Versäumtes nachzuholen, noch einmal wichtige Menschen wiederzusehen und das Leben in Ruhe hinter sich zu lassen. Hier setzt das Projekt an, das auf eine Initiative des Arbeiter-Samariter-Bundes Regionalverband Ruhr e. V. zurückgeht. Das Wunschziel bleibt dem Betroffenen selbst überlassen, aber es sollte innerhalb eines Tages mit dem Wünschewagen erreichbar sein. Manche möchten noch einmal den Ort sehen, wo sie ihre erste große Liebe trafen, ein Konzert oder ein Fußballspiel besuchen, bei einem Familientreffen dabei sein oder ans Meer fahren. Es ist auch Platz für die Begleitung durch einen Angehörigen, Lebenspartner oder Freund. Das Fahrzeug ist ein eigens für diesen Zweck konzipierter Krankentransportwagen mit bester medizinischer Ausstattung. Inzwischen hat die Initiative ein weitreichendes Netzwerk aus Hospizen, Vereinen, Selbsthilfegruppen und Palliativmedizinern aufgebaut und ist Partnerschaften mit Stiftungen, Fußballvereinen, Kultureinrichtungen, Verkehrsunternehmen oder Freizeitparks eingegangen.

Der Wünschewagen lebt von der ehrenamtlichen Mitarbeit erfahrener Helferinnen und Helfer aus Medizin, Pflege und Rettungsdienst. Weitere Unterstützer und Helfer aus den Bereichen Gesundheit und Pflege, Psychologie, Rettungsdienst, Feuerwehr und Polizei sind herzlich willkommen. Das Projekt finanziert sich ausschließlich aus Spenden- und Sponsorenmitteln und ASB-Eigenmittel. Um die Fahrt mit dem Wünschewagen kostenfrei anbieten zu können, freuen sich die Organisatoren über Spenden.

Wegen der steigenden Nachfrage ist eine Ausweitung des Projekts auf ganz Deutschland geplant. Schon jetzt fährt der Wünschewagen nicht mehr ausschließlich in Nordrhein-Westfalen. Seit dem 6. Juni kann man auch in Bayern eine Fahrt mit einem ganz neuen und speziell als Wünschewagen gefertigten Fahrzeug unternehmen. Wer einem schwerstkranken Angehörigen oder Freund dabei helfen, einen letzten großen Wunsch in Erfüllung gehen zu lassen oder Teil des Helferteams werden möchte, findet umfangreiche Informationen auf der Homepage www.wuenschewagen.com

KONTAKT

Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Ruhr e. V. Projekt Wünschewagen Richterstraße 20/22 45143 Essen

Tel.: 0201 – 87 00 10 Fax: 0201 – 87 00 199

E-Mail: wuenschewagen@asb-ruhr.info

Spendenkonto

Kontoinhaber: ASB RV Ruhr e.V. Bank für Sozialwirtschaft IBAN: DE79 3702 0500 0007 2708 00

BIC: BFSWDE33XXX





Der Wünschewagen erfüllt letzte Träume schwerstkranker Menschen. Gehen Sie mit uns auf die Reise und helfen Sie dabei, Wünsche zu erfüllen!



Norbert

"Die Vielfalt der Kulturen, die wir um uns haben, bereichert einen sehr. Mich interessieren die unterschiedlichsten Menschen und ich bin neugierig, was ich von anderen Kulturen lernen kann."

Emina

"Obwohl ich aus einem anderen Land komme und einer anderen Religion angehöre, wurde ich sehr gut aufgenommen. Meine KollegInnen waren sehr geduldig und helfen mir, die Sprache zu lernen."



Carolin

"In unserer Wohngemeinschaft haben wir mit Menschen aus den unterschiedlichsten Kulturen zu tun, und das finde ich sehr spannend. Ich bin dankbar für die Erkenntnisse, die ich daraus gewinne."



Brigitte

"Jedes Ding hat drei Seiten. Eine, die du siehst. Eine, die ich sehe. Und eine, die wir beide nicht sehen. So hat jeder seinen Blickwinkel, auf den er sich fixiert. Aber durch verschiedene Einflüsse wird dieser facettenreicher. Man sieht Dinge dadurch viel toleranter, ohne sie zu bewerten. Vielfalt bedeutet für mich: bunt, wertvoll, ideenreich, sich zu ergänzen, miteinander statt gegeneinander, für etwas statt gegen etwas zu sein."



Bunt, wertvoll, ideenreich. - das ist Vielfalt

Am 7. Juni 2016 wurde bundesweit der 4. Deutsche Diversity-Tag begangen. Die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH beteiligte sich daran mit einem öffentlichen Video. Sarah Kriegbaum hat ihre Kolleg/innen Emina, Carolin, Brigitte und Norbert dafür einen Tag mit der Kamera begleitet, um herauszufinden, welche Träume sie teilen und wie sie zu dem Thema stehen. Viel Spaß bei der **Kurzdokumentation "Vielfalt verbindet"** unter https://www.youtube.com/watch?v=woXbJhWLxdg

Mehr zum Diversity-Tag unter http://www.charta-der-vielfalt.de



VIELFALTWERKSTATT - 10 Jahre. 10 Städte. Die Charta der Vielfalt on Tour.

Anlässlich ihres 10-jährigen Bestehens besucht die Charta der Vielfalt in diesem Jahr mit einer mobilen Vielfaltswerkstatt zehn deutsche Regionen.

Am 13. und 14. Juni haben sie in München Station gemacht und ein spannendes Workshop-Programm mit folgenden Schwerpunktthemen angeboten:

- Vielfalt als Chance Wie Unternehmen von Diversity profitieren
- Flüchtlinge in den Arbeitsmarkt Alle Potenziale in den Blick nehmen
- 5 Generationen am Arbeitsplatz Den demografischen Wandel meistern
- Mit Vielfalt in die Zukunft Trends in der Arbeitswelt

Eine ganzheitliche Betrachtung von Diversity Management gibt den Teilnehmerinnen und Teilnehmern neue Impulse und konkrete Werkzeuge für den täglichen Umgang mit Vielfalt in ihrer Organisation.

Neben Impulsvorträgen durch ausgewählte Diversity-Expertinnen und -Experten, geht es um das gemeinsame Erarbeiten des Themas. Jeder Workshop orientiert sich an den Erwartungen und Interessen der Teilnehmenden und bietet ihnen die Möglichkeit sich aktiv mit Fragen und Erfahrungen einzubringen. So wird jedes Diversity-Thema aus verschiedenen Perspektiven betrachtet.

Interaktionsmethoden, wie Diskussionsrunden, kurzweilige Output-Phasen in Kleingruppen, Diversity-Abstimmungen und Knowhow-Transfer wechseln sich mit Experteninputs, Best Practice Beispielen und offenen Fragerunden ab.



Quelle: Charta der Vielfalt e.V.

Es war eine tolle Erfahrung, junge Menschen aus Syrien kennenzulernen. Wir haben direkt einen Draht zu einander gefunden, nicht nur, weil wir gleich alt sind und Spaß am Schachspielen hatten, sondern vor allem, weil wir uns sofort miteinander verständigen konnten. Es ist unglaublich, wie gut die Jugendlichen schon nach kürzester Zeit Deutsch sprechen können! Umso glücklicher bin ich, dass sich einige von ihnen für das Berufsfeld Pflege begeistern und wir diese jungen Talente weiterhin begleiten und unterstützen dürfen. Bei der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH sind wir auf einem guten Weg und werden in Kürze erste Praktika in unserer Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in Augsburg anbieten. Dann können einige der jungen, unbegleiteten Flüchtlinge in verschiedene Arbeitsfelder hineinschnuppern. Ich bin fest davon überzeugt, dass der so ganz andere Blickwinkel, aus dem sie Pflege und Betreuung betrachten werden, auch für das Team vor Ort eine Bereicherung sein wird."

Münchener Schachstiftung bringt junge unbegleitete Flüchtlinge und Münchener Unternehmer zusammen

Im Team sind wir stark, gemeinsam kommen wir weiter – das war das Motto des Team-Schachturniers "Schach dem Vorurteil. Zug um Zug zum Berufseinstieg" am 12. Mai 2016 in München. Gespielt wurde in gemischten Teams, bestehend aus Münchener Unternehmern und jungen Flüchtlingen. Das Ziel: Jungen Flüchtlingen den Berufseinstieg erleichtern und Unternehmer bei der Suche nach Nachwuchs-Talenten unterstützen.



Rund 40 Schülerinnen und Schüler der SchlaU-Schule und 30 Vertreter namhafter Münchener Unternehmen verschiedenster Branchen trafen sich am Dienstag, um sich unter der Federführung der Münchener Schachstiftung beim Schachspielen kennen zu lernen. Damit die Flüchtlinge mit den Unternehmern leicht in Gespräch kommen konnten, wurde das Turnier als Beratungsturnier durchgeführt. "Bauer d4 auf d5 oder lieber Läufer c1 auf g5 – was meint ihr?" Vor jedem Zug wurde in den zehn Teams, bestehend aus Unternehmern und jungen Flüchtlingen, eifrig diskutiert. So war das Eis schnell gebrochen, vom Schach war es oft nur ein kurzer Schritt zu Fragen rund um den Beruf.

Win-win Situation für Jugendliche und Unternehmer schaffen

"In welcher Branche möchtest du gerne arbeiten?" "Wie stellst du dir ein Schnupperpraktikum vor?" Immer wieder kam es zu solchen Gesprächen zwischen jungen Flüchtlingen und Unternehmern bzw. Personalverantwortlichen. Seit Jahren suchen Unternehmer in München und der Region qualifizierten und motivierten Nachwuchs. Auf der anderen Seite stehen junge Flüchtlinge, die nach ihrem Schulabschluss in eine berufliche Laufbahn starten wollen. Wie beide Seiten zusammen bringen?

Mit Schachförderung spielerisch zum beruflichen Erfolg

"Die Münchener Schachstiftung unterstützt die Arbeit der SchlaU-Schule, die die jungen Flüchtlinge zum Schulabschluss führt, mit dem Förderprogramm Schach nach Königsplan. Darüber hinaus wollen wir auch praktische Hilfestellung geben: Der Schach-Event soll den jugendlichen Flüchtlingen persönliche Kontakte zu Arbeitgebern verschiedenster Branchen ermöglichen", betont Dijana Dengler, Stiftungsvorsitzende der Münchener Schachstiftung. Dijana Dengler kennt die Situation der jungen unbegleiteten Flüchtlinge aus eigener Erfahrung. Sie war während des Bosnienkrieges Anfang der 1990er Jahre selbst als Flüchtling nach Deutschland gekommen und musste hier allein, ohne Familie, ganz von vorne anfangen. "Viele junge Flüchtlinge sind sehr motiviert und engagiert, das beobachten wir Woche für Woche bei unseren Förderkursen in der SchlaU-Schule. Was sie häufig ausbremst, sind die Sprachkenntnisse. Beim Schach spielt die Sprache nicht die Hauptrolle: Hier begegnet man sich auf Augenhöhe, hier können die jungen Flüchtlinge zeigen, was in ihnen steckt, und das jenseits aller (Sprach-) Barrieren!"

Berufseinstieg als Schlüssel für die Integration

Wie wichtig eine gute Ausbildung für junge Flüchtlinge ist, betonten auch Stadträtin Jutta Koller, die in Vertretung von Oberbürgermeister Dieter Reiter gekommen war, und die Landtagsabgeordnete Diana Stachowitz. Schach ist, so Diana Stachowitz, für junge Flüchtlinge ideal, um mit Menschen auf eine lockere Art ins Gespräch zu kommen. Hier können sie andere spielerisch auf ihre Fähigkeiten und Interessen aufmerksam machen und einen Praktikumsplatz ohne lange und komplizierte Bewerbungsgespräche ergattern!

Bereits zu Jahresbeginn hatte die Münchener Schachstiftung Münchener Unternehmer zum Schach-Event eingeladen – immer mit dem Hintergrund, dass die Firmen jungen Flüchtlingen ein Schnupperpraktikum anbieten.

"Ein tolles Event, super, dass ich dabei sein kann", freute Maximilian Felsner vom Münchener Startup Social Bee, das sich zum Ziel gesetzt hat, Geflüchtete mit sozialer Zeitarbeit in den Arbeitsmarkt zu integrieren. "Es ist erstaunlich, wie gut die jungen Geflüchteten deutsch sprechen. Ich habe mich mit einem jungen Geflüchteten unterhalten und ihn eingeladen, sich bei uns zu melden, wenn sein Schulabschluss absehbar ist. Mit ihm kann ich mir eine Zusammenarbeit sehr gut vorstellen."







Praktika sind der erste Schritt in Richtung Ausbildungsplatz

Auch von Seiten der SchlaU-Schule ist die Bilanz positiv, wie Jana Müller-Kress, Lehrerin in der Grundstufe, hervorhebt. "Einige Schüler haben mir Visitenkarten von Unternehmern gezeigt, mit denen sie sich ausgetauscht haben; ein Schüler hat sogar ganz kurzfristig einen Praktikumsplatz für die Pfingstferien bekommen! Nie hätte ich erwartet, dass es für die Schüler so leicht sein würde, Unternehmer zu überzeugen. Bislang haben wir mit unseren Schülern Jobmessen besucht, um mit Unternehmern ins Gespräch zu kommen. Diese Veranstaltung ist eine positive Abwechslung – die Atmosphäre ist locker, aber doch konzentriert, alle haben Spaß! Es wäre schön, wenn wir den Schach-Event im kommenden Jahr wiederholen könnten, im Übrigen hoffe ich sehr, dass wir die Zusammenarbeit mit der Münchener Schachstiftung fortsetzen können."

Maßgeblich unterstützt wurde der Schachevent von der Firma nurus in München, und namentlich von Heike Abouchikhi, die den Vertrieb in Deutschland verantwortet. Nurus ist nicht nur bekannt als international erfolgreiches Unternehmen für Objektmöbel. Firmenchef Akın Gökyay, der die Leitung des Unternehmens in die Hände seiner Söhne übergeben hat, hat in Ankara lauf Guinessbuch der Rekorde die größte Schach-Sammlungen der Welt zusammengetragen und ein Schach-Museum eröffnet. "Mit der Schachstiftung verbindet uns nicht nur die Begeisterung für Schach", erläuterte Heike Abouchikhi, "als ein weltweit agierendes Unternehmen sind wir offen für Menschen aus den verschiedensten Kulturen. Wir freuen uns sehr, dass wir der Münchener Schachstiftung für ihr Flüchtlings-Engagement unsere Räume zur Verfügung stellen konnten und dass sich die jungen Flüchtlinge bei uns so wohl gefühlt haben."

Über das Förderprogramm Schach nach Königsplan an der SchlaU-Schule

Schach nach Königsplan vermittelt und stärkt berufliche Schlüsselkompetenzen wie z.B. Analyse, Strategie, Ausdauer und Kommunikation; es fördert damit auch die Integration der jungen unbegleiteten Flüchtlinge. Ergänzend zum Förderprogramm während der Unterrichtszeit gibt es in den Schulferien eine Schach-Ferienakademie an den Nachmittagen. Die Schach-Ferienakademien sind eine Anlaufstelle für die Freizeit, hier können die jungen Flüchtlinge ihre Kenntnisse und Fähigkeiten spielerisch unter Anleitung eines Schachtrainers vertiefen.

Die Münchener Schachstiftung engagiert sich seit rund drei Jahren mit dem Förderprogramm an der Schlau-Schule; im aktuellen Schuljahr 2016/17 wird das Programm von der SWM Bildungsstiftung großzügig unterstützt. Werner Albrecht, Geschäftsführer Personal und Soziales und Mitglied im Vorstand der SWM Bildungsstiftung, nahm bei dieser Gelegenheit die offizielle Scheckübergabe vor.

Über die Münchener Schachstiftung

Die Münchener Schachstiftung wurde im Jahr 2007 von dem Münchener Immobilien-Unternehmer und Schachförderer Roman Krulich gegründet. Stiftungsvorsichtende ist Nationalspielerin Dijana Dengler. Dazu kommen die Schachgroßmeister Gerald Hertneck als Stiftungsvorstand und Stefan Kindermann als Stiftungsrat. Die Münchener Schachstiftung engagiert sich in der Bildungsförderung auf der Grundlage von Schach. Seit ihrer Gründung konnte sie mehr als 2.500 Benachteiligte fördern: Kinder und Jugendliche in einem bildungsfernen, sozialschwachen Umfeld, Körperbehinderte aller Altersstufen, Kinder und Jugendliche mit der Diagnose Autismus sowie junge unbegleitete Flüchtlinge.

Die Münchener Schachstiftung ist gemeinnützig und seit Anfang des Jahres 2014 als freier Träger der Jugendhilfe anerkannt. Ihr Schirmherr ist Münchens Oberbürgermeister Dieter Reiter. Mehr unter http://www.schachstiftung-muenchen.de und in dem Video auf Youtube unter dem Link https://www.youtube.com/watch?v=wLqrN-KrH5G0

Für die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH nahm Sarah Kriegbaum (mitte) an der Veranstaltung teil.



Für unsere 1:1-Versorgungen und unsere Wohngemeinschaften in Baden-Württemberg, Bayern, Hessen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz suchen wir examinierte

Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpfleger/innen Altenpfleger/innen

Sicherheit durch unbefristete Arbeitsverträge

Regelmäßige arbeitgeberfinanzierte Fortbildungen

Betriebliche Altersvorsorge

Individuell angepasste Anstellungsverhältnisse

Firmenwagen (nach Probezeit, auch zur privaten Nutzung)

Steuerfreie Zuschläge

Arbeitgeberfinanzierte Krankenzusatzversicherung



Vertrauen gewinnen und Wertschätzung zeigen

Wirkliches Vertrauen zwischen zwei Personen ist nur bei gegenseitiger Wertschätzung möglich. Denjenigen, vor denen wir keine Achtung haben, werden wir auch niemals Vertrauen entgegenbringen – und umgekehrt. Die Basis des Vertrauens ist die Sympathie. Nun lässt sich natürlich sagen, dass dieser oder jener einem einfach unsympathisch ist, dass da nichts zu machen ist.

Für einige Fälle mag das zutreffen, oft aber scheitert gegenseitige Sympathie an unserer eigenen Voreingenommenheit. Vielfach reicht es aus, einen gewissen Vorschuss an Vertrauen zu "schenken" und den Menschen mit Wohlwollen zu begegnen. Daraus resultiert oft eine Wechselwirkung: Der andere findet uns sympathisch, was wir wiederum selbst spüren, wodurch wir unserem Gegenüber weitere Sympathie entgegenbringen. Der Kreis schließt sich, und das Fundament für das gegenseitige Vertrauen ist gelegt. – Wer uns vertraut, fühlt sich als Mensch ernst genommen und verstanden. Und nur wer sich verstanden fühlt, ist bereit, auf uns zu hören.

Wenn wir zeigen, dass auf uns Verlass ist, können wir uns meistens auch auf unser Gegenüber verlassen. Wer dagegen bis ins Detail reglementiert und Vorschriften aneinanderreiht, zeigt, dass Vertrauen fehlt. Ein an die Kandare genommener Mitarbeiter wird seinen Vorgesetzten nicht sonderlich hochschätzen. Die Bereitschaft mehr zu leisten, ist bei den Mitarbeitern am größten, die ihre Vorgesetzten achten und die sie sympathisch finden.

Das gute Gespräch

Gespräche an sich sind heute oft schon Mangelware, und gute Gespräche fast eine Rarität. Oft sind wir uns der Wichtigkeit guter Gespräche nicht bewusst; auch herrscht die verbreitete Meinung, dass Gespräche zu viel Zeit kosten. So werden selbst wichtige Probleme oft nur im Vorbeigehen angesprochen oder andere, vermeintlich bessere Kommunikationswege genutzt. In den letzten Jahren ist insbesondere die Kommunikation per E-Mail anstelle des persönlichen Gesprächs getreten. Vergessen wird hierbei, dass gerade die E-Mail der Unternehmenskommunikation extrem schaden kann. E-Mails können ein notwendiges Gespräch nicht ersetzen! Sie sind lediglich für einfache Sachverhalte (Terminabsprachen, Bestätigungen, ein kurzes Dankeschön etc.), niemals jedoch für komplexe Themen geeignet. Gerade bei komplizierten Angelegenheiten, die kontroverse Diskussionen – einen Meinungsaustausch – erfordern oder auch bei emotional aufgeheizten Stimmungen, sollte die elektronische Kommunikation tunlichst vermieden werden. Missverständnisse und Ärger sind ansonsten vorprogrammiert. Daher bleibt oft auch der gerne angeführte zeitsparende Effekt aus.

Ein weiterer Aspekt ist die mangelnde Aufmerksamkeit, die dem Schreiben von E-Mails geschenkt wird: Sie enthalten Rechtschreibfehler, falsche, nicht eindeutige Satzkonstruktionen, und sind – manchmal – regelrecht blamabel. E-Mails mit peinlichen Rechtschreibfehlern sind immer wieder Anlass zur allgemeinen Belustigung. In Firmen, in denen sehr viel per E-Mail kommuniziert wird, sorgen solche "Elaborate" nahezu täglich für Gelächter. ("Hast Du schon gesehen, was der heute schon wieder vom Stapel gelassen hat: 'bite alles weitere im innenverhältnis händeln'!")

Vorgesetzte sollten alle wichtigen Belange persönlich mit ihren Mitarbeitern besprechen. Schon vor dem eigentlichen Gespräch sollten einige Vorkehrungen getroffen werden, um die Voraussetzungen für ein gutes Gespräch zu schaffen. Nur eine positive Stimmung kann zu einem guten Gespräch führen. Der Vorgesetzte sollte – auch über seine Körpersprache zeigen, dass er offen für ein Gespräch ist und keine Eile hat.

Praxistipps: Voraussetzungen für das gute Gespräch

Nach der Begrüßung und einigen einleitenden Worten, die nichts mit dem Thema zu tun haben müssen, sollte das Gespräch zunächst auf der Metaebene beginnen: Stellen Sie zusammen klar, worum es geht, was besprochen werden soll.

- 1. Nicht wer am meisten redet, hat recht. Achten Sie auf die Gesprächsanteile beider Gesprächspartner. Viele Führungskräfte glauben, dass sie ein Gespräch auch hinsichtlich der Rededauer dominieren müssen. Ein optimaler Gesprächsanteil bei zwei Personen ist in den meisten Fällen 50/50!
- 2. Behalten Sie die ursprünglichen Gesprächsziele im Auge. Nur so können Sie frühzeitig eingreifen, wenn Sie merken, dass sich das Gespräch auf Nebenschauplätze verlagert. Die Gesprächsagenda sollte zudem niemals überfrachtet werden, um Zeiteinschränkungen vorzubeugen. Die Erfahrung sollte uns zeigen, dass gerade diffizile Themen oft viel Zeit zur Klärung benötigen.
- 3. Ihr Gesprächspartner ist kein Gegner auch dann nicht, wenn kontroverse Meinungen aufeinandertreffen. Überlegenheitsgebaren lenkt vom Kern des Gesprächs ab und blockiert die Offenheit des Gegenübers. In intensiven Gesprächen hat der Gesprächspartner ein Gespür dafür, wie Sie ihn wirklich sehen (dafür sorgen zumeist schon unsere körpersprachlichen Signale). Daher sollte der Gesprächspartner als gleichwertiger Partner betrachtet werden. Ihr Gegenüber hat genauso ein Recht auf seine Meinung wie Sie auf die Ihre.

- 4. Versuchen Sie immer erst, Ihren Gesprächspartner zu verstehen, bevor Sie selbst verstanden werden wollen. Lassen Sie sich auf den Gesprächspartner ein, akzeptieren Sie seine Perspektive. Hören Sie Ihrem Gesprächspartner aufmerksam zu. Glauben Sie nicht, sowieso schon alles zu wissen. Gehen Sie auf ihn ein und versuchen Sie herauszufinden, was er wirklich meint, was seine Intentionen sind. Dies hilft Ihnen auch, Ihre eigene Argumentation wirkungsvoller anzupassen. Sie können nur dann überzeugen, wenn Sie wissen, was der andere mit seinen Worten überhaupt sagen und erreichen will.
- **5.** Geben Sie Ihrem Gesprächspartner das Gefühl, verstanden zu werden (aber nur, wenn Sie ihn auch wirklich verstehen). Damit wächst die Wahrscheinlichkeit, dass auch Sie verstanden werden.
- 6. Verzichten Sie auf Beschönigungen oder Dramatisierungen. Beides wirkt unehrlich und behindert das Vertrauen.
- 7. Halten Sie keine Monologe, man hört Ihnen sonst nicht mehr zu. Versuchen Sie, sich klar, präzise und verständlich auszudrücken. Fassen Sie sich kurz. Wenn Sie es selbst mit einem Dauerredner zu tun bekommen, unterbrechen sie ihn einfach höflich, aber nachdrücklich. ("Bevor ich es vergesse, da fällt mir Folgendes ein…")
- **8.** Lassen Sie den anderen immer ausreden (wenn Sie es nicht gerade mit einem Dauerredner zu tun haben) und gönnen Sie ihm Pausen, damit er seine Gedanken formulieren kann. Achten Sie aber auch darauf, selbst nicht unterbrochen zu werden.
- **9.** Fragen Sie immer nach, wenn Sie etwas nicht verstanden haben im Zweifelsfall auch dann, wenn Sie sich nur nicht ganz sicher sind, das Gesagte korrekt verstanden zu haben. Mit Nachfragen gibt man sich, wie oft irrtümlich angenommen, keine Blöße. Das Gegenteil ist der Fall: Gerade mit Nachfragen wird das Interesse an der Meinung des anderen gezeigt.
- **10.** Vermeiden Sie rhetorische Tricks (gerade auch gegenüber weniger redegewandten Mitarbeitern) und lassen sich selbst nicht auf rhetorische Finessen ein. Oft helfen auch hier klärende Fragen: "Aus welchen Gründen ist das so?" oder "Wie ist es dazu gekommen?".
- **11.** Vermeiden Sie allzu elitäre und übertrieben "geschraubte" Ausdrucksweisen. Passen Sie sich dem Gesprächspartner an. Sagen Sie klar und deutlich und mit prägnanten Worten, was Sie wollen.
- **12.** Versuchen Sie immer, Streitereien zu vermeiden. Ist die Gesprächssituation zu aufgeladen, dass kein Konsens erzielt werden kann, vertagen Sie das Gespräch. So können sich beide Seiten beruhigen und die eigenen Positionen wie auch die des anderen überdenken.

Am Ende eines Gesprächs sollte auf die Metaebene zurückgekehrt werden. Beide Seiten müssen sich darüber einig sein, was überhaupt besprochen wurde und was die Essenz des Gesprächs war. Gegebenenfalls kann zusätzlich ein Gesprächsprotokoll mit den Kernaussagen angefertigt und von beiden Gesprächspartnern unterschrieben werden.

Nach jedem Gespräch sollten Sie sich beim Gesprächspartner mit freundlichen Worten für das stattgefundene Gespräch bedanken und ihm die Hand reichen.

Beim diesjährigen MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress am 28. und 29. Oktober 2016 werden Doris Marx-Ruhland und Yvonne Schirm den Workshop "Du glaubst, Du kennst mich? Willst Du wissen, was ich über Dich denke?" anbieten.

Doris Marx-Ruhland Seminare & Coaching

http://marx-ruhland.de/



NUR MITMENSCHLICHKEIT UND EMPATHIE KÖNNEN DIE MENSCHHEIT VOR DEM UNTERGANG RETTEN

Im Rahmen der vielen bahnbrechenden Erkenntnisse, die in den vergangenen Jahren durch die Gehirnforschung gewonnen wurden, kamen auch immer wieder die unterschiedlichen Gewichtungen der rechten und der linken Gehirnhälfte zur Sprache. Die linke Gehirnhälfte sei für das analytische und sprachliche Denken verantwortlich, während in der rechten ganzheitliches Erfassen und Intuition angesiedelt seien. Ob dies zutrifft und ob das in der Geschichte der Menschheit schon immer so war, dieser Frage geht der Psychoanalytiker, Therapeut und Wissenschaftler Arno Gruen in seinem Buch "Wider die kalte Vernunft" nach.

Unsere Gesellschaft würde zunehmend kälter und gefühllos, das ist seine Diagnose. "Sobald wir sprechen können, lernen wir, gehorsam und vernünftig zu sein. Aber es ist eine kalte Vernunft, die unser Leben entfremdet und unsere Welt vernichtet. Nach und nach nehmen wir unsere Gefühle zurück, lassen sie verkümmern, verlieren unser Selbst." Und obgleich wir uns für so unglaublich frei halten, sind wir es nicht. Laut Gruen folgen wir freiwillig den Zwängen einer "durchrationalisierten Gesellschaft, die anonym verwaltet und gesteuert wird."

In vielen Bereichen, und gerade auch in Medizin und Pflege, wird darüber geklagt, dass es nur noch um Geld, Profit und Macht geht. Alles dreht sich um möglichst lukrative Geschäftsmodelle, und der Mensch wird zu einer nützlichen Datensammlung degradiert. "Ethik statt Monetik" auf diesen einfachen Nenner hat beispielsweise Ex-Bundesminister Dr. Heiner Geißler in seinem Referat beim MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress im Jahr 2014 den Gegensatz in unserer Gesellschaft gebracht. Und hat er nicht recht? Lässt es einen nicht frösteln, beobachtet man, wie "cool" manche Geschäfte mit dem Leid von Pflegebedürftigen und Kranken machen? Die Umetikettierung des "Gesundheitswesens" in "Gesundheitswirtschaft" kam ja nicht von ungefähr!

Gruen verweist auf den Historiker Jürgen Osterhammel, der zu dem Schluss kommt, dass man die Entwicklungsstufe einer Gesellschaft daran erkenne, "wie sie ihre schwächeren Mitglieder behandelt, ihre Kinder, ältere Menschen, die Behinderten und die chronisch Kranken". Wer hätte gedacht, dass unser Vorfahr, der viel geschmähte Neandertaler, schon Kranke und alte Menschen gepflegt haben muss! Dies bestätigt die wissenschaftliche Untersuchung von archäologischen Funden. Und man kann inzwischen aus hominiden Schädelabdrücken, "die von 2,5 Millionen Jahren alten Australopithecinen bis zu den Neandertalern und den jüngeren Urformen des Homo sapiens reichen" folgern, wie sich das Gehirn im Laufe der Evolution verändert hat. Beim älteren Homo sapiens und dem Neandertaler zeigte sich – "sehr zum Erstaunen der Wissenschaftler, die mit einer Erweiterung der linken Gehirnhälfte gerechnet hatten, da hier meist die Sprachfähigkeit angesiedelt ist", dass statt dessen die Gehirnregion sehr viel ausgeprägter war, in der Empathie und Fürsorge angesiedelt waren. "Dies zeigt", so Gruen, "wie wichtig empathische Prozesse für die Evolution des Menschen sind und dass die menschliche Entwicklung auf der Basis der Einfühlung beruht."

Weiter lasse sich daraus folgern, dass "fürsorgliche Zuwendung als Bestandteil zwischenmenschlicher Beziehungen" in engstem Zusammenhang mit den Vorgängen der Evolution steht. Erst in den letzten 50 000 Jahren habe sich dies geändert, und spätestens vor 9000 Jahren kamen die "sogenannten höheren Zivilisationen" auf, "die sich auf Besitz, Herrschaft und Macht gründeten."

Gehen wir demnach stets von einer völlig falschen Auffassung von Evolution aus, wenn wir sie nur als den Kampf um Stärke, Macht und Besitz interpretieren? Diese provokante Frage stellt Gruen und fordert dazu auf, unsere Vergangenheit sowie die neuere Geschichte in

einem völlig anderen Licht zu sehen. Aus wissenschaftlichen Forschungsergebnissen gehe inzwischen hervor, dass unsere Frühgeschichte "von kooperations- und empathiebasierten Verhaltensmustern bestimmt" wurde. Unsere Vorfahren waren somit keine primitiven Wesen. Im Gegenteil: Sie waren hoch entwickelt! Natürlich kommt es auf den Bewertungsmaßstab an, den man anlegt. Nach Gruen dürfe die Bewertung einer Kultur nicht von ihrer technischen und organisatorischen Qualität abhängen, sondern davon, "ob und wie sie Menschen menschlich macht."

Warum wir auf einer Erde leben, in der Gefühlskälte, Herzlosigkeit, Macht- und Besitzgier immer mehr die Oberhand gewinnen und uns Terror und Gewalt erschüttern, könnte also etwas mit unserem Gehirn zu tun haben. Doch wir sind dieser Entwicklung nicht hilflos ausgeliefert, sondern könnten uns aktiv der Menschlichkeit und Empathie mehr Raum geben. Und beginnen müssten wir bei unseren Kindern, denen wir von Geburt an so viel Liebe und Geborgenheit schenken, wie es möglich ist. Wir haben es in der Hand, den "Teufelskreis von Gehorsam, Gewalt, Terror und kalter Vernunft" zu unterbrechen, bevor "unsere Welt durch diese unmenschliche Rationalität in den Abgrund gerissen" wird.

Das Plädoyer für mehr Mitmenschlichkeit und Empathie des "Nestors" unter den Psychoanalytikern ist das Vermächtnis eines Wissenschaftlers, der 60 Jahre als Therapeut praktizierte und an verschiedenen Universitäten und Kliniken tätig war. Der Sänger Konstantin Wecker nennt das letzte kleine Buch des inzwischen verstorbenen Autors "ein Geschenk für all jene, die bereit sind, querzudenken und sich für eine Welt des Miteinanders zu engagieren." Pflege und die Versorgung hilfsbedürftiger Menschen hätten in einer solchen Welt höchste Priorität.

Arno Gruen, Wider die kalte Vernunft. Klett-Cotta Stuttgart 2016, 144 Seiten, Preis: 12,00 Euro





Professionelle und individuelle Versorgung

Mit unserem hochwertigen Produktangebot und dem optimalen Service wollen wir Ihr Partner für die Rehabilitation nach Tracheotomie und Laryngektomie sein!



DURATWIX® UNI CUFF

- bewegliches Kanülenschild
- besonders dünnwandige Niederdruckmanschnette



BLOM®* Trachealkanüle

- Phonation unter Beatmung
- für invasiv beatmungspflichtige Patienten



SENSOTRACH®

- große Auswahl an Trachealkompressen
- Varianten SLIT, SKIN, ALU



- Kanülentrageband aus Schaumstoff
- mit Haken oder Klettverschluss



Künstliche Nasen

- verschiedene Varianten für eine individuelle Auswahl
- zusätzlich spezielle Ausführungen für Kinder

ANDREAS FAHL

MEDIZINTECHNIK-VERTRIEB GMBH

August-Horch-Straße 4a · 51149 Köln · **Phone +49(0)22 03/29 80-0** Fax + 49(0)22 03/29 80-100 · Germany · mail vertrieb@fahl.de · www.fahl.de

* Vertriebspartner von BLOM®-Produkten für Deutschland, Österreich und Schweiz.



Adolf Fleischmann - Grenzgänger zwischen Kunst und Medizin

Bis 11. September 2016 wird im Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité die Ausstellung "Surfaces. Adolf Fleischmann - Grenzgänger zwischen Kunst und Medizin" gezeigt, nachdem sie bereits in Ingolstadt ein großer Erfolg gewesen war.

Die Ausstellung rückt mit Adolf Fleischmann (1892 -1968) eine faszinierende Persönlichkeit des 20. Jahrhunderts in den Mittelpunkt und zeichnet ihren Lebensweg nach. Der Titel der Ausstellung – SURFACES – bedeutet "Oberflächen", die er in seinen beiden Tätigkeitsfeldern gestaltet hat. Denn Fleischmann, geboren in Esslingen, war Künstler sowie medizinischer Zeichner und Moulagenbildner. Als solcher ist er in die Medizingeschichte eingegangen. Bekannt wurde er vor allem durch die Arbeiten, die er in den 1920er Jahren für die Chirurgische Universitätsklinik in Zürich anfertigte: naturgetreue Abformungen kranker Körperteile in Wachs (sogenannte Moulagen) und detailgenaue Zeichnungen mikroskopischer Gewebebilder. In seiner New Yorker Zeit war er zudem als Laborant und medizinischer Zeichner für die Columbia University tätig. Damit verdiente er seinen Lebensunterhalt.

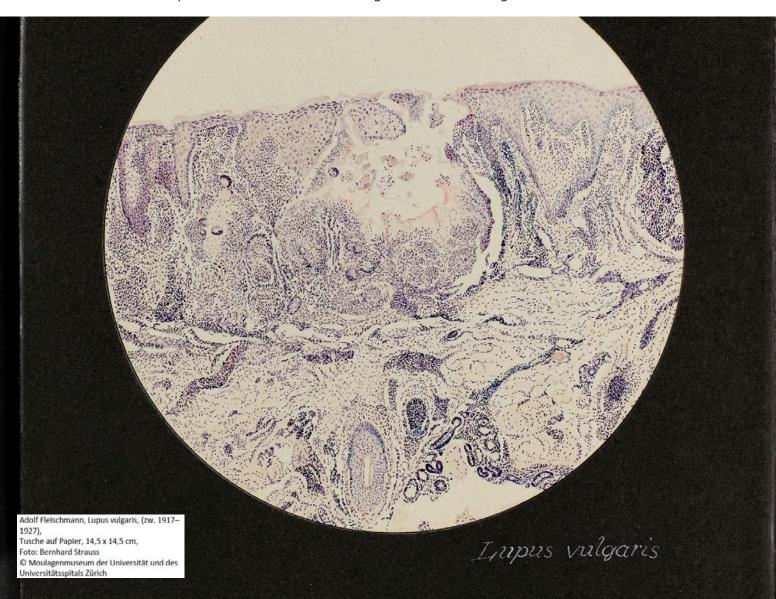
Die anatomische Wachskunst hat eine lange Tradition. Ende des 17. Jahrhunderts schuf der italienische Wachswerker Guilio Gaetano Zumbo in Wachs naturgetreue Modell der menschlichen Anatomie. In Florenz erlebte die anatomische Wachskunst ihre Blütezeit. Eine große Schau in Florenz zeigte in 20 Sälen 24 ganzfigurige Studien und über 2.800 Detailmodellen. Diese Figuren waren zerlegbar und zeigten alle Muskelgruppen, Knochen, Gefäßverläufe, Nerven- und Lymphbahnen, einzelne Organe und Strukturen. Zu jedem Modell gab es eine farbige Zeichnung mit Erläuterungen.

Der Besucheransturm war enorm, und auch Goethe berichtete begeistert von seinem Besuch. In der 2. Hälfte des 18. Jahrhunderts ging man mehr und mehr dazu über, Krankheitszeichen darzustellen und Veränderungen auf der Körperoberfläche und der Haut zu zeigen. Hierfür nahmen der Moleur oder die Moleuse zunächst einen Gipsabdruck ab. Das war bei offenen Wunden oder Brüchen sehr schmerzhaft für die Menschen. Nach dem Erkalten der Form wurde das Negativ von der Haut des Kranken abgehoben und die Rohmoulage durch Eingießen flüssiger, teilweise schon vorgefärbter Wachsmischungen in die Negativform aufgebaut. War das Wachs abgekühlt und ausgehärtet, entfernte man das Gipsnegativ und bemalte das Wachspositiv. Dafür mussten die Patienten noch einmal als Modell zur Verfügung stehen. So hat Fleischmann sehr viel Leid und Schmerz miterlebt, was ihn als feinfühligen und introvertierten Menschen sehr belastete.

War das Wachsmodell fertig, wurde es auf einem schwarz lackierten Holzbrett angebracht. Die Arbeit der Moleure war so wichtig, dass sie an Kliniken oft lange oder dauerhafte Arbeitsverträge erhielten. Denn künftige Ärzte und medizinisches Personal konnte von den Moulagen viel lernen. "Heute steht die Moulage nach wechselvollen Jahren im Gefolge des Zweiten Weltkrieges als multiperspektivisches Schauobjekt im Zentrum neuer Aufmerksamkeit. Als klinisches Schaustück bietet sie trotz aller virtueller Bilderwelten in der Medizin nach wie vor ein Angebot für eine zeitgemäße, fachlich fundierte Lehre sowie für eine anschauliche Vermittlung medizinischer Inhalte an eine breite interessierte Öffentlichkeit." Und ein weiterer Aspekt ist wichtig: Der konkrete Kranke behält "über die Zeiten hinweg ein Gesicht" und seine Würde. Er bleibt sichtbar als unverwechselbarer Mensch. Viele der in Wachs abgebildeten Menschen bzw. Ihre Gesichter zeigen sie kurz vor ihrem Tod.

Während Fleichmanns medizinische Arbeiten perfekte Nachbildung der Natur sind, wirken seine Gemälde "nur über die Farb- und Formensprache". Als ein Künstler mit einem unverwechselbaren Malstil ist er in die Kunstgeschichte eingegangen und hat weltweites Ansehen erlangt. Zur Ausstellung gibt es einen Katalog mit vielen Abbildungen und hervorragenden Beiträgen, u.a. "Körperbilder - Krankheitsbilder. Moulagen in der Medizin" von Thomas Schnalke.

Parallel zu der sehenswerten Ausstellung im Medizinhistorischen Museum zeigt Daimler Contemporary in seinen Galerieräumen am Potsdamer Platz eine große Fleischmann Retrospektive. Darin wird das Augenmerk vor allem auf das Kunstschaffen des abstrakten Malers in seiner US-amerikanischen Phase (1952-1965) gelenkt: www.bmm-charite.de/ausstellungen/sonderausstellung.html



WIR GEHEN NEUE WEGE

In einer zweiten Wohngemeinschaft für erwachsene Menschen mit Beatmung in Kerpen bietet der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke Betroffenen und ihren Lebenspartnern eine neue Perspektive. Neben Einzelappartements können auch Zweizimmerppartements mit eigenem barrierefreiem Duschbad angemietet werden.

Die Lebenspartner können weiterhin zusammenbleiben, obwohl sich die Lebensumstände plötzlich verändert haben.

Ob im Einzelzimmer oder im eigenen Appartement: Unterstützung und sachkundige Pflege sind gewährleistet.

Wer Gesellschaft sucht, findet immer Ansprechparter/innen im weiträumigen Wohn- und Essbereich, in der gemütlichen Sitzecke oder auf der barrierefreien Terrasse. Sie liegt in einer großen Parkanlage mit einem Duftbeet bzw. einer Kräuterecke.

Wen es nach draußen zieht, kann die Natur genießen oder einen Ausflug ins nahe Köln unternehmen.

Und Stille und Entspannung sind in den eigenen vier Wänden möglich.

Pflegerische Leitung der Wohngemeinschaft: Frau Beate Block-Theißen

Nordring 36-38 | 50171 Kerpen

Tel.: 0221 / 44 70 - 524 | Fax: 0221 / 44 70 - 527 | koeln@heimbeatmung.com







WOHNGEMEINSCHAFT FÜR MENSCHEN MIT BEATMUNG IN KERPEN ||

ZIMMER

4 Einzelappartements und 4 Zweizimmerappartments, um auch gemeinsam mit dem Lebenspartner wohnen zu können | Jedes barrierefreie Appartement ist eine für sich geschlossene Wohneinheit mit Eingangsbereich

GEMEINSCHAFTSBEREICH

Gesamtfläche: 706 qm | Helle offene Wohn- und Essbereiche | Gemütliche Sitzecke mit Flachbildschirm | Große, barrierefreie Terrasse mit angrenzender Parkanlage

SANITÄRBEREICH

Jedes Appartement verfügt über ein eigenes barrierefreies Badezimmer mit Duschbad | Zusätzliches Bewohnerbad mit lifterunterfahrbarer, moderner Badewanne mit Whirlfunktion

STANDORT

Von der S-Bahnstation in Kerpen-Sindorf fahren im 20 Minutenrythmus Busse der Buslinie 933 nach Kerpen zum Nordring/Maastricher Str. | Hervorragende interdisziplinäre Versorgung durch spezialisierte Pflege und ortsnahe allgemeine Fachärzte sowie das "Therapie-Zentrum Rhein-Erft" (Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie) | Gute Anbindung an Akut- und Fachkliniken

MIETE/ZUZAHLUNGEN

Der Mietvertrag zwischen dem Mieter und Vermieter wird unabhängig vom Pflegevertrag abgeschlossen. Zusätzlich zur Miete wird eine monatliche Reinigungspauschale erhoben. Gemeinsame Haushaltskasse für Verpflegung und tägliche Bedarfe.





Für Talente

Du bist im Gesundheitswesen zu Hause?

Wir erfragen im Vorfeld gezielt Deine Wünsche und Anforderungen an Deinen neuen Job und Arbeitgeber.

Wir freuen uns auf Dich und einen gemeinsamen Start in Deine neue Zukunft!



Für Unternehmen

Sie haben eine vakante Stelle zu besetzen?

Wir stellen Ihre Unternehmenswerte authentisch in den Vordergrund und finden den richtigen Kandidaten.

Wir freuen uns auf Ihre Anfrage und eine gute und erfolgreiche Zusammenarbeit.



www.memedix.de

- MeMedix GmbH Hauptstr. 6151465 Bergisch Gladbach
- **** 02202 / 251 68 60
- ✓ info@memedix.de

Messen - Kongresse - Fortbildungen

Diese Termine finden Sie auch in unserem online-Kalender unter www.qepflegt-durchatmen.de/termine.html

Sie können diesen Veranstaltungskalender mit den Verlinkungen zum jeweiligen Veranstalter kostenlos abonnieren. Alle Änderungen werden automatisch auch bei Ihnen angezeigt.

Juli 2016

- 6. Juli 2016 | Leonberg

 Tracheostomie / Hygiene / Notfall- & Megacodetraining
 - IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi
- 7. Juli 2016 | Unterhaching Basale Stimulation Refreshertag (Vorraussetzung GK-Zertifikat) IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi
- 12. Juli 2016 | Augsburg

 Dokumentation / SIS

 IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH

 info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi
- 12. Juli 2016 | Augsburg Monitoring und Krankenbeobachtung in der AIP IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi
- 20. Juli 2016 | Unterhaching Grundlagen Schmerzmanagement IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi
- 20. Juli 2016 | Unterhaching
 Sexualität und Behinderung
 IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
 info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

September 2016

- 3. bis 9. September 2016 | London ERS International Congress 2016 http://erscongress.org/ers-congress-2016call-for-proposals/88-congress-2016.html
- Tracheostomie / Hygiene / Notfall- & Megacodetraining
 IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi
- 7. bis 10. September 2016 | Leipzig
 11. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP)
 dgp@dgpalliativmedizin.de und
 www.dgp2016.de
- 9. bis 11. September 2016 | Hörselberg
 Seminar für behinderte Arbeitgeber/innen und
 solche, die es werden wollen sowie Berater/
 innen zu diesem Thema
 www.forsea.de/termine/termine.shtml

- 14. September 2016 | Emmering
 Reanimation / Notfall-Training für Erwachsene Patienten, für Pflegepersonal aus ambulanten und stationären Versorgung 09:00-13:00 Uhr, max. 12 Teilnehmer
 Referent: Stefan Fuchs, Fachkrankenpfleger I & A, Rettungsassistent, ACLS-Provider (Advanced Cardiac Live Support Provider)
 Veranstalter: WKM GmbH
 https://www.wkm-medizintechnik.de/seminare/
- 15. bis 17. September 2016 | Berlin
 18. Hauptstadtkongress der DGAI für
 Anästhesiologie und Intensivtherapie mit
 Pflegesymposium und Rettungsdienstforum
 (HAI)

 www.hai2016.de

seminarprogramm

- 16. September 2016 | Siegen-Weidenau
 15. Fachtagung Dauerbeatmete Kinder und
 Jugendliche; Anmeldung bitte in schriftlicher
 Form an: Bildungsinstitut Fachbereiche Gesundheitswesen B.F.G.®
 Am Katzenberg 3, 57258 Freudenberg
 bfg.kray@t-online.de und www.bfg-kray.de
- 16. und 17. September 2016 | Hamburg 4. APPS (außerklinisches pneumologisches pädiatrisches Symposium) www.apps-akk.de
- 19. September 2016 | Augsburg Grundlagen der Beatmung Teil 1 von 2 IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi
- 20. September 2016 | Augsburg Grundlagen der Beatmung Teil 2 von 2 IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi
- Tracheostomie / Hygiene / Notfall- & Megacodetraining
 IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi
- Geräteeinweisung / Schulung zur "Gerätebeauftragten Person" Heimbeatmungsgeräte Schulung A für Fachpflegekräfte von Einrichtungen und Pflegediensten, welche die Aufgaben eines Gerätebeauftragten übernehmen wollen. Voraussetzung zur Teilnahme ist eine abgeschlossene medizinische oder pflegerische Ausbildung mit Basiserfahrung mit Heimbeatmungsgeräten.

 9:00 ca. 15:30 Uhr, max. 10 Personen Veranstalter: WKM GmbH https://www.wkm-medizintechnik.de/seminare/seminarprogramm
- 22. September 2016 | Leonberg Basale Stimulation Teil 1 von 3 IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

■ 23. September 2016 | Leonberg

Basale Stimulation Teil 2 von 3

IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH

info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

Oktober 2016

- 4. Oktober 2016 | Augsburg Wundmanagement IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi
- Geräteeinweisung / Schulung zur "Gerätebeauftragten Person" Heimbeatmungsgeräte Schulung B für Fachpflegekräfte von Einrichtungen und Pflegediensten, welche die Aufgaben eines Gerätebeauftragten übernehmen wollen. Voraussetzung zur Teilnahme ist eine abgeschlossene medizinische oder pflegerische Ausbildung mit Basiserfahrung mit Heimbeatmungsgeräten.

 9:00 ca. 15:30 Uhr, max. 10 Personen Veranstalter: WKM GmbH https://www.wkm-medizintechnik.de/seminare/seminarprogramm
- 8. Oktober 2016 in Bremen | 4. ResCup Kontakt: ResMed Deutschland GmbH, Haferwende 40, 28357 Bremen, Tel. 0421 48993-0, Fax 0421 48993-10, info@resmed-deutschland.de
- 8. bis 9. Oktober 2016 | Straubing
 8. Jahrestagung der Atmungstherapeuten
 (DGP)
 http://www.pneumologie.de/161.0.html
- 11. Oktober 2016 | Augsburg N\u00e4he und Distanz in der AIP IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi
- 11. Oktober 2016 | Augsburg Selbstwertgefühl stärken IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi
- 12. Oktober 2016 | Regensburg 9. Regensburger Intensivpflegetag Thomas.Bonkowski@ukr.de
- T7. bis 21. Oktober 2016 | München
 Basiskurs "Pflegefachkraft für außerklinische
 Beatmung" durch die DIGAB zertifiziert
 Resmed-Akademie (Christin Heckl)
 Akademie@resmed.de und www.resmed.de
- 20. Oktober 2016 | Leonberg Basale Stimulation Teil 3 von 3 IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH Akademie@resmed.de und www.resmed.de



In der Beatmung zu Hause

ResMed bietet gleich drei Serien von Beatmungsgeräten – LumisTM, StellarTM und AstralTM – für eine zuverlässige Versorgung zu Hause, mit maximaler Benutzerfreundlichkeit, hohem Patientenkomfort und der Volumensicherung iVAPS mit AutoEPAP in allen drei Geräteserien!

Zeit für eine neue Sicht auf die Beatmung. Zeit für ResMed.



21. und 22. Oktober 2016 | Ulm-Seligweiler 12. Tagung Außerklinische Beatmung Kinder und Kleinkinder, Hauptthemen: Überwachung und Einstellungen - aber richtig! Palliative Versorgung: ja oder nein? Auskunft gibt Frau Monika Berlinghof unter Tel. + 49 731 177-1301 oder

Email: Monika.Berlinghof@rku.de

21. bis 22. Oktober 2016 | Ballenstedt 4. Ballenstedter Intensivmedizin- und Pflegetag

http://hul.de/veranstaltung/4-ballenstedter-intensivmedizin-und-pflegetag/

- 26. bis 27. Oktober 2016 | Nürnberg ConSozial - Soziale Marktwirtschaft 4.0 www.consozial.de
- 28. bis 29. Oktober 2016 | München 9. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress

www.maik-online.org



November 2016

5. November 2016 | Jena

7. Jenaer Intensivmedizinisches Symposium http://hul.de/veranstaltung/7-jenaer-intensivmedizinisches-symposium-2016/

- 7. bis 11. November 2016 | Bad Kissingen Basiskurs "Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)" IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi
- 9. November 2016 | Unterhaching Sterben, Tod und Trauer IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi
- 9. und 10. November 2016 | Dortmund Deutscher Fachpflegekongress (DFK) Forum Anästhesie und Intensivpflege www.deutscher-fachpflegekongress.de
- 11. bis 12. November 2016 | Hamburg Gemeinsame Herbsttagung der Sektionen 5 & 15 (DGP)

http://www.pneumologie.de/161.0.html

23. November 2016 | Unterhaching Tracheostomie / Hygiene / Notfall- & Megacodetraining IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

24. November 2016 | Emmering Geräteeinweisung / Schulung zur "Gerätebeauftragten Person" Heimbeatmungsgeräte - Schulung C - für Fachpflegekräfte von Einrichtungen und Pflegediensten, welche die Aufgaben eines Gerätebeauftragten übernehmen wollen. Vorausetzung zur Teilnahme ist eine abgeschlossene medizinische oder pflegerische Ausbildung mit Basiserfahrung mit Heimbeatmungsgeräten. 9:00 - ca. 15:30 Uhr, max. 10 Personen Veranstalter: WKM GmbH https://www.wkm-medizintechnik.de/seminare/

<u>seminarprogramm</u>

24. und 25. November 2016 | München Fortbildung + Workshop Tracheostomie Diese Veranstaltung wird von der Fa. Teleflex Medical ausgerichtet und wendet sich zum einen an Angehörige von Betroffenen und zum anderen an Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen und Unternehmen, die Menschen mit einem Tracheostoma versorgen und ihre Kenntnisse in diesem Bereich vertiefen oder auffrischen möchten. Veranstaltungsort: Hotel Kastanienhof Erding, Am Bahnhof 7, 85435 Erding, Übernachtungskosten (EZ mit Frühstück): 115,00 EUR Weitere Informationen erhalten Sie bei Frau Zehra Özerol, Tel.: 07151/406 555,

- 30. November 2016 | Leonberg Tracheostomie / Hygiene / Notfall- & Megacodetraining IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi
- 30. November bis 2. Dezember 2016 | Hamburg **DIVI-Kongress** divi2016.de

Mail: zehra.oezerol@teleflex.com

Dezember 2016

- 1. bis 3. Dezember 2016 | Dresden 24. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin (DGSM) e. V. http://www.dgsm-kongress.de/
- 6. Dezember 2016 | Augsburg Beatmungsmanagement Complete IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

Vorschau 2017

20. bis 21. Januar 2017 | Berlin Kongress Pflege 2017 www.gesundheitskongresse.de

15. bis 17. Februar 2017 | Bremen 27. Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege www.intensivmed.de

22. bis 25. März 2017 | Stuttgart 58. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. http://www1.pneumologie.de/

25. bis 27. April | Nürnberg ALTENPFLEGE - Die Leitmesse 2017 Netzwerk Pflegewirtschaft Märkte. Chancen. Lösungen http://altenpflege-messe.de/ap home de

22. bis 24. Juni 2017 | Köln 25. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V. zusammen mit dem 12. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. digab@intercongress.de und www.digab-kongresse.de

21. bis 23. September 2017 | Berlin HAI 2017 - 19. Hauptstadtkongress der DGAI für Anästhesiologie und Intensivtherapie mit Pflegesymposium und Rettungsdienstforum www.hauptstadtkongress.de

27. bis 28. Oktober 2017 | München 10. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress www.maik-online.org

14. bis 17. März 2018 | Dresden 59. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. http://www1.pneumologie.de/

Häusliche Pflege PFLEGEDIENSTE BESSER MANAGEN.

ENTSCHEIDER-KONFERENZ AUBERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE

Qualität für jeden Preis? Wohin steuert die Außerklinische Intensivpflege?

> 27. SEPTEMBER 2016 | BERLIN | 10 - 17 UHR

Pflegedienstmanager, Verbandsvertreter und Kassenreferenten sprechen Tacheles.

Diskutieren Sie mit. gestalten Sie mit!



E-Mail an Raphael Lupp, **Director Event Management** im Verlagshaus Vincentz Network: raphael.lupp@vincentz.net

Impressum <<</pre>

GEPFLEGT DURCHATMEN - Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

Verlag und Vertrieb

IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH Ottobrunner Straße 43 - 82008 Unterhaching Telefon: 089 - 540 42 68 0 Fax: 089 - 540 42 68 30 www.ihcc.mobi presse@ihcc.mobi

Herausgeber

Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Ottobrunner Straße 43
D-82008 Unterhaching
Telefon: 089 - 540 42 68 - 10
Fax: 089 - 540 42 68 30
www.heimbeatmung.com
presse@heimbeatmung.com

Redaktionsleitung: Dr. Maria Panzer

Kathrin Sonnenholzner MdL, Christoph Jaschke, Jörg Brambring, Brigitte Haßlauer-Dietz, Tilman Holweg, Dorothee von Zobel, Dinah Radtke, Birger Schlürmann, Meike Grimm, Angelika Rathgeber, Dr. Peter Radtke, Doris Marx-Ruhland, Ulf Knickmeier, Rebecca Knüttel, Michael Dickas-Henkel, Karin Brich

www.transparency.de | www.intensivpflege-angehörigen-hilfe.de | www.stiftung-patientenschutz.de | www.zqp.de | www.gruene-bundestag.de | www.gfk-verein.org | www.cducsu.de | www.kobinet-nachrichten.org | www.132a.de | www.vdek.com | www.g-ba.de | www.intensivpflege-angehörigen-hilfe.de | www.ethikrat.org | www.dip.de | www.isl-ev.de | www.digab.de | www.bvmed.de/de/versorgung/patientengeschichten | www.wuenschewagen.com | www.charta-der-vielfalt.de | www.youtube.com/watch?v=woXbJhWLxdg | www.schachstiftung-muenchen.de | www.art.daimler.com | www.bmjv.de/newsletter

Anzeigenleitung: Sebastian Herele Grafik und Layout: Sarah Kriegbaum, Grafik-Design Druck: Print 24 GmbH

Derzeit gilt die Anzeigenpreisliste vom 1. Januar 2016.

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.

Bitte teilen Sie uns mit, wenn Sie die

Zeitung nicht mehr erhalten wollen.

GEPFLEGTDURCHATMEN

Datenschutzhinweis: Die erhobenen Daten werden ausschließlich zur Verwaltung

des Abonnements verwendet und nach Beendigung dessen gelöscht.

DORCHAIMLIN		
Bitte nehmen Sie mich in den Verteiler für ein kostenloses Abonnement der Fachzeitung GEPFLEGT DURCHATMEN auf.	Bitte schicken Sie diesen Abschnitt per Fax oder per Post an:	
Bitte ankreuzen dienstlich privat	Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH Ottobrunner Straße 43 82008 Unterhaching	
Name/Vorname	Fax: 089 / 540 42 68 30	
E-Mail	Sie können das Abonnement auch	
ggf.: Institution/ Einrichtung/Unternehmen	gern bestellen unter: www.gepflegt-durchatmen.de	
Straße/ Hausnummer oder Postfach		
PLZ/ Ort	Hinweis: Das Abonnement ist kostenlos.	



BreathCaring Simplicity. prisma VENT.













prismaVENT.com

Die völlig intuitive Bedienung.