GEPFLEGT DURCHATMEN

Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

#34 | Oktober 2016

MAIKSPECIAL

PFLEGEBETRUG

KLEINER MANN AUF GROßER REISE

AUSBILDUNGSREPORT PFLEGEBERUFE

ERGÄNZUNGSVEREINBARUNG

>> Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

die neue Ausgabe unserer GEPFLEGT DURCHATMEN steht unter dem Vorzeichen des **MAIK** Münchner außerklinischer Intensiv Kongress Ende Oktober.

So ist dieses Heft ein Gemeinschaftswerk. Denn die Referentinnen und Referenten haben die Ankündigungen ihrer Workshops geschrieben und sie laden Sie alle sehr herzlich dazu ein, beim diesjährigen Kongress dabei zu sein. Die Themenvielfalt ist, wie Sie sehen, groß. Der Veranstalter hat auch bewusst „ganz heiße Eisen" mit in das Programm aufgenommen. So werden in verschiedenen Gesprächsrunden politisch brisante Themen wie der Abrechnungsbetrug in der Pflege, die Ergänzungsvereinbarung, die neuen Pflegestärkungsgesetze oder die generalistische Ausbildung diskutiert.

Es ist uns ein großes Anliegen, gerade jetzt über Positives zu berichten. Ja, da ist diese korrupte Minderheit der „schwarzen Schafe", da sind Skandale, unerfreuliche Auswirkungen der zunehmenden Ökonomisierung der Pflege und der Fachkräftemangel. Aber all dies darf uns nicht den Blick dafür verstellen, dass es in unserem Land viele engagierte und zuverlässige Dienstleister außerklinischer Intensivpflege gibt. Tagtäglich versorgen hochqualifizierte Pflegekräfte Kinder und Erwachsene und freuen sich über jeden noch so kleinen Fortschritt bei der Lebensqualität ihrer Anvertrauten. Auch das ist vielfach eine Gemeinschaftsarbeit, und eine sehr erfüllende! Lesen Sie in diesem Heft beispielsweise den Bericht über eine USA-Reise oder hervorragende Kooperationen wie in Darmstadt.

Allen, die dieses Heft ermöglicht haben, ein großes Dankeschön!

Wir wünschen Ihnen viel Freude bei der Lektüre!

Ihr GD-Redaktion

Editorial

Politik
>> Abrechnungsbetrug | 4
>> Unverletzlichkeit der Wohnung | 6
>> Offener Brief | 7
>> Wertschätzung für die Pflege | 8
>> Fehlverhalten im Gesundheitswesen | 10
>> Schärfere Kontrollen | 11
>> Zerreißprobe für Innere Medizin | 12
>> Gründung IPV | 14
>> Ergänzungsvereinbarung | 16

Betroffene
>> Bundesteilhabegesetz | 18
>> VDK-Aktion gegen Barrieren | 21
>> 4. Beatmungs- und Infotag des ALS mobil e.V. | 22

Inklusion
>> Inklusion in der Pflege | 24
>> René van Roll | 27

MAIK SPECIAL
>> Grußworte | 30
>> Das „München" im MAIK | 31
>> Grußwort von Herrn Utz | 31
>> **MAIK**Special - Betroffene | 33
>> **MAIK**Special - Industrie | 44
>> **MAIK**Special - Kinder | 64
>> **MAIK**Special - Therapie | 67
>> **MAIK**Special - Allgemein / IHCC | 70

Medizintechnik
>> Familie Bittel im Interview | 78

Kinder
>> Eröffnung Kinderpalliativzentrum | 80
>> Märchenpädagogische Arbeit | 82

Best Practice
>> Bärenstark | 84

Selbstbestimmt
>> Kleiner Mann auf großer Reise | 86

Ausbildung
>> Ausbildungsreport 2015 Pflegeberufe | 90

Ehrung >> 92

Preis >> 93

Wohngemeinschaft >> 94

Rezension >> 95

Ankündigung >> 96

Messen - Kongresse - Fortbildungen >> 97

Mehr als acht Millionen Abrechnungen pro Jahr!

Welche Fakten sind über den Abrechnungsbetrug bekannt?

Die Pressemeldungen über die Ermittlungen des Bundeskriminalamts im Bereich der außerklinischen Intensivpflege hat Patienten und ihre Angehörigen, die Versicherten und Pflegende schwer erschüttert. Da war von einer gigantischen Summe die Rede, die durch Abrechnungsbetrug ergaunert worden sei. Vor allem die sogenannte „Russen-Mafia" stecke dahinter. Um etwas Licht ins Dunkel zu bringen, hatte die Fraktion DIE LINKE am 31. Mai 2016 eine Anfrage zum „Pflegebetrug durch ambulante private Pflegedienste" eingebracht, welche die Bundesregierung am 29. Juni 2016 beantwortete. In der Bundestagsdrucksache 18/8982 kann dies nachgelesen werden. Mit welchen Größenordnungen haben wir es eigentlich zu tun?

Wie viele Ermittlungsverfahren und Verurteilungen? Auf die Frage der Abgeordneten, wie viele Ermittlungsverfahren und Verurteilungen es wegen Abrechnungsbetrugs in den letzten zehn Jahren in der ambulanten Pflege gegeben habe und in wie vielen Fällen ermittelt worden sei, antwortete die Bundesregierung, dass in der Polizeilichen Kriminalstatistik (PKS) zwar Fälle von „Abrechnungsbetrug im Gesundheitswesen" erfasst würden, es aber keine weitere Aufschlüsselung nach „Abrechnungsbetrug in der ambulanten Pflege" gebe. Nach Angaben des GKV-Spitzenverbandes seien bei den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen im Berichtszeitraum 2012/2013 insgesamt 5719 Fälle von sog. Fehlverhalten in der Pflege gemäß §§ 197a SGB V bzw. 47a SGB XI verfolgt worden. Davon betrafen 3092 Fälle den Bereich der häuslichen Krankenpflege nach SGB V und 2627 Fälle den Bereich der sozialen Pflegeversicherung nach SGB XI. Endgültige Zahlen für 2014/2015 lägen noch nicht vor. Man gab zu bedenken, dass „es im ambulanten und stationären Pflegesektor (nur SGB XI allein) geschätzt jeweils mindestens mehr als acht Millionen Abrechnungen pro Jahr" gebe!

Alles nur russische Mafia? Laut Bundesregierung lägen nur „in Einzelfällen" im Zusammenhang mit Investitionen in russische ambulante Pflegedienste Hinweise auf eine Organisierte Kriminalität vor. Dem BKA seien zwei Ermittlungsverfahren bekannt, „die im Zusammenhang mit Abrechnungsbetrug durch russische Pflegedienste als OK-Verfahren gekennzeichnet sind." Ausreichende polizeiliche Erkenntnisse, die einen Rückschluss auf eine generelle OK-Relevanz des Phänomens erlauben, habe das BKA nicht. vor." Die Bibliomed Medizinische Verlagsgesellschaft mbH berichtet in ihrem Newsletter vom 15. August 2016 über Erkenntnisse aus Bayern. Dort würden die „meisten Fälle systematischen Abrechnungsbetrugs in der Pflege offenbar durch ambulante Dienste unter deutscher Leitung begangen". Dies gehe aus einer Erhebung der AOK Bayern hervor, die dem „Handelsblatt" vorliege. „Danach seien seit 2010 insgesamt 93 Ermittlungsverfahren eröffnet worden, wovon lediglich 15 Pflegedienstinhaber Russland oder der Ukraine zugeordnet werden konnten."

Ein gigantisches Ausmaß? Auf die Frage der Abgeordneten, ob die Bundesregierung die Angaben für seriös halte, nach denen sich die Höhe des entstandenen Schadens auf mittlerweile „jährlich mindestens eine Milliarde Euro" (*www.tagesschau.de/inland/pflege-betrug-bka-101.html*) allein im Bereich der Intensivpflegepatientinnen und Intensivpflegepatienten bemesse, antwortet diese: „Die Bundesregierung kann die genannten Zahlen nicht bestätigen. Auch das BKA hat eine solche Größenordnung nicht genannt." Auf die Frage, in welchem Kostenumfang nach Kenntnis der Bundesregierung Leistungen abgerechnet wurden, die nicht, nicht vollständig oder nicht in der geforderten Qualität erbracht wurden (bspw. indem kostengünstigere Hilfskräfte statt Fachkräfte eingesetzt worden sind, DIE WELT, 18. April 2016, *www.welt.de/154426270*), lautet die Antwort, dass für 2012 und 2013 die zuständigen Stellen zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen im Bereich der Pflegeversicherung 1,7 Millionen Euro und in der häuslichen Krankenpflege rund 3,5 Millionen zurückgefordert hätten. Bibliomed berichtete in dem bereits genannten Newsletter, dass von diesen rund 1,7 Millionen Euro „643.000 Euro auf die sogenannte ‚Russen-Mafia'", entfielen. Dass aber der Chef der Abteilung Verbraucherschutz der AOK Bayern, Dominik Schirmer, von einem noch viel höheren Schaden für die Pflegeversicherung ausgehe. Er hätte von einer „gigantischen Dunkelziffer" gesprochen. Auch könne er sich nicht vorstellen, dass es in anderen Bundesländern anders aussehe. (siehe *https://www.station24.de/news/-/content/detail/20751084*)

Die Frage, mit welchen Größenordnungen wir tatsächlich zu tun haben, ist also noch in keiner Weise klar. Es ist ja noch nicht einmal bekannt, wie viele außerklinisch beatmete Menschen es tatsächlich gibt und wie viele Pflegedienste außerklinisch beatmete Kinder und Erwachsene versorgen ... Hier muss noch viel passieren, um Licht ins Dunkel zu bringen und Transparenz zu schaffen!

Pflegebetrug wirksam bekämpfen

Pia Zimmermann, MdB, im Interview

Ist die Pflegebranche besonders anfällig für Betrug? Warum? Ich kenne keine privatisierte Dienstleistungsbranche ohne Betrug. Staatliche Kontrolle gegenüber privaten Wirtschaftsunternehmen ist überall beschränkt. In der ambulanten Pflege wirkt sich dies jedoch besonders verheerend aus. Messbare Qualitätsstandards fehlen. Der medizinische Dienst darf bestimmte Leistungen nicht kontrollieren. Die Leistungserbringung erfolgt an verschiedenen Einzelorten. Oft sind Pflegekräfte allein unterwegs. Menschen mit Pflegebedarf beschweren sich kaum. Da sind zu viele Grauzonen. Wer unter Kostendruck steht oder Pflege als Renditemaschine versteht, findet hier viele Möglichkeiten, zu verschleiern. Damit meine ich nicht zuerst die Pflegekräfte, sondern die Abrechnungslogik der Pflegeversicherung und das entsprechende Management.

Wer muss nun handeln? Was erwarten Sie von der Politik? Die Politik muss die Selbstverwaltung zwingen, ihren Sicherstellungsauftrag zu erfüllen. Dazu gehört, den Wildwuchs an zugelassenen Pflegediensten zu beenden. Dazu gehören Personalvorgaben, die den Pflegekräften genug Zeit lassen, um gut zu pflegen. Dazu gehören unangemeldete Kontrollen zu jeder Zeit und entsprechende Sanktionen bei Verstößen. Der Medizinische Dienst braucht Befugnisse, auch die häusliche Krankenpflege kontrollieren zu dürfen. Also auch hier wird mehr Personal gebraucht. Vor allem jedoch ist die Gewinnorientierung in der Pflege in Frage zu stellen. Pflege ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. So steht es im Gesetz. Also ist sie auch gesamtgesellschaftlich zu finanzieren durch eine solidarische Pflegeversicherung. Denn das Hauptproblem bleibt der Mangel an Pflegekräften. Und der kann nur solidarisch behoben werden.

Vor welchen Problemen stehen Angehörige und welche Hilfen gibt es für sie? Beschwerden von Menschen mit Pflegebedarf und den Pflegekräften müssen als Verbesserungsvorschläge gelten. Sie dürfen nicht mit Vertragskündigungen beantwortet werden. In Qualitätseinschätzungen müssen ihre Meinungen verbindlich einfließen. Der Zugang zu Leistungen muss einfacher werden. Jede Pflegesituation ist anders. Ein individueller Pflegemix muss verhandelbar sein. Und die Leistungsabrechnung so transparent, dass jede und jeder sie versteht. Wenn dies gesichert ist, wird die Diskussion um die Unverletzlichkeit der Wohnung bei unangemeldeten Kontrollen zweitrangig.

PIA ZIMMERMANN, MdB

Leiterin des Arbeitskreises Soziales, Gesundheit und Rente und pflegepolitische Sprecherin der Bundestagsfraktion DIE LINKE

DAS GRUNDRECHT AUF UNVERLETZLICHKEIT DER WOHNUNG

Das von Pflegediensten eingesetzte standardisierte Schreiben, mit dem Betroffene eine Überprüfung ihrer Versorgung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) mit Verweis auf ihr Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung ablehnen können, entfachte eine rege Diskussion. Dr. Ottilie Randzio, die Leitende Ärztin des Bereichs Pflege beim MDK Bayern, kommentierte: ***"Ich glaube, dass der eine oder andere Versicherte bei Vertragsabschluss nicht weiß, was er da unterschreibt"***, und die Bayerische Staatsministerin für Gesundheit- und Pflege, Melanie Huml (CSU), führt bereits Gespräche mit dem Landesbeauftragten für den Datenschutz. Allerdings würden die Prüfinstanzen den Willen der Pflegebedürftigen respektieren. Aber Pflegebedürftige und Angehörige sollten nicht ***„vorschnell einen solchen Widerspruch abgeben“***. [1]

Im Blog der Zeitschrift „Häusliche Pflege“ wurde ebenfalls rege diskutiert, insbesondere nach dem Erscheinen des nebenstehenden Offenen Briefs. ***„Ich bin der Meinung, dass Qualitätsprüfungen weder dazu geeignet sind betrügerischen Pflegediensten das Handwerk zu legen, noch dazu Sozialleistungsbetrug zu verhindern oder aufzudecken. Dafür gibt es bessere Möglichkeiten für Kranken- und Pflegekassen und nicht zuletzt auch Staatsanwaltschaften. Aus diesem Grund lehne ich es ab, für Qualitätsprüfung Grundrechte der Versicherten, und das sind letztlich auch wir, einzuschränken“***, heißt es in einem Beitrag. Übrigens scheint dieser Widerspruch gegen eine Überprüfung von Bundesland zu Bundesland unterschiedlich zu sein. So wird aus Sachsen-Anhalt berichtet, dass solch vorformulierte Schreiben vom MDK nicht ohne ausdrückliche Rücksprache mit dem Patienten akzeptiert würden. Allgemein wurde in Frage gestellt, ob MDK-Prüfungen tatsächlich etwas gegen raffinierte Abrechnungsbetrüger ausrichten können. [2]

In ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE zum „Pflegebetrug durch ambulante private Pflegedienste“ gibt die Bundesregierung am 29. Juni 2016 übrigens schon detaillierte Antwort auf die Frage, welche Regelungen sie für erforderlich hält, um bei Anlassprüfungen im ambulanten Bereich das Grundrecht auf Unverletzlichkeit der Wohnung zu wahren. „Die derzeitige Regelung in § 114a Absatz 2 Satz 4 SGB XI berücksichtigt die Unverletzlichkeit der Wohnung nach Artikel 13 des Grundgesetzes (GG). Bei Regel- wie auch bei Anlassprüfungen von Leistungen im Bereich der ambulanten Pflege können der MDK, der Prüfdienst des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen auch in der Wohnung des Pflegebedürftigen Prüfungen vornehmen. Hierzu muss jedoch die Einwilligung des Pflegebedürftigen und im Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit die Einwilligung eines hierzu Berechtigten vorliegen. Die Bundesregierung geht davon aus, dass weitere Regelungen hierzu nicht erforderlich sind. Bei Anlassprüfungen von stationären Pflegeinrichtungen dürfen die Gutachterinnen und Gutachter des MDK nach § 114a Absatz 2 Satz 3 SGB XI Räume, die einem Wohnrecht der Heimbewohner unterliegen, ohne deren Einwilligung nur betreten, soweit dies zur Verhütung drohender Gefahren für die öffentliche Sicherheit und Ordnung erforderlich ist.

Soweit ambulante Pflegedienste die Versorgung von Intensivpflegepatienten in einer durch einen Pflegedienst oder Dritten organisierten Wohneinheit im Rahmen der häuslichen Krankenpflege für die Krankenkassen erbringen, ist aufgrund der Ähnlichkeit der Struktur, Art und Intensität der Leistungserbringung mit der Leistungserbringung in stationären Einrichtungen in dem Entwurf des Dritten Pflegestärkungsgesetzes vorgesehen, dass bezüglich der Betretensrechte des MDK bei der Prüfung solcher ambulanter Pflegedienste die Vorgaben gelten sollen, die für die Prüfungen der stationären Pflegeeinrichtungen nach § 114a SGB XI anzuwenden sind.“ [3]

Ich halte dieses standardisierte Schreiben für ein Mittel von vielen, das missbräuchlich eingesetzt werden kann, aber nicht per se nur dem Missbrauch dient. Auch für mich persönlich habe ich noch nicht den Königsweg gefunden, der Missbrauch absolut ausschließt. Ich bin ein großer Anhänger von Fallkonferenzen, von einem nicht nur Vier-, sondern Mehraugenprinzip. Vielleicht wäre dessen Stärkung ein gangbarer Weg. Und im Übrigen stimme ich Thomas Siessegger, Diplom-Kaufmann, Organisationsberater und Sachverständiger für ambulante Pflegedienste zu, der am 2. August im Blog schrieb: ***„Persönlich finde ich jede Prüfung gerechtfertigt. Die Pflegedienste, welche ordentlich ihre Mitarbeiter bezahlen, ordentlich arbeiten, gute Qualität liefern, Vorschriften einhalten und gesetzeskonform abrechnen, müssen sich keine Sorgen machen. Und diese haben auch das Recht - und dafür kämpfe ich auch - ordentliche Renditen zu erwirtschaften.“***

Da sich die außerklinische Intensivpflege Ende der 1990er Jahre aus sich heraus entwickelt hat und noch nie vom Gesetzgeber in geordnete Bahnen gelenkt wurde, gibt es leider gegenwärtig tatsächlich noch immer vielerlei Möglichkeiten für Tricksereien und Betrügereien. Deshalb setze große Hoffnungen in die Pflegestärkungsgesetze, insbesondere das noch in Arbeit befindliche PSG III.

Beim diesjährigen MAIK wird es sowohl zu den Pflegestärkungsgesetzen als auch zum Abrechnungsbetrug in der Pflege Gesprächsrunden mit Vertreter/innen aus der Politik, des Medizinischen Diensts der Krankenkassen MDK, der Krankenkassen und der Pflege geben. Die Teilnehmer/innen sind herzlich dazu eingeladen, sich rege an diesen Diskussionen zu beteiligen.

1|http://www.abendzeitung-muenchen.de/inhalt.pflege-formular-gegen-kontrolle-von-pflege-alarmiert-pruefer.e02d621c-75ec-42da-aba4-17c744d53436.html

2|http://www.haeusliche-pflege.net/Infopool/Haeusliche-Pflege-Blog/Ambulante-Pflegedienste-verhindern-Kontrolle-durch-den-medizinischen-Dienst-der-Krankenkassen

3|Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE zum „Pflegebetrug durch ambulante private Pflegedienste“ vom 29. Juni 2016 (Bundestagsdrucksache 18/8982), Antwort auf Frage 31, Seite 14/15

Christoph Jaschke

„Ambulante Dienste entgehen Kontrollen. Geheimakte Pflege: Mieser Trick auf Kosten der Senioren“,

so überschrieb Armin Geier am 12. Juli 2016 seinen Artikel in der TZ. Er verwies darin auf ein kursierendes juristisches Schreiben, das manche ambulante Pflegedienste ihren Kunden vorlegen – und unterschreiben lassen. Damit erklären sie, dass sie nicht „von den Mitarbeitern des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung im Rahmen der Qualitätsprüfung nach §§112 ff SGB XI angerufen, besucht und/oder befragt“ werden möchten. Dies heißt im Klartext: „Ich will keine Kontrolle meiner Versorgung.“ Report Mainz zeigte in seinem Bericht „Die Tricks der Pflegedienste Kontrollen zu verhindern“ am 26. Juli 2016, dass dies auch in der außerklinischen Intensivpflege bekannt ist und ambulante Pflegedienste ihre Patienten offenbar vermehrt diese umstrittenen Patientenerklärungen unterschreiben lassen. Hierauf haben maßgebliche Unternehmen reagiert.

OFFENER BRIEF

Ambulante Pflegedienste verhindern Kontrolle durch den medizinischen Dienst der Krankenkassen

Es ähnelt einem Katz- und Mausspiel, schaut man sich die Ideen an, die einige Pflegedienste haben, um sich jeglicher Kontrolle zu entziehen. Der aktuelle Bericht in der TZ und im Report Mainz zeigt deutlich, dass es Unternehmen gibt, die völlig ungeniert, vor laufender Kamera, die gesetzlich installierten Kontrollinstanzen in der Pflege ablehnen. Unternehmen, die zwar ihr Geld aus dem Sozialsystem heraus verdienen wollen, die es aber ablehnen, sich in ihren Betrieb hineinschauen zu lassen. Das Perfide an der aktuell aufgefallenen Masche ist, dass der betroffene Bürger, derjenige, der die Pflege erhält, instrumentalisiert wird. Nur durch die ihm zustehenden Grundrechte und das Ablehnen der Einsichtnahme seiner persönlichen Daten, ist es möglich, den Besuch des MDK zu verhindern. Den Pflegebedürftigen wird gesagt, dass sie auf gar keinen Fall den MDK hineinlassen sollen, weil dieser dann garantiert die Leistungen kürzen würde.

Was den Pflegebedürftigen nicht erzählt wird ist, dass nicht der MDK, sondern die Krankenkassen über den Leistungsumfang entscheiden und die Pflegebedürftigen von Gesetzeswegen eine Mitwirkungspflicht haben, wenn sie Sozialleistungen erhalten.

Wenn einige Pflegeanbieter diese Dinge tun und die Medien dann logischer Weise darüber berichten, führt dies vor allem dazu, dass der betroffene Bürger verunsichert, die Krankenkassen misstrauisch und die gut arbeitenden Pflegedienste in Misskredit gebracht.
Diese Vorgehensweisen schüren das Misstrauen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, sie führen aber auch dazu, dass der Pflegeberuf immer weiter an Attraktivität verliert, denn wer will schon in einem Unternehmen arbeiten, das sich nicht an die gesetzlichen Regeln hält bzw. diese umgeht?

Wir können es uns in der aktuellen Mangelsituation an Pflegekräften absolut nicht erlauben, solche Machenschaften zu akzeptieren. Die Konsequenz muss sein, diese Unternehmen zur Raison zu bringen oder ihnen den Zugang zu den Sozialgeldern zu entziehen.

DIE UNTERZEICHNER
Deutsche Fachpflegegruppe
ESJ Außerklinische Intensivpflege GmbH
Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
HERO Intensiv & Akut Pflegedienst GmbH
Intensivpflegedienst KOMPASS GmbH
KRONENHOF Intensivpflege GmbH

Der oben genannte Bericht von Report Mainz kann unter diesem Link zu angesehen werden:
http://www.swr.de/report/schattenwelt-haeusliche-pflege-die-tricks-der-pflegedienste-kontrollen-zu-verhindern/-/id=233454/did=17596844/nid=233454/1qln2ec/index.html

HÖCHSTE WERTSCHÄTZUNG FÜR DIE PFLEGE – KEIN PLATZ FÜR BETRÜGERISCHE PFLEGEDIENSTE

Dies ist der Titel eines Dringlichkeitsantrags (Drs. 17/11039 vom 19.04.2016), den die CSU-Fraktion in den Bayerischen Landtag einbrachte. Am 20. April 2016 wurde er gemeinsam mit weiteren Dringlichkeitsanträgen „Betrug in der Pflege bekämpfen: Patientensicherheit durch effektivere Kontrollen verbessern!“ (Drs. 17/11036) der SPD-Fraktion und „Bericht über Betrug bei Pflegekassen“ (Drs. 17/11076) der Fraktion (FREIE WÄHLER) im Bayerischen Landtag diskutiert. Gerade weil einige „Schwarze Schafe“ dem Ansehen der Pflege schweren Schaden zugefügt haben, wollen wir an dieser Stelle die vielen positiven Aussagen, die Politikerinnen und Politiker in dieser sehr sachlich und engagiert geführten Debatte trafen, in Erinnerung bringen.

„Es ist ein großes Anliegen der SPD-Landtagsfraktion zu betonen, dass nicht die Pflege an sich in ein schlechtes Licht gerückt werden soll. Unsere Pflegekräfte und die pflegenden Angehörigen leisten tagtäglich wirklich großartige Arbeit. Kontrollen zielen ganz bestimmt nicht darauf ab, Pflegekräfte oder pflegende Angehörige an den Pranger zu stellen, im Gegenteil. Wir wollen nicht, dass betrügerische Straftaten die Ursache dafür sind, dass unserem Sozialsystem Geld fehlt. Dadurch steht dann nämlich weniger Geld für wirklich Pflegebedürftige und für Pflegeleistungen sowie für die Pflegekräfte zur Verfügung. Wir wollen, dass das Geld dort ankommt, wo es gebraucht wird; denn die große Mehrheit der Pflegekräfte und der Pflegedienste verrichtet ehrliche Arbeit.“

Doris Rauscher, MdL
Sozial- und familienpolitische Sprecherin der SPD-Fraktion | Copyright: bayernspd-landtag.de

„Es geht darum, den Pflegekräften zu danken, die sehr, sehr gute Arbeit leisten. Die weit überwiegende Zahl der Pflegekräfte leistet diese hervorragende Arbeit. Aber wir müssen die schwarzen Schafe herausnehmen. Die Pflegekräfte leisten diese Arbeit nicht wegen des Geldes, sondern aus innerer Überzeugung. Sie leisten sie nicht nur körperlich, sei es Pflege oder sei es die Versorgung mit Lebensmitteln, sondern sie geben den Menschen ganz viel Zuwendung in einer Phase, in der die Pflegebedürftigen entweder älter werden oder eine Behinderungsform haben. Es ist deshalb sehr wichtig, dass wir unsere Pflegekräfte immer wieder wertschätzen.“

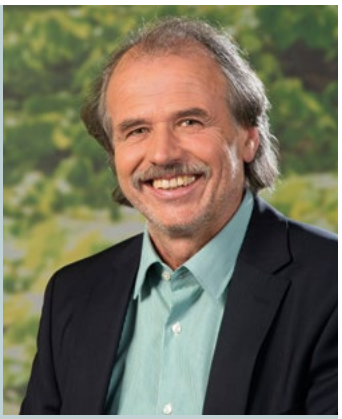
Kerstin Schreyer-Stäblein, MdL
Stellvertretende Vorsitzende der CSU-Fraktion | Copyright: www.csu-landtag.de

„Es ist mir ein persönliches Anliegen, und es ist ein großes Anliegen meiner Fraktion, uns bei allen Pflegerinnen und Pflegern für ihre hervorragende Arbeit, für ihre Arbeit am Menschen, für ihre Arbeit an hilfsbedürftigen Menschen ganz herzlich zu bedanken. Ihre tagtägliche Leistung unter erschwerten Bedingungen verdient allerhöchste Wertschätzung und allerhöchste Anerkennung. “

Prof. (Univ. Lima) Dr. Peter Bauer, MdL Stv. Fraktionsvorsitzender FREIE WÄHLER

„Nur eine kleine Minderheit der Pflegedienste ist in diesen Skandal verwickelt. Unsere Pflegedienste sind in der überwiegenden Mehrheit gesetzestreu, anständig und qualitativ gut. Tagtäglich pflegen ihre Mitarbeiter viele ältere Menschen und erhalten dafür erstens zu wenig Geld und zweitens zu wenig Anerkennung in der Gesellschaft. Ihr Einsatz für die Pflegebedürftigen wird nun dadurch diskreditiert, dass sich in diesem milliardenschweren Bereich offensichtlich mafiöse Strukturen bis jetzt relativ ungesichert, wie es aussieht, meine Damen und Herren, verbreiten konnten. Das ist der eigentliche Skandal. Die Pflege in Bayern hat es nicht verdient, in einem Satz mit Prostitution und Drogenhandel genannt zu werden.“

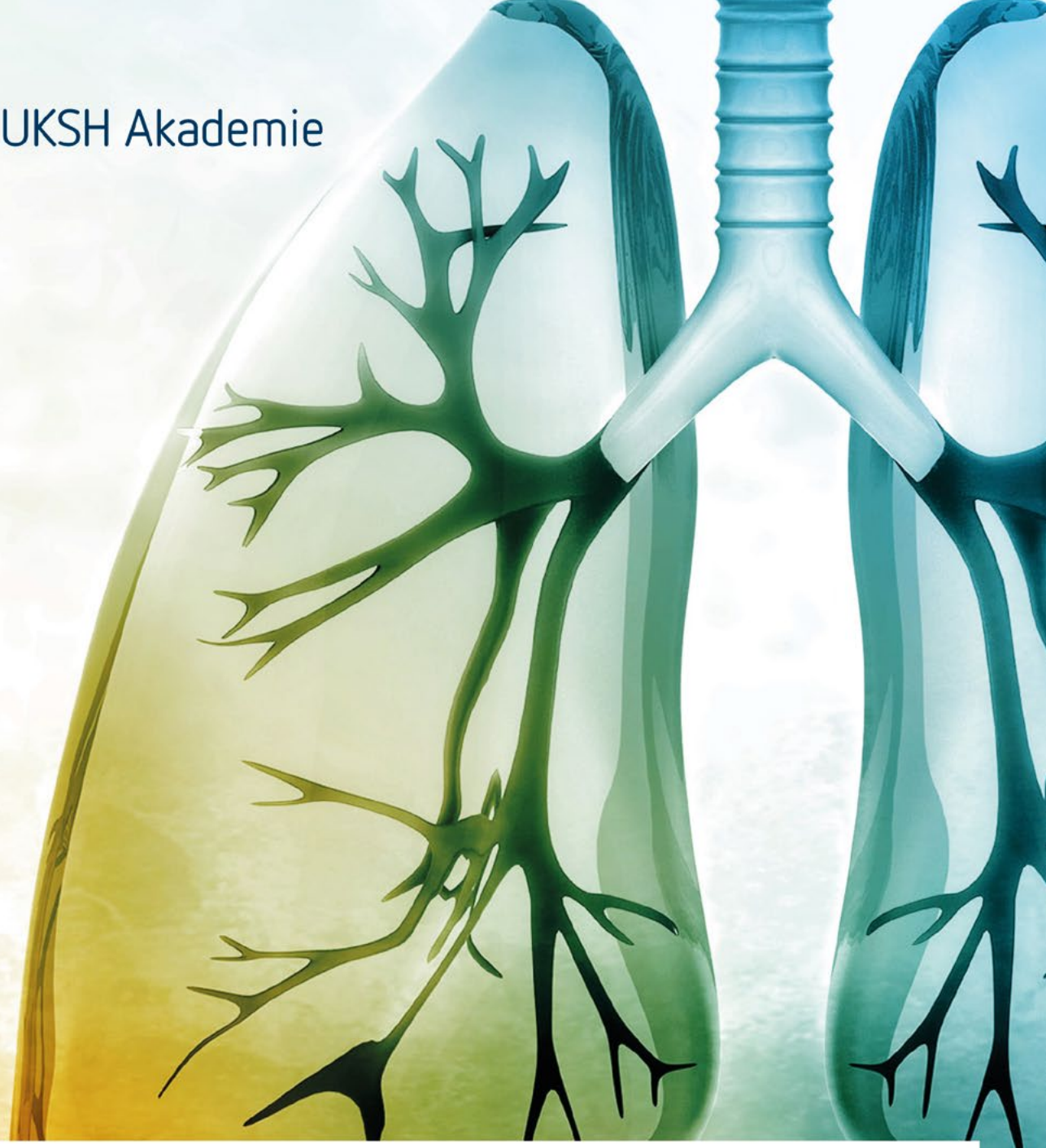
Ulrich Leiner, MdL
Sprecher für Gesundheit und Pflege für Bündnis 90 / Die Grünen | Copyright: www.gruene-fraktion-bayern.de



„Eine komplette Branche sollte nicht unter Generalverdacht gestellt werden. Das tun wir auch hier im Hause nicht – das haben auch alle Fraktionen betont –, weil die Arbeit, die von den Pflegekräften und auch von den pflegenden Angehörigen geleistet wird, viel zu wertvoll ist und vielfach Tag und Nacht in hervorragender Art und Weise und völlig seriös erbracht wird, ohne dass da irgendwelche kriminellen Machenschaften dahinterstehen.“

Melanie Huml, MdL
Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege

UKSH Akademie



Weiterbildung an der UKSH Akademie

Die Akademie des Universitätskliniums Schleswig-Holstein bietet Ihnen ein umfassendes, qualitativ hochwertiges Fort- und Weiterbildungsprogramm. Wir sind an beiden Standorten des UKSH, Kiel und Lübeck, vertreten.

Weitere Informationen zu uns und unserem Angebot finden Sie auf unserer Homepage:

www.uksh.de/Akademie

Weiterbildung Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung

Zertifizierter Lehrgang durch die DIGAB

Der Lehrgang richtet sich an Pflegende, die im außerklinischen Bereich tätig sind oder werden wollen. Er umfasst 50 Stunden theoretischen Unterricht und Praktika in der Versorgung von Beatmungspatienten im klinischen und außerklinischen Bereich von jeweils bis zu 40 Stunden (je nach Berufserfahrung).

Ausführliche Informationen zum Lehrgangsinhalt, Anmeldung und Kosten finden Sie unter:
www. uksh.de/Akademie_FuW oder | Telefon: 0431 500-92036 |

Bild © hywards - Fotolia.com

Fehlverhalten im Gesundheitswesen: Mehr als 60 Millionen Euro Schaden für AOK Bayern seit 2004

Pflegebetrug: Krankenkasse fordert Zentralregister

Die AOK Bayern sieht, wie sie in ihrer Pressemitteilung vom 17. August 2016 schreibt, weiterhin Handlungsbedarf, um Fehlverhalten im Gesundheitswesen wirksam zu bekämpfen. Matthias Jena, Vorsitzender des Verwaltungsrats der AOK Bayern, verdeutlicht dies am Beispiel Pflege: „Wir fordern ein bundesweites Zentralregister, das Betrugsfälle personenbezogen speichert." Bisher könnten Betrüger einfach ein Bundesland weiterziehen und dort eine neue Zulassung beantragen, ohne dass die Kranken- und Pflegekassen über die kriminelle Karriere informiert würden, sagt Jena. „Datenschutz darf nicht als Täterschutz missbraucht werden." Zugleich fordert Jena, dass die Landesverbände der Pflegekassen sich polizeiliche Führungszeugnisse vorlegen lassen dürfen vom Inhaber eines Pflegedienstes, der leitenden Pflegekraft und ihrer Stellvertretung. Jena wünscht sich bei der Bekämpfung von Fehlverhalten eine erheblich engere Zusammenarbeit mit den Verbänden der Pflegedienste.

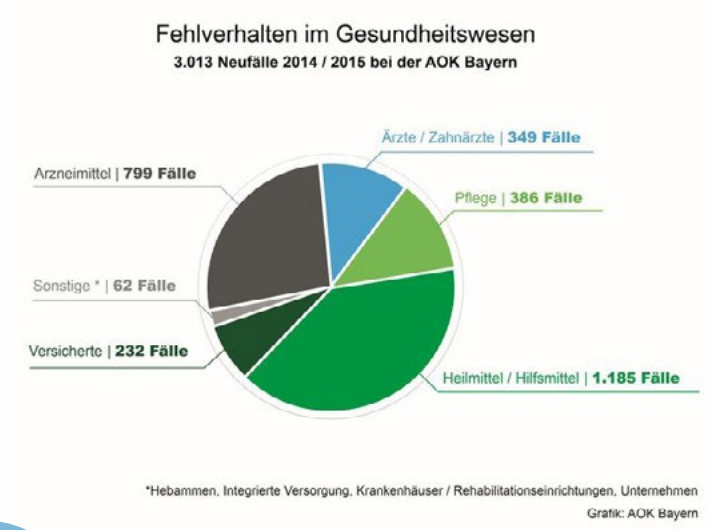
Insgesamt haben die Experten der AOK Bayern in den Jahren 2014 und 2015 mehr als 5.000 Verdachtsfälle von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bearbeitet – darunter gut 3.000 Neufälle und 2.100 Bestandsfälle. Mehr als 3.400 Fälle konnten im Berichtszeitraum abgeschlossen werden. Bei knapp 400 Fällen hatte die AOK Bayern die Staatsanwaltschaft eingeschaltet. Über 1.320 der abgeschlossenen Fälle waren als Fehlverhalten einzustufen, rund 270 Fälle waren Abrechnungsfehler. Insgesamt gab es somit bei rund 60 Prozent der abgeschlossenen Fälle straf- oder zivil-/sozialrechtlichen Handlungsbedarf.

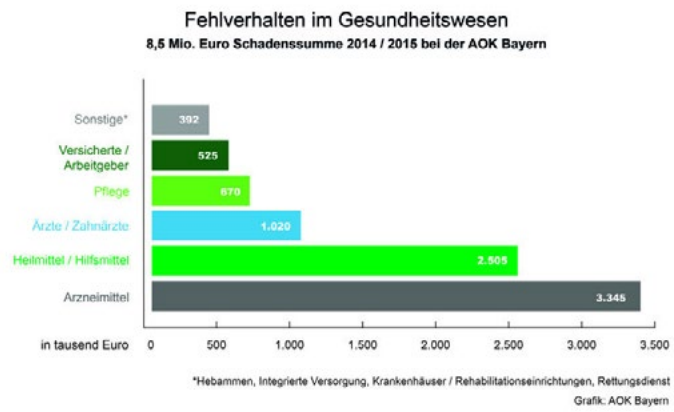
Der Gesamtschaden liegt bei 8,5 Millionen Euro. Rund 5,6 Millionen Euro konnte Bayerns größte Krankenkasse bisher erfolgreich zurückfordern. Seit Einrichtung der Fehlverhaltensstelle 2004 hat die AOK Bayern einen Gesamtschaden durch Betrug von über 60 Millionen Euro festgestellt. Über 40 Millionen Euro konnten zurück geholt werden.

Positiv sieht Dr. Helmut Platzer, Vorstandsvorsitzender der AOK Bayern, die neuen bayerischen Schwerpunktstaatsanwaltschaften Betrug im Gesundheitswesen. „Wir erleben einen konstruktiven Austausch." Platzer begrüßt auch die Ausweitung der Zuständigkeit dieser Staatsanwaltschaften auf alle Berufsfelder im Gesundheitswesen. „Wir freuen uns, dass die Bayerische Staatsregierung unsere Vorschläge aufgegriffen hat. Dadurch wird die Bekämpfung von Fehlverhalten effektiver – und auch die abschreckende Wirkung verstärkt."

Aus der täglichen Ermittlungsarbeit berichtet Dominik Schirmer, Beauftragter zur Bekämpfung von Fehlverhalten im Gesundheitswesen bei der AOK Bayern: „Die Betrüger gehen nicht nur dreist und unanständig vor. Sie werden auch immer professioneller." Gezielt würden betrügerische Pflegedienste elektronische Abrechnungsprogramme für ihre Betrugsmaschen einsetzen, so Schirmer. „Uns gegenüber rechnen sie dann aber – und das ist in der Pflege leider Standard – auf Papier ab." Schirmer fordert daher digitale und manipulationssichere Abrechnungssysteme in der Pflege. Im Kampf gegen Betrug im Gesundheitswesen setzt die AOK Bayern auf intelligente Softwareprogramme. „Künftig wollen wir Data Mining einsetzen, um die Abrechnungen von Leistungserbringern auf Betrugsmuster digital zu überprüfen", sagt Schirmer.

https://bayern.aok.de





SCHÄRFERE KONTROLLEN: JA ODER NEIN?

Ist Betrug nur noch ein Kavaliersdelikt? Und sind diejenigen, die Betrug ablehnen, doch letztendlich die Dummen? Ich frage mich, ab wann – auch in anderen Bereichen – diese immer dreisteren Unehrlichkeiten begannen. Betrachtet man die beiden Grafiken, die die AOK über Fehlverhalten im Gesundheitswesen veröffentlicht hat, geht es in anderen Bereichen offensichtlich noch „schlimmer" zu als in der ambulanten (Intensiv) Pflege! Enthüllungen über Korruption und Betrug häufen sich in den Medien, und ein Engagement bei Transparency Deutschland e.V. wird schnell zu einem Fulltime Job. Mit dem Verweis auf Korruption und Betrug in anderen Branchen (man denke nur an den dreisten Abgasskandal!) relativiert sich nicht, was im Bereich der außerklinischen Intensivpflege aufgedeckt wurde.
Ist es nicht wie das Doping im Sport? Irgendwann waren die Enthüllungen so erdrückend, dass dies Konsequenzen haben musste. Und fühlen sich nicht viele von uns, die sich in der außerklinischen Intensivpflege tagtäglich für bestmögliche Qualität ihrer Dienstleistung einsetzen, ähnlich „verarscht" wie all die ehrlichen Sportler?
Ginge es in unserem Bereich nicht um die Schwächsten in unserer Gesellschaft, um schwerstkranke Kinder und Erwachsene, könnte es uns ja irgendwann egal sein. Aber hier geht es um Menschen! Und ein „wir lassen es so, wie es ist" ist nicht mit unserem Gewissen vereinbar. Der ausschließliche Ruf nach schärferen Kontrollen ist verständlich, aber, davon bin ich fest überzeugt, man macht es sich damit auch zu einfach. Denn der bekannte „Teufel" steckt im Detail! Deshalb sind – und dem stimme ich zu -, vor allem effektivere Kontrollen wichtig. Und wir müssen uns mit den Details beschäftigen. So sagte Melanie Huml, Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, in der Landtagsdebatte am 20. April 2016: „Wenn es eine Gesetzeslücke gibt, sollten wir schauen, dass wir sie schnellstmöglich schließen. Aber ich teile auch die Auffassung, dass es nicht darum gehen kann, jetzt noch eine Kontrolle und noch eine Kontrolle einzuführen, sondern wir müssen genau schauen und klug prüfen: Wo sind Lücken? Wo sind Möglichkeiten, sich betrügerisch organisiert kriminell zu bereichern auf Kosten von uns allen? Dagegen müssen wir vorgehen. Aber es geht nicht darum, die gesamte Pflegebranche unter Generalverdacht zu stellen und mit sehr vielen Kontrollen zu überziehen, sondern wir müssen schauen: Wo gibt es hier eine Lücke? Wie kann man diese schließen? Löst das, was jetzt ab 2016 angestoßen wurde, schon die Fälle, oder gibt es noch weitere? Daran müssen wir weiterarbeiten."
Die Deutsche Stiftung Patientenschutz für Schwerstkranke, Pflegebedürftige und Sterbende e.V. hat sich in ihrer „Stellungnahme zum Referentenentwurf der Bundesregierung eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Gesetze (Drittes Pflegestärkungsgesetz – PSG III) vom 26.04.2016 eingehend mit dem Thema befasst. Darin wird eine einheitliche Patientennummer für Kranken- und Pflegekasse gefordert, um so Auffälligkeiten beim Abgleich der Abrechnungen zu erkennen. Außerdem sollen die Pflegedienste verpflichtet werden, nur noch elektronisch abzurechnen. Bis jetzt ist es noch immer möglich, dass Pflegedienste auf Papier abrechnen.

Vereinzelt ging das so weit, dass sie nicht einmal eine Einzelabrechnung schickten, sondern lediglich einen monatlichen Gesamtbetrag einreichten. Und dass Handzeichen innerhalb von kürzester Zeit nachträglich eingefügt werden können, ist ein offenes Geheimnis.
Die pflegepolitische Sprecherin der Fraktion Bündnis 90 / Die Grünen im Bundestag, Elisabeth Scharfenberg, hat sich am 24. Juni 2016 für eine Meldepflicht von ambulanten Diensten ausgesprochen. Dies führe zu mehr Transparenz, und man könne „schwarze Schafe" leichter identifizieren. Ihrer Überzeugung nach reichten Abrechnungsprüfungen und Führungszeugnisse nicht aus.
Auch wenn Skeptiker derzeit einen gewissen „Aktionismus" in der außerklinischen Intensivpflege und der Politik ausmachen und darauf verweisen, dass die bereits die bestehenden Gesetze - konsequent angewendet – ausreichen würden, spreche ich lieber von einer „Aufbruchstimmung". Vielen von uns mag der Begriff „Schwarze Schafe" schon „zum Hals heraus hängen", aber wir müssen diese Chance nutzen, dass die außerklinische Intensivversorgung endlich politisch geregelt wird, bundeseinheitlich, klar und transparent. Dies ist in unser aller Interesse!

Mehr unter: https://www.stiftung-patientenschutz.de/uploads/Pflegestaerkungsgesetz_Stellungnahme_Patientenschutz_Info-Dienst_2016_03.pdf

ETHIK STATT MONETIK

Dies war der Titel des Vortrags von Dr. Heiner Geißler, Bundesminister a.D., beim MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress im Jahr 2014. Und beim MAIK 2015 warnten so klüge Köpfe wie Prof. Dr. Dr. med. Klaus Dörner, Prof. Dr. med. Andreas Zieger und Prof. Dr. med., Dipl.-Ing. Dieter Köhler vor einer "Vertriebswirtschaftlichung" von Medizin und Pflege. Diese z.T. leidenschaftlich vorgetragenen Anklagen des Kapitalismus, der längst auch in Gesundheit und Pflege Eingang gefunden hat, ist vielen unvergesslich. Und stoßen nicht gerade wir als Dienstleister in der außerklinischen Intensivpflege ständig an die Grenzen des Wirtschaftlichkeitsgebots, dem wiederum die Krankenkassen, die das Geld der Versicherten treuhänderisch verwalten, unterliegen? Und mit wem verhandeln wir jede einzelne Patientenversorgung bei den Krankenkassen? Inzwischen führen wir fast nur noch Gespräche über die Patientenversorgung mit Personen, die mit Pflege gar nichts mehr zu tun haben. Es sind zunehmend mehr oder minder schroffe Betriebswirtschaftsler/innen, für die sich das gesamte Geschehen rund um eine Patientenversorgung nur noch in Zahlen abbildet. Und die umgekehrt offensichtlich klare Vorgaben erhalten, um wie viel Prozent sie die monatlichen Ausgaben zu senken haben. Und dies ist nicht nur in der Pflege so! Lesen Sie auf der nächsten Seite, wie sehr Ärzte inzwischen ihr ärztlich-professionelles Handeln der Gewinnmaximierung des Krankenhauses unterordnen müssen. Und sie wehren sich zunehmend.

Christoph Jaschke

ZERREIßPROBE FÜR DIE INNERE MEDIZIN

DGIM UND DDG FORDERN *W*ERTEDISKUSSION IM GESUNDHEITS*W*ESEN

Studien zeigen, dass viele Ärzte den wirtschaftlichen Druck in Kliniken als sehr stark wahrnehmen. In ihrem aktuellen Positionspapier formuliert die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) Lösungsvorschläge, um der zunehmenden Ökonomisierung des Klinikbetriebs zu begegnen. Die betriebswirtschaftliche Optimierung von Kliniken sieht die Fachgesellschaft als Zerreißprobe für die Innere Medizin. Sie fordert gemeinsam mit der Deutschen Diabetes Gesellschaft (DDG) unter anderem die Abschaffung von Bonus-Verträgen für Ärzte und einen „Ärzte-Kliniken-Kodex" als Leitfaden für das Zusammenspiel zwischen ärztlichen Grundwerten und ökonomischen Gesichtspunkten. Bei einer Pressekonferenz am 14. Juli 2016 in Berlin stellten DGIM und DDG das Positionspapier vor.

Immer häufiger müssen Ärzte ihr ärztlich-professionelles Handeln der Gewinnmaximierung des Krankenhauses unterordnen. „Viele Kollegen sehen sich mitunter gezwungen, zwischen medizin-ethischen Qualitätsstandards und Patientenwohl und der wirtschaftlich besten Lösung für das Krankenhaus zu entscheiden", klagt Professor Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger, Vorsitzende der DGIM aus München. In einem aktuellen Positionspapier präsentieren die DGIM und Vertreter der DDG Vorschläge, wie ein guter Versorgungsstandard in der Inneren Medizin auch weiterhin zu gewährleisten ist. „Zentral ist für uns die Abschaffung von den an ökonomische Kennzahlen gekoppelten Bonus-Verträgen für Ärzte. Diese setzen falsche Anreize und stören das Arzt-Patienten-Verhältnis", sagt Schumm-Draeger. Für das Vertrauen zwischen Arzt und Patient sei es entscheidend, dass es keine Verbindung zwischen finanziellen Anreizen und Behandlung gäbe.

Sehr kritisch sehen DGIM und DDG auch, dass verschiedene Tätigkeitsfelder der Inneren Medizin zunehmend abgedrängt würden, weil die dort angewandten medizinischen Maßnahmen weniger Ertrag abwerfen als andere. „Vor allem die sogenannte sprechende und damit zeitaufwändige Medizin lässt sich nicht in Prozeduren abrechnen, dabei ist das Gespräch genau der Teil der Behandlung, der beim Patienten Vertrauen erzeugt, was für den Erfolg einer Therapie entscheidend ist – insbesondere wenn es sich um komplexe Krankheitsbilder wie Diabetes handelt", betont Professor Dr. med. Baptist Gallwitz, Präsident der DDG. Diese Entwicklung könnte darin münden, dass künftig Patienten keine Fachärzte mehr in ihrer Nähe finden, die eine internistische Behandlung mit Blick auf den gesamten Menschen leisten können. Infolge dessen ist auch die Weiterbildung zum Facharzt – eine wichtige Aufgabe leitender Krankenhausärzte – in ihrer Qualität gefährdet. „Der Druck auf Kliniken und Ärzte, im DRG-System optimal abzurechnen, drängt die Weiterbildung immer mehr an den Rand", bedauert Professor Dr. med. Dirk Müller-Wieland, Mediensprecher der DDG und Mit-Autor des Positionspapiers. „Es muss personell und finanziell sichergestellt sein, dass Fachärzte weiterhin eine qualitativ hochwertige Ausbildung erhalten, um unsere Patienten bestmöglich zu versorgen", so der Internist aus Aachen.

„Umsatz darf nicht das primäre Ziel unserer Krankenhäuser werden", stellt auch Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der DGIM aus Kiel, klar. Die DGIM schlägt daher vor, einen Ärzte-Klinik-Kodex zu entwickeln. Dieser könnte als Modellansatz für eine Werte-orientierte Integration ärztlichen Handelns dienen und einen Ausgleich zu den derzeit dominierenden ökonomischen Leit- und Erfolgsbilder im Krankenhaussektor schaffen. „Die Versorgung kranker und damit auf ärztliche Hilfe angewiesener Menschen ist keine Dienstleistung", so Fölsch, „die Kunden nach Bedarf verkauft wird." Sie sei vielmehr eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, die zu lösen nicht Ärzten und Kliniken allein überlassen sein darf. Hier seien Politik und damit der Gesetzgeber gefordert, entsprechende Weichen zu stellen, anstatt sich hinter jenen zu verstecken, die den am Ende leidtragenden Patienten täglich gegenüberstehen.

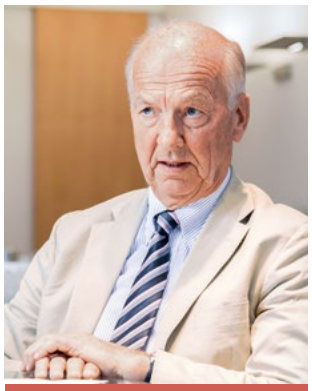
Das Positionspapier der DGIM kann unter diesem Link heruntergeladen werden:

Schumm-Draeger PM et al.
Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen.
Dtsch Med Wochenschr, Georg Thieme Verlag KG
DOI 10.1055/s-0042-111258

Prof. Dr. med. Baptist Gallwitz

Prof. Dr. med. Dirk Müller-Wieland

Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger



Professor Dr. med. Dr. h. c. Ulrich R. Fölsch

Copyright: Tim Flavor/DGIM

VIVISOL
Home Care Services

SOLGROUP
a breath of life

Das Leben atmen

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

VIVITRAVEL
Home Respiratory Care

VIVISOL Deutschland GmbH ▪ Straße der Einheit 5 ▪ 99338 Plaue | Germany ▪ **Tel.:** 03 62 07 51 10 ▪ **Fax:** 03 62 07 51 170 ▪ **VIVITRAVEL@VIVISOL**.de ▪ www.**VIVISOL**.de

Gründung des „IPV ambulanter Intensivpflegeverband Deutschland e.V.“

Vor kurzem gründete sich der „IPV – ambulanter Intensivpflegeverband Deutschland e.V.“. Der Vorsitzende, Herr Stephan Kroneder, der selbst Geschäftsführer der HERO GmbH ist und mehrere Intensivpflegedienste im Südostbayerischen Raum betreibt, findet, dass Bedarf für einen solchen Verband vorhanden ist. Die Vielzahl an Leistungserbringerverbänden decken die Interessen der allgemeinen ambulanten Hauskrankenpflege sowie der stationären Pflege, lt. seiner Erfahrung sehr gut ab. Für den Bereich der außerklinischen Intensivpflege gibt es jedoch seitens der Verbände entweder keine oder eine lediglich stiefmütterliche Interessenvertretung. Die außerklinische Intensivpflege verzeichnet mit die höchsten Wachstumszahlen in der Gesundheitswirtschaft und braucht deshalb eine eigene und starke Interessenvertretung gegenüber der Gesellschaft, Wirtschaft und Politik.

Zentraler Aufgabenbereich des Verbandes

Unter Wahrung der Selbstständigkeit der Mitglieder übernimmt der Verband die Ausübung von Ordnungs- und Koordinierungsfunktionen. Die Mitglieder sollen im Dienste an den Schwerstkranken miteinander verbunden sein. Die damit verbundenen Interessen aller an der Intensivpflege beteiligten, auch der Betroffenen selbst, möchte der IPV in sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht in geeigneter Weise vertreten. Zudem sieht Herr Kroneder als Vorsitzender in seinem Tätigkeitsbereich ein sozial- und gesellschaftliches Engagement, Beratungs- und Fortbildungsaufgaben, die Förderung der nationalen und internationalen Zusammenarbeit im Bereich der außerklinischen Intensivpflege und die Entwicklung von überregionalen Qualitätsstandards.

Geplantes Vergütungsmodell

Eine konkrete Aussage zur Vergütung kann noch nicht getroffen werden. Es sind jedoch Überlegungen vorhanden, dass einheitliche Verträge mit den Kostenträgern gestaltet werden sollen, die dann von den IPV-Mitgliedern genutzt werden können. Ein ausgeglichenes Verhältnis zwischen Qualitätssicherung und Preisfindung ist hier obligat. Die Leistungserbringer müssen durch verbindliche Qualitätsstandards eine sichere Patientenversorgung gewährleisten können, die dann auch unter dem Wirtschaftlichkeitsgebot für die Kostenträger finanzierbar sind. Hier findet Herr Kroneder einen gemeinsamen Austausch mit den Kostenträgern im persönlichen Gespräch ganz wichtig, um für alle Beteiligten die beste Lösung zu erzielen.

Vorbeugung sogenannter „schwarzer Schafe“ im Außerklinischen Intensivpflegebereich

Es fehlt in dem Bereich der Außerklinischen Intensivpflege an verbindlichen Qualitätsstandards, die rechtlich bindend sind. Dies schafft Spielraum für diese „schwarzen Schafe“. Andererseits können mit den Kostenträgern keine Leistungen abgerechnet werden, die vom Betreuer nicht beantragt bzw. nach Leistungserbringung gegengezeichnet wurden. Unter diesem Aspekt würde man nicht nur den Pflegediensten, sondern auch den Betroffenen bzw. deren Betreuern leichtfertig einen Abrechnungsbetrug unterstellen. Insofern, so die Einschätzung des Vorsitzenden Herrn Kroneder, geht es häufig auch um Momentaufnahmen, die von den Mainstreammedien hochgekocht werden. Mehr MDK-Kontrollbefugnisse sowie ein transparenteres Internet würden Betrugsfälle seiner Ansicht nach von vornherein erschweren.

Verhaltenscodex für Mitglieder

Der IPV wird einen Verhaltenscodex für regelgetreue Führung der Mitglieder aufstellen. Hier soll geregelt werden, dass alle im Arbeitsumfeld der Mitglieder einschlägigen Gesetze und Vorschriften beachtet werden, wie auch die vom Verband erarbeiteten Richtlinien. Diese Verhaltensgrundsätze werden durch schriftlich niedergelegte Prinzipien festgelegt und bilden Mindeststandards für die Mitglieder und deren Mitarbeiter. Eine Mitgliedschaft ohne vorheriges Einverständnis dieser Verhaltensgrundsätze und Richtlinien ist nicht möglich. Zudem kann ein Mitglied bei Nichteinhaltung des Verhaltenscodex auch wieder ausgeschlossen werden.

Politisches Engagement

Die Politik will Dienste, die nicht SGB XI-Leistungen erbringen, per Gesetz in die MDK-Kontrollen einbeziehen, Herr Kroneder begrüßt diese Entscheidung, da verbindliche Kontrollinstrumente im Bereich der Außerklinischen Intensivpflege notwendig sind. Zudem ist seine Erfahrung, dass eine qualitativ hochwertig arbeitende Pflegeeinrichtung auch kein Problem damit hat, gegenüber den Prüfinstanzen entsprechende Transparenz herzustellen.

Gründungsmitglieder

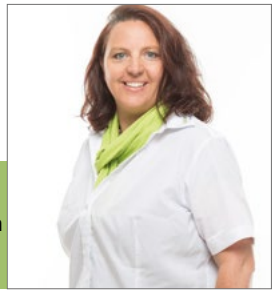
Stephan Kroneder

Cathrin Hofmann

Johann Kroneder

Gökhan Altincik

Martina Wiedmann



Rudolf Wiedmann

ABRECHNUNG
von Pflegeleistungen

Individueller Service und ein Höchstmaß an Abrechnungskompetenz sichern Ihre Liquidität.

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

Wir machen das!

Fordern Sie Ihr Angebot an. Jetzt!

Remscheider Str. 16
45481 Mülheim an der Ruhr

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

www.pvs-pria.de

PVS pria
EIN UNTERNEHMEN
DER PVS HOLDING

Die Ergänzungsvereinbarung

In Berlin und Brandenburg gibt es erstmals allgemein gültige Standards für Qualität und Vergütung in der Außerklinischen Intensivpflege. „Eine kleine Revolution im ambulanten Markt“, hieß es hierüber beispielsweise in einer Diskussion beim Altenpflege Zukunftstag im April dieses Jahres. Und die Frage stand im Raum, ob diese Ergänzungsvereinbarung ein Modell für ganz Deutschland sein könnte. Denn die darin geforderten Vorgaben sind unabdingbar für die Qualität der außerklinischen Intensivpflege.

Doch wie können die Leistungserbringer diese hohen Qualitätsstandards einhalten, wenn diese über den ausgehandelten Stundenpreis nicht finanziert werden können? Und am 30. Juni 2016 meldete sich der Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege (BHK e.V.) mit der Frage „Was geschieht mit den schwerstkranken Kindern?“ zu Wort. In der folgenden Pressemitteilung warnt er vor Kosteneinsparungen auch im ambulanten Kinderkrankenpflegebereich und fordert Sicherung der Pflegequalität sowie Anerkennung besonderer Kompetenzen.

„Nachdem 2016 bereits zwei große Pflegeverbände, der Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste (bpa) und die Bundesarbeitsgemeinschaft Hauskrankenpflege (B.A.H.), mit den Krankenkassen der Länder Berlin und Brandenburg für die Intensivversorgung von erwachsenen Patienten außerhalb von Kliniken Pauschalvergütungen um die 32 Euro pro Stunde abgeschlossen haben, befürchten Branchenkenner, dass andere Bundesländer dieser Vorgabe folgen werden. Doch gegen den niedrigen Stundensatz regt sich Protest.

Ambulante Kinderkrankenpflege sieht sich bedroht

„Das Gesetz unterscheidet leider nicht zwischen der Pflege von intensivpflegebedürftigen Erwachsenen und der Pflege von kleinen Kindern und Jugendlichen mit schwersten Erkrankungen und Behinderungen“, sagt Markus Zobel, einer der Vorstände des Bundesverbands Häusliche Kinderkrankenpflege (BHK e.V.) „Dabei ist die häusliche Kinderkrankenpflege als hoch spezialisierte pflegerische Fachdisziplin durch besondere Ansprüche gekennzeichnet. Die kranken Kinder und Jugendlichen leben in ihrer Familie, und ihre Betreuung erfordert äußerst vielschichtige medizinisch-pflegerische Kenntnisse. Oft leiden die Kinder an sehr seltenen und schweren sowie chronischen Erkrankungen, die den Pflegealltag durch komplexe Symptome und Problemlagen wie Beeinträchtigung der Atmung, Schmerzen, Krampfneigung, Unruhe, Hyperaktivität oder Verhaltensänderungen prägen.“ Darüber hinaus haben diese Kinder einen erweiterten Betreuungsbedarf. Sie benötigen in belastenden Situationen mehr Zuwendung, Sicherheit und Rituale als Erwachsene. Sie sind in ihrem Familienverbund auf Unterstützung bei der altersgerechten Deutung des Krankheitsgeschehens angewiesen und fordern vom Pflegefachpersonal die Kenntnis geeigneter Vermittlungsmethoden sowie eine intensive Begleitung.

Niedriger Stundensatz schadet der Qualität

Der Gesetzgeber verlangt von den Krankenkassen die Einhaltung des Wirtschaftlichkeitsgebots. Doch bei Pauschalen um die 32 Euro pro Stunde kommen viele ambulante Kinderkrankenpflegedienste an den Rand ihrer Möglichkeiten. Von dem geringen Betrag sollen ein mehr als verdienter Tariflohn für die oft sehr motivierten Fachkräfte samt Urlaubsanspruch, Krankheitskompensation und Fortbildungsmaßnahmen, eine organisatorische Infrastruktur mit EDV sowie ein Fuhrpark mit vielen – in der Pauschale bereits abgegoltenen – kilometerweiten Anfahrten der Pflegekräfte finanziert werden. Dass dies immer schlechter möglich ist, beweisen zunehmende Insolvenzen solcher oft privat geführten, mittelständischen ambulanten Kinderkrankenpflegedienste. Die Folge für die betroffenen Familien: Sie finden keine ambulanten Kinderkrankenpflegedienste, die freie Versorgungskapazitäten haben, und können ihr geliebtes Kind nicht zu Hause betreut wissen, sondern müssen es zur lebensnotwendigen Versorgung im Krankenhaus belassen. „Wollen wir solche Zustände?“ fragt Kerstin Mollenhauer von KIMBU Häusliche Kinderkrankenpflege Göttingen, die sich ebenfalls ehrenamtlich im Vorstand des BHK. e. V. engagiert. „Unsere Angestellten sind durch die verschiedensten Zusatzausbildungen hoch qualifiziert. Die Familien verdienen in ihrer belasteten Situation solche hoch qualifizierten Fachkräfte, und die Fachkräfte verdienen für ihre hoch qualifizierte Arbeit eine angemessene Entlohnung. Können wir sie ihnen durch die niedrigen Vergütungssätze der Krankenkassen nicht mehr bieten, rennen uns die guten Leute weg. Eine ähnliche Ausdünnung haben bereits die Hausgeburts-Hebammen erlebt – hoffen wir, dass eine solche Entwicklung den Familien mit einem schwerstkranken Kind erspart bleibt.“

Hintergrund: Wie ist die Bezahlung der Kinderkrankenpflegedienste geregelt? Die Höhe der Bezahlung von Pflegetätigkeiten ist nicht per Gesetz festgeschrieben, sondern wird im Einzelfall ausgehandelt. Der Paragraph 132 a des fünften Sozialgesetzbuchs schreibt allein das Vorgehen fest, nach dem Pflegedienste mit den Krankenkassen Art und Umfang von Pflegemaßnahmen sowie deren Bezahlung aushandeln müssen. Sollten sich die Vertragsparteien nicht einig werden, ist die Einschaltung einer Schiedsperson vorgesehen. Immer häufiger lassen die mächtigeren Krankenkassen es auf solche Verfahren ankommen. Die Folge für die Kinderkrankenpflegedienste, so Markus Zobel vom BHK e. V.: Die meist mittelständisch geführten Pflegeunternehmen müssen bis zu einer Entscheidung der Kassen oder der Schiedsperson in Vorleistung gehen und sind dadurch von Insolvenz bedroht. Um Rat zu finden, wenden sich zunehmend mehr Kinderkrankenpflegeunternehmen an den 1998 gegründeten Bundesverband Häusliche Kinderkrankenpflege, da sie sich und die spezifischen Belange der Kinderkrankenpflege von den etablierten und zumeist auf die Altenpflege spezialisierten großen Pflegeverbänden kaum noch wahrgenommen sehen.“

http://www.bhkev.de/

Die „Ergänzungsvereinbarung 2016“ wird auch beim diesjährigen MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress thematisiert. Es diskutieren Corinne Ruser, Geschäftsführerin des Bundesverbandes Häusliche Kinderkrankenpflege e. V., Ansprechpartnerin für obige Pressemitteilung, Tilman Holweg, Vater einer betroffenen Tochter, der immer wieder zu kämpfen hat, überhaupt noch Intensivpflegekräfte zu finden, Stephan Patke und Anja Hoffmann, beide Vertreter des Bundesverbandes privater Anbieter sozialer Dienste (bpa). Herr Patke ist zudem Leiter Projekt- und Geschäftsfeldentwicklung der ZBI-Gruppe (Zentrum für Beatmung und Intensivpflege).

Die Verordnung häuslicher Intensivpflege nach § 37 SGB V ist Grundvoraussetzung für die Versorgung eines i.d.R. vital gefährdeten Menschen und der hierfür erforderlichen Kostenübernahme seitens des Leistungsträgers. Sie wird vom Hausarzt ausgestellt, vom beauftragten Pflegedienst sowie dem Klienten bzw. seinem Betreuer unterschrieben und anschließend an die Krankenkasse weitergeleitet. Mit dem zusätzlich eingeholten MDK-Gutachten dient sie meist als Grundlage der Kostenzusage.

Die Verordnung häuslicher Krankenpflege kann grundsätzlich vierteljährlich angefordert werden. Die meisten Leistungsträger sind aber im Zuge der Entbürokratisierung vor einigen Jahren dazu übergegangen, bei einem eindeutigen und nicht verbesserungsfähigen Krankheitsbild auf diese unnötige Vorgehensweise zu verzichten und die jährliche Verordnung anzuerkennen. Um so verwunderlicher ist es nun, dass genau diese erfreuliche Entwicklung seit geraumer Zeit eine rückläufige Tendenz einnimmt.

Bei einem dauerhaft intensivpflichtigen Menschen, ohne jegliche Aussicht auf eine Verbesserung seines Gesundheitszustandes, bedeutet die halb- oder sogar vierteljährliche Anforderung einer neuen Verordnung unnötigen Mehraufwand für den Arzt, den Pflegedienst und für die Krankenkasse selber, die nach erneuter Bearbeitung der Verordnung eine erneute Kostenübernahme bewilligt. Hier ließe sich im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebotes sicherlich eine Menge Geld einsparen.

Des Weiteren kommt nun hinzu, dass seit 2016 von einzelnen, wenn auch bisher nur wenigen Krankenkassen, die Verordnungen der häuslichen Intensivpflege nach § 37 SGB V nur anerkannt werden, wenn diese frühestens drei Tage vor Quartalsende vom Hausarzt ausgestellt werden. Dies ist allerdings, gerade Ende Dezember, kaum möglich, da in dieser Zeit viele Praxen geschlossen haben und es auf dem Postweg häufig zu Verspätungen kommt. Zudem ist es keine Seltenheit, dass Verordnungen nicht korrekt ausgestellt werden, da sie beispielsweise in Form eines Rezeptes vorliegen oder mit falschem Datum versehen werden. Als Folge bleibt nur die erneute Anforderung der Verordnung, wofür ein gewisser zeitlicher Spielraum nötig ist.

Hinzu kommt, dass auch die Krankenkasse einige Zeit für die Bearbeitung und somit für die erneute Zusage der Kostenübernahme beansprucht. In Folge dessen arbeitet der Pflegedienst mitunter für mehrere Monate ohne eine verbindliche Kostenzusage des Leistungsträgers. Dies wiederum bedeutet in seiner Konsequenz, dass der Leistungserbringer in dieser Zeit auf die Kostenerstattung warten muss. Nachdem er allerdings in Vorleistung tritt und dies auch muss, kann das für den ein oder anderen Pflegedienst den Ruin bedeuten.

So bleibt sehr zu hoffen, dass sich die betreffenden Krankenkassen doch wieder auf die Entbürokratisierung innerhalb der Pflege einlassen und sich ihrem so wichtigen Aufgabenbereich, nämlich der schnellst- und bestmöglichen Unterstützung ihrer intensivpflegebedürftigen Mitglieder, annehmen.

Dorothee von Zobel

ZUNEHMENDE BÜROKRATIE FÜR DIE ANFORDERUNG VON VERORDNUNGEN HÄUSLICHER INTENSIVPFLEGE

Bundesteilhabegesetz und Pflegestärkungsgesetz III können so nicht bleiben!

Das teilt Ulla Schmidt mit, die Bundesvorsitzende der Lebenshilfe und Vizepräsidentin des Deutschen Bundestages. „Das Gesetzespaket", so Ulla Schmidt weiter, „enthält zwar Fortschritte, die auf langjährigen Forderungen der Lebenshilfe beruhen, aber die drohenden Verschlechterungen für Menschen mit geistiger Behinderung sind inakzeptabel. Besonders die Ausweitung des Ausschlusses von Leistungen der Pflegeversicherung im Pflegestärkungsgesetz ist eine Diskriminierung von Menschen, die als Versicherte Beiträge zahlen!"
Die Lebenshilfe mit ihren über 500 örtlichen Vereinigungen und 130.000 Mitgliedern startete daher eine bundesweite Protest- und Aufklärungskampagne und ruft dazu auf, ihre Petition zu den Gesetzentwürfen zu unterzeichnen. Das Motto lautet **#TeilhabeStattAusgrenzung**; Ziel ist es, die Forderungen der Lebenshilfe für gute Teilhabe und Pflege den Abgeordneten und der breiten Öffentlichkeit deutlich zu machen. Ulla Schmidt: „Wir wissen, dass diese sozialpolitischen Großvorhaben für viele Außenstehende sehr kompliziert sind. Wir werden es jedoch nicht zulassen, dass am Ende die Schwächsten, die Menschen mit geistiger Behinderung, als Verlierer dastehen. Wir müssen allen klarmachen, was die Folgen dieser Gesetze sind. Und wir werden gegen die Verschlechterungen durch das Pflegestärkungsgesetz III und für ein Bundesteilhabegesetz kämpfen, das diesen Namen auch verdient."
Das Bundesteilhabegesetz regelt die Eingliederungshilfe neu. Von den derzeit rund 860.000 Beziehern der Eingliederungshilfe hat die Mehrheit – über eine halbe Million – eine geistige Behinderung. Bleibt die Reform so, wie sie ist, hat das laut der Lebenshilfe schwerwiegende Auswirkungen: Manche Menschen mit geistiger Behinderung müssen fürchten, ganz aus dem Hilfesystem herauszufallen. Anderen droht, dass sie gegen ihren Willen mit anderen zusammen wohnen müssen oder in Pflegeeinrichtungen abgeschoben werden. Wieder andere müssen bangen, ihr Zuhause zu verlieren, weil ihre Wohnstätte nicht mehr ausreichend finanziert wird und schließen muss.

Die Lebenshilfe fordert daher, dass ...
1. ... Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf künftig nicht von den Leistungen der Pflegeversicherung ausgeschlossen werden. Umgekehrt darf ihnen auch nicht die Eingliederungshilfe verwehrt werden, weil sie neben ihrer geistigen Behinderung einen Pflegebedarf haben. Sie brauchen für Teilhabe beide Formen der Unterstützung. Der Verschiebebahnhof zwischen Eingliederungshilfe und Pflege muss aufhören!

2. der Zugang zu den Leistungen der Eingliederungshilfe nicht so begrenzt wird, dass Menschen, die in weniger als fünf Lebensbereichen Einschränkungen aufweisen, von den Leistungen ausgeschlossen werden. Eine solche Hürde ist zu hoch!

3. Menschen mit Behinderung nicht gezwungen werden können, gemeinsam mit anderen Leistungen in Anspruch zu nehmen, zum Beispiel beim Wohnen und in der Freizeit. Das ist das Gegenteil von Selbstbestimmung und führt zu Ausgrenzung statt Teilhabe!

4. die Kosten der Unterkunft für das Wohnen in Wohnstätten nicht willkürlich begrenzt werden. Wenn das Wirklichkeit wird, droht vielen Wohnstätten für Menschen mit geistiger Behinderung das finanzielle Aus, und die dort lebenden Menschen verlieren ihr Zuhause!

5. Menschen mit einer geistigen Behinderung nicht von den verbesserten Regelungen im Bundesteilhabegesetzes zur Heranziehung ihres Vermögens ausgeschlossen werden. Auch sie haben ein Recht auf ein Sparbuch!
Unter diesem Link https://www.lebenshilfe.de/de/themen-recht/artikel/Stellungnahme-zum-BTHG-und-PSG-III.php?listLink=1%C3%A4 geht es zur Stellungnahme zum Entwurf eines Gesetzes zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen (Bundesteilhabegesetz – BTHG) in Verbindung mit dem Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Stärkung der pflegerischen Versorgung und zur Änderung weiterer Vorschriften und hier zur Petition der Lebenshilfe
#TeilhabeStattAusgrenzung
https://www.change.org/p/teilhabe-statt-ausgrenzung-von-menschen-mit-geistiger-behinderung

Quelle: **www.lebenshilfe.de**

Foto: Laurence Chaperon Photographie

Ulla Schmidt

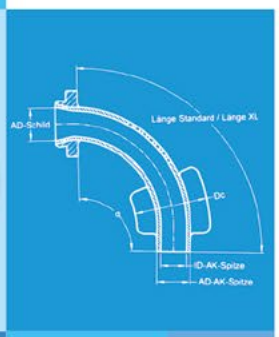
BMV® Bender Medical Vertrieb GmbH

Profitieren Sie von uns!

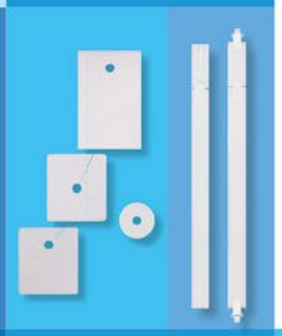
Weaning

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

Trachealkanülen Kanülenoptimierung



Hilfsmittel Verbrauchsartikel



- Durchgängiges Produktsortiment.
- 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

Protestaktion vor Kanzleramt zum Teilhabegesetz

Zur Einstimmung auf den wieder Fahrt aufnehmenden Politikbetrieb in Berlin hatten behinderte Menschen am 27. August 2016 den Tag der offenen Tür der Bundesregierung zum Anlass genommen, um für ein Bundesteilhabegesetz zu protestieren, das den Namen verdient. Vor dem Kanzleramt baute sich eine Reihe von Aktiven mit einem Transparent mit der Aufschrift "Gegen Fremdbestimmung - für ein selbstbestimmtes Leben" auf. "**#AlleinzuHaus** statt rein ins Heim" ist der Titel der Kampagne, die an **#nichtmeingesetz** anknüpft.

Die hochsommerlichen Temperaturen haben behinderte Menschen nicht davon abgehalten, ihrem Unmut über die Behindertenpolitik der Bundesregierung Ausdruck zu verleihen. Dafür haben sie sich vor dem Bundeskanzleramt versammelt, um der Feierlaune etwas Realität einzuhauchen, was nämlich die derzeitige Aussonderung behinderter Menschen konkret bedeutet und welche Verschlechterungen mit dem Bundesteilhabegesetz drohen.

Bereits am Vormittag war in der Mohrenstraße ein Anhänger mit einer großen Plakatwand gesichtet worden, mit der die Kampagne des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales auf's Korn genommen wird. "Weniger möglich machen - mehr behindern" ist darauf zu lesen.

Ottmar Miles-Paul (kobinet-Nachrichten)

Unter *http://alleinzuhaus.org/2016/05/10/die-10-groessten-maengel-des-entwurfs-zum-bundesteilhabegesetz/* gibt es eine Auflistung der 10 größten Mängel des Entwurfs zum Bundesteilhabegesetz. Einer der Kritikpunkte lautet: „Selbstbestimmt leben? Nur wenn es günstiger und nicht unangemessen ist. Bisher galt der Grundsatz: ambulant vor stationär. Also es ist besser, man wohnt zu Hause oder in einer eigenen Wohnung als in einem Heim. Dieser Vorrang entfällt, sodass das Wohnen in den eigenen vier Wänden künftig oft nur dann ‚erlaubt' werden wird, wenn es günstiger ist oder ein Leben im Heim unzumutbar ist. (§104 II SGB IX)." Nur in der Begründung sei inzwischen als „Bestandsschutz" hinzugefügt worden, dass das, was vorher angemessen war, auch angemessen bleibt. „Das ist gut für die, die wohnen, wie sie möchten, aber eine Katastrophe für diejenigen, die noch im Heim leben müssen oder erstmals von ihren Eltern ausziehen möchten."

Fotocredit: „Andi Weiland

ZWISCHENBILANZ:

VdK-Kampagne "Weg mit den Barrieren!" ist ein voller Erfolg

Die VdK-Kampagne „Weg mit den Barrieren!", mit der sich der VdK für eine Gesellschaft ohne Hindernisse einsetzt, ist schon zur Halbzeit ein großer Erfolg. Mehr als 55 000 Menschen unterstützen bereits die VdK-Forderungen für ein barrierefreies Deutschland. „Seit Anfang des Jahres konnten wir mit zahlreichen öffentlichkeitswirksamen Aktionen und Veranstaltungen deutliche Akzente setzen", erklärt Ulrike Mascher, Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland am 18. Juli 2016.

Wichtige Voraussetzung für den Erfolg der Kampagne ist das Engagement der Landes-, Orts- und Kreisverbände. „Alle Verbandsstufen des VdK sind aktiv und machen sich vor Ort für Barrierefreiheit stark, damit Menschen mit Behinderung und Beeinträchtigungen wirklich teilhaben können", so die VdK-Präsidentin.

Dass das Thema „Barrierefreiheit" die Menschen berührt, zeigt vor allem auch die „Landkarte der Barrieren", die das Herzstück der VdK-Kampagne ist. „Seit Kampagnenstart haben uns schon mehr als 1600 Meldungen über Bahnhöfe, Internetseiten, Geschäfte, Arztpraxen, Behörden und öffentliche Plätze erreicht, die für Menschen mit Behinderung oder Beeinträchtigungen kaum oder gar nicht zugänglich sind. Das zeigt, dass wir von einer inklusiven Gesellschaft noch weit entfernt sind. Wir brauchen aber Barrierefreiheit im umfassenden Sinn", so Mascher.

Der Sozialverband VdK kritisiert erneut vehement, dass in der kürzlich vom Bundestag verabschiedeten novellierten Fassung des Behindertengleichstellungsgesetzes die Privatwirtschaft beim Abbau von Barrieren nicht in die Pflicht genommen wird. „Es bedarf klarer gesetzlicher Regelungen, um Teilhabe zu garantieren, und auch um die Zugänglichkeit im Bereich privater Güter und Dienstleistungen, wie zum Beispiel Arztpraxen, sicherzustellen", fordert die VdK-Präsidentin.

Dass der Druck des VdK auf die Politik Wirkung zeigt, machen die jüngst verkündeten Pläne des Bundesverkehrsministeriums deutlich, mehr als 100 kleine Bahnstationen in Deutschland barrierefrei umzubauen. „Das ist ein erster Schritt, dem viele weitere folgen müssen. Verkehrsmittel und -anlagen müssen für alle zugänglich sein. Deswegen fordern wir auch weiterhin ein höheres Tempo beim Umbau der Bahnhöfe und mehr Zuschüsse vom Bund", erklärt Mascher.

Der VdK wird beim Thema Barrierefreiheit nicht locker lassen und auch im Vorfeld der Bundestagswahl im nächsten Jahr Politiker aller Parteien überall im Land mit seinen Forderungen zur Barrierefreiheit konfrontieren. „Von einer barrierefreien Gesellschaft profitieren nicht nur Menschen mit Behinderung, sondern auch Ältere, Familien oder Menschen, die nur vorübergehend ein Handicap haben", so die VdK-Präsidentin.

Der VdK ist mit über 1,75 Millionen Mitgliedern die größte Interessenvertretung behinderter und älterer Menschen in Deutschland. Mit der Kampagne „Weg mit den Barrieren!" macht sich der Sozialverband VdK für eine barrierefreie Gesellschaft stark. Jetzt informieren: www.weg-mit-den-barrieren.de

Hier die Kampagne unterstützen!
http://www.weg-mit-den-barrieren.de/#record-17

4. Beatmungs- und Informationstag des ALS-mobil e.V.

Langsam wird es zur Tradition, dass der ALS-mobil e.V. sowohl seinen Mitgliedern als auch allen am Thema ALS Interessierten, eine jährliche Veranstaltung unter dem Leitfaden "Lebenswertes Leben mit ALS - für Betroffene von Betroffenen" bietet. Bereits zum 4. Mal lud der Verein am 23.7.2016 zu einem Beatmungs- und Informationstag ein. Kompetente Referenten gaben ihre Erfahrungen rund um die ALS weiter und versuchten so, den Alltag von ALS Betroffenen zu erleichtern. Und das waren die Themen und Referenten bei dieser interessanten Veranstaltung.

Ein hartes Thema gleich zu Beginn und vielleicht auch eines, über das keiner nachdenken mag sprach Frau **Dagmar Kettemann** von der ALS Ambulanz der Charité Berlin an: *Von der Diagnose über lebensverlängernde Maßnahmen bis zur kontrollierten Beendigung der Therapie.* Mit den Mitteln der ALS-Maximaltherapie wie PEG und invasive Beatmung lässt sich die Überlebenszeit der Patienten weit über die Dauer des natürlichen Krankheitsverlaufs verlängern. Ziel ist es jedoch, nicht nur Lebenszeit, sondern auch Lebensqualität zu erhalten. Und die wird jeder Betroffene ganz subjektiv für sich definieren. Wann und unter welchen Umständen, welche Therapien beendet bzw. erst gar nicht begonnen werden, kann und muss sehr individuell entschieden werden. Eine große Hilfe hierbei ist eine detaillierte und aktualisierte Patientenverfügung, die insbesondere, wenn der Betroffene nicht mehr „für sich selbst sprechen" kann, sicherstellt, dass er zu jedem Zeitpunkt nach seinem Willen behandelt wird. Wie eine solche aussehen kann und was bei der Entscheidungsfindung hilft, finden Sie unter *http://www.als-charite.de/vorlagen-zur-patientenverfuegung-bei-der-als/*

Der nächste Redner war der 1. Vorsitzende des ALS-mobil e.V., **Oliver Jünke**. Er berichtete von seinen eigenen Erfahrungen als ALS-Betroffener, über die bei ihm angewendeten lebensverlängernden Maßnahmen und wann und unter welchen Voraussetzungen sie bei ihm eingestellt werden sollen. Sein Vortrag war wieder von seiner Ehrlichkeit und seiner positiven Grundeinstellung geprägt. Er gab den Teilnehmern einen tiefen Einblick in seine persönliche Situation. Vor fast genau 11 Jahren bekam Herr Jünke die Diagnose ALS mit einer Lebenserwartung von 3 bis 5 Jahren. Er ließ sich aber nicht entmutigen, er versucht alles, um sein Leben so weit wie möglich selbstbestimmt und sinnerfüllt zu gestalten. Es gelang ihm auch in seinem diesjährigen Vortrag, anderen Betroffenen und deren Angehörigen Mut zuzusprechen. Gleichzeitig sprach er darüber, dass es auch für ihn eine Grenze bei der Anwendung von lebensverlängernden Maßnahmen gibt. In seiner Patientenverfügung hat er festgelegt, dass die Therapien beendet werden sollen, wenn er keinerlei Möglichkeiten zur Kommunikation mehr besitzt.

Frank Gerhard, Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin vom Pflegedienst isb aus Düsseldorf, sprach als nächster Referent über 20 Jahre Beatmung, die gegenwärtigen Gegebenheiten und wie sich die Zukunft der Heimbeatmung gestalten wird. Er gab einen interessanten Abriss über die Entwicklung der (Heim-)Beatmung seit der letzten großen Polio-Epidemie Ende der 1950iger Jahre, als ein Überleben für beatmungspflichtige Patienten nur noch in der eisernen Lunge möglich war. Es war eine Pionierleistung der Pfennigparade, die in den 1970iger Jahren beatmungspflichtigen Kindern und Jugendlichen (hauptsächlich Morbus Duchenne) dazu verhalf, außerhalb von Intensivstationen zu leben. Ermöglicht wurde dies durch die Entwicklung entsprechender transportabler Beatmungsgeräte, welche anfangs noch ca. 12 kg auf die Waage brachten. Mittlerweile sind die Geräte mit ca. 4,5 kg deutlich leichter. Die auf dem Markt befindlichen Geräte sind auf einem hervorragenden technischen Stand, zeichnen sich durch hohe Verlässlichkeit, leichte Bedienbarkeit und niedrige Fehleranfälligkeit aus. Jeder, der (in Deutschland) auf die Unterstützung eines solchen Gerätes angewiesen ist, wird mit einem (ggf. auch einem zweiten) Beatmungsgerät versorgt. Frank Gerhard geht davon aus, dass in zehn Jahren die meisten beatmungspflichtigen Menschen in Wohngemeinschaften leben werden, da weder die finanziellen noch die personellen Ressourcen langfristig reichen werden.

Die Juristin **Anja Hoffmann** (bpa Berlin und Brandenburg) sprach über die ökonomischen Bedingungen, unter denen ALS-Betroffene ihr Leben und die unerlässliche Teilhabe am gesellschaftlichem Leben gestalten können. Sie ging in ihrem Vortrag auf die rechtlichen Voraussetzungen des Persönlichen Budgets und des Arbeitgebermodells als eine Möglichkeit zur selbstbestimmten Organisation der eigenen Pflege ein. Es gelang ihr, einen Überblick zu vermitteln, worin die Vorteile, aber auch die Fallstricke dieses Arbeitgeber-Modells liegen. Denn das ist es letztlich: ein kleines Unternehmen mit angestellten Pflegekräften oder Assistenten, die bezahlt und einer Qualitätskontrolle unterliegen müssen. Eine ausführliche und fachkompetente Beratung in den Bereichen Arbeits- und Steuerrecht ist unerlässlich. Alle Einzelkosten sind zu bedenken, um eine ausreichende Kalkulation zu erstellen. Dabei sollte man Hilfe von erfahrenen Fachleuten einholen.

Frau **Dr. Susanne Abdulla** (Uniklinik Dresden) informierte über die aktuelle Studie ihres Instituts zum spezifischen Schmerzprofil bei ALS-Betroffenen. Die ALS wird vordergründig als eine schmerzlose Krankheit angesehen. Es steht fest, dass ALS-Patienten häufiger als bislang angenommen, an unbehandelten und die Lebensqualität beeinträchtigenden Schmerzen leiden. Jedoch spielen andere Symptome oder Probleme zunächst eine vorrangige Rolle, so dass die Beachtung des Schmerzes oft in den Hintergrund gerät. Hier setzt die von Frau Dr. Abdulla vorgestellte Studie an. Durch die gewonnenen Erkenntnisse sollen Ärzte, Therapeuten und Versorgungsträger für das Thema sensibilisiert und Therapien entwickelt werden. Ziel ist die Verbesserung der Lebensqualität von Patienten mit ALS durch Entwicklung von krankheitsspezifischen Messinstrumenten sowie symptomatischen Therapien. Um über die Situation von ALS-Betroffenen weiter zu recherchieren, nutzte Frau Dr. Abdullah die Veranstaltung zur Gewinnung neuer Studienteilnehmer unter den anwesenden ALS-Betroffenen.

Sehr bewegend berichtete **Jean-Marc Scheer** vom Verein „Wäertvollt Liewen e.V." (www.waertvollt-liewen.lu) aus Luxemburg in Form eines Dokumentarfilmes über die ALS-Erkrankung seiner Frau Nathalie und die zahlreichen Hürden und Probleme, die es bei der Organisation der Pflege und deren Finanzierung in unserem Nachbarland aus dem Weg zu räumen gilt. In dem Dokumentarfilm berichtet Nathalie Scheer-Pfeiffer sehr berührend von ihrem Familienleben mit Ehemann und Tochter. Ebenso gibt sie informative Einblicke in ihren Alltag mit den Vertrauenspersonen, die ihre 24h Versorgung sicherstellen. Bemerkenswert hierbei ist, dass die Auswahl und Einarbeitung der i.d.R. pflegefremden Personen von ihr und ihrem Mann unter den Gesichtspunkten der persönliche Eignung und gegenseitiger Sympathie erfolgt. Das Ziel ist es, Pflegekräfte zu finden und auszubilden, die eine individuelle, hygienische und bedarfsorientierte Pflege freudig, freundlich und verlässlich durchführen.

Zu guter Letzt gab uns Vereinsmitglied **Dr. Ute Oddoy** gemäß unserem Vereinsmotto „Für Betroffene von Betroffenen" in ihrem vergnüglich gehaltenen Vortrag einen Einblick in ihre Erfahrungen, die sie bei fantastischen Fernreisen in alle Teile der Welt sammeln durfte.

Sie zeigte uns, dass mit guter Organisation und einem passendem Team kein Reiseziel unerreichbar bleiben muss. Mit Bildern und heiteren Geschichten ließ sie uns an ihren Erlebnissen auf Schiffen, in Zügen, Bussen und auf abenteuerlichen Wegen teilhaben. Wie unterschiedlich die Gegebenheiten in Europa, Amerika und China auch sein mögen, mit der engagierten Hilfe von Verkehrsangestellten und Passanten ließ sich jede Hürde nehmen, gelegentlich mit Muskelkraft oder einem Aufzug, der eigentlich nicht für Passagiere gedacht war. Frau Dr. Oddoy will sich auch in Zukunft trotz der Erkrankung an ALS die Freude daran, in ferne Länder zu reisen, nicht nehmen lassen.

Im Anschluss an die Vorträge standen die Referenten und Firmen-Vertreter der Industrie-Ausstellung dem Publikum Frage und Antwort. Unter allen Teilnehmern entstand ein reger Erfahrungsaustausch. Ein großes Dankeschön geht an die Angestellten der Fürst Donnersmarck-Stiftung und die Sponsoren, die den Verein bei der Gestaltung dieses Tages großzügig unterstützt haben. Mehr über den Verein ALS-mobil e.V. und seine Aktivitäten finden Sie auf der Website *www.als-mobil.de*

Oliver Jünke

Inklusion – auch in der ambulanten Intensivpflege oder „Ich will ihm doch nur helfen!“

In der ambulanten Intensivpflege betreuen wir häufig Klient/innen, die z.B. in ihrer Atemfunktion oder in ihren Bewegungsabläufen eingeschränkt sind oder die sich nicht erkennbar für uns Außenstehende an einer Unterhaltung beteiligen können (Wachkoma-Patienten). Sie werden von Angehörigen und Pflegenden liebevoll und aufwändig in ihren eigenen vier Wänden versorgt und es wird viel getan, um es ihnen so angenehm wie möglich zu machen, sie sollen zufrieden sein und wenn es uns gelingt, ihnen einmal ein Lächeln abzuringen, dann sind wir froh.

Da ist KK, ein 33jähriger Patient, der seit frühster Kindheit wegen eines hohen Querschnitts beatmet werden muss und immer und ständig auf uns Pflegende angewiesen ist. Es gibt keine Situation, wo er für sich sein kann, wo er selbständig etwas unternehmen kann, ohne dass Pflegekräfte ihn dabei unterstützen müssen. Aber er ist wach, ansprechbar, kann kommunizieren und sagen, was er möchte oder nicht möchte, aber dennoch – er bedarf der Unterstützung der Pflegenden und Angehörigen. Er kann seinen Computer ohne Hilfe bedienen, er kann selbständig schlucken, er kann Filme ansehen und mit seinem E-Rollstuhl in halsbrecherischer Fahrt durch die Fußgängerzone jagen, so dass die begleitende Pflegekraft kaum hinterher kommt. Und sonst?

KK unterscheidet sich von den „Gesunden“ durch bestimmte Einschränkungen. Er stellt ein klassisches Beispiel für Menschen dar, die die Grenze dessen, was als „normal“ und „unnormal“, als „gesund“ oder „krank“ gilt sprengen, die sich also jenseits einer Normalitätsgrenze bewegen.

Was oder Wer ist schon normal? – ein gesellschaftliches Problem

Normal, so Jürgen Link, sind die „statistisch am häufigsten vorkommenden“ Gesunden. “Die produzierten (…) Normalitäten (sind) im Wesentlichen durch „gemittelte“ Verteilungen gekennzeichnet (…).“ Die Tatsache, dass erhobene Daten „erstens auf Massenverteilung und Massentrends hin analysiert werden – dass diese Verteilungen und Trendkurven zweitens mit der Normalverteilung (…) verglichen – und dass drittens versucht wird, abweichende Verteilungen durch Um-Verteilung an die normalen Verteilungen anzugleichen, also zu normaliseren“ bezeichnet Link als „Normalismus“ (Link 2013: 31), er grenzt „die Kategorie der Normalität systematisch und historisch (…) (ein) auf verdatete (d.h. vernetzte, Anm.d.V.) Gesellschaften.“ (Link 2006: 323) „Normativität bzw. normative Normen besitzen alle menschlichen Gesellschaften. Es sind sanktionsbewehrte Ver- oder Gebote, die dem Handeln präexistent und mindestens einigen Experten der Norm vor dem Handeln auch bekannt sind. Sie sind gleichermaßen generell wie einzelfallbezogen und funktionieren nach einer binären Ja-Nein-Entscheidung.“ (Link 2006: 323)

Normalität und Normativität sind offenbar eng miteinander verzahnt: auf der Grundlage dessen, was die verdatete Gesellschaft als „normal“ bezeichnet, entwickeln sich (neue) Ver- und Gebote, also neue normative Normen. Die in jüngster Zeit gefällten Urteile des Bundesverfassungsgerichts z.B. zum Thema „Ehegattensplitting auch für eingetragene Partnerschaften“ sind heute nur deshalb denkbar, weil es „normaler“ geworden ist, dass es homosexuelle eingetragene Lebenspartnerschaften gibt und geben darf.

Die Entscheidung darüber, was „normal“, was „nicht normal“ ist, wird somit zu einem wichtigen „Kriterium für gesellschaftliche Akzeptanz oder Inakzeptanz, für Inklusion oder Exklusion.“ (Link 2013: 32)

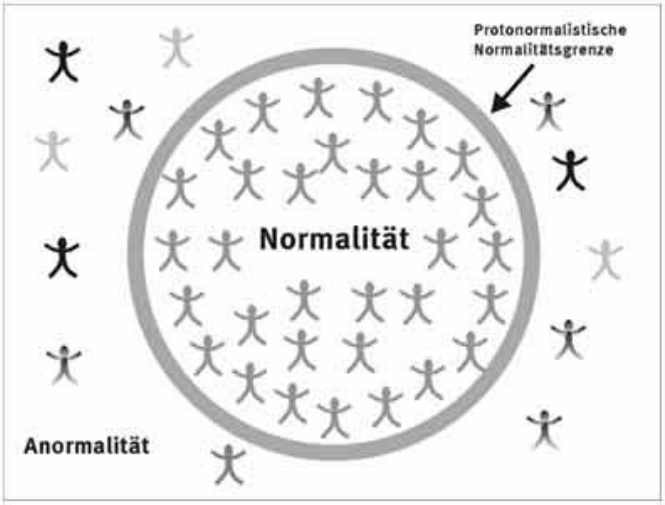


Abb. 1 Normalität vs. Anormalität, die protonormalistische Normalitätsgrenze aus (Lingenhauber 2008: 160ff)

Die protonormalistische Normalitätsgrenze verläuft zwischen dem was als „normal“ und „anormal“ bezeichnet wird und dient – machttheoretisch gesehen – der Zementierung der Normalitätszone (Link 2006: 78)

Historisch schwindet die protonormalistische Normalitätsgrenze, denn es ist heute selbstverständlicher, dass z.B. Menschen mit Down-Syndrom Berufe erlernen, Partnerschaften eingehen, am öffentlichen Leben teilhaben. Wir sprechen daher von der flexibel-normalistischen Normalitätsgrenze. (vgl. auch Akashe-Böhme & Böhme 2011: 51 ff.)

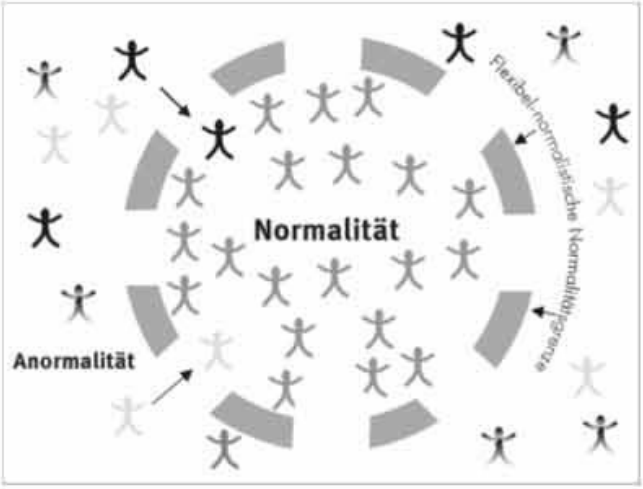


Abb. 2 Die flexibel-normalistische Normalitätsgrenze aus (Lingenhauber 2008)

Die Frage stellt sich, wo die Klient/innen verortet werden, die in den ambulanten Intensivpflegediensten betreut werden. Noch immer staunen Passanten nicht schlecht, wenn ein im E-Rollstuhl sitzender, beatmeter Klient mit seiner Pflegekraft und den Angehörigen in die Kneipe an der Ecke fährt, um dort sein abendliches Bier zu trinken.

Was oder Wer ist schon normal? – das pflegerische Problem vor Ort

KK möchte am Leben teilnehmen, auch wenn er weiß und daran leidet, dass dies ohne die Unterstützung der Pflegenden und Angehörigen nicht geht. Er fordert es ein: er will mit seinem E-Rollstuhl einkaufen „fahren“ und bittet die Pflegekraft an der Kasse besonders langsam zu machen, wenn dort eine attraktive Kassiererin sitzt (ist das normal oder unnormal?).
Er will ausgelassen sein und „die Sau“ rauslassen und fährt deshalb mit halsbrecherischer Geschwindigkeit durch die Fußgängerzone – sich dessen bewusst, dass er damit auch einen Unfall riskieren kann (ist das normal oder unnormal?).

Er möchte eigentlich auch „Sex“ haben und weiß, dass ein solches Erlebnis nur schwer zu realisieren ist (ist das normal oder unnormal?).

Er will – und da wird es spätestens für die Pflegekräfte häufig stressig – sein Leben führen, selbst- und nicht fremdbestimmt (ist das normal oder unnormal?).

Die Pflegeprofis übersehen diesen unbändigen Willen der Person häufig und „bevormunden“ sie, nicht absichtlich, aber irgendwie „automatisch“. „Ich will ihm doch nur helfen!“ ist die häufigste Entschuldigung, wenn Pflegende auf diese Art der Entmündigung angesprochen werden. Ganzheitlichkeit, ein Begriff, den sich die Pflegenden wie kaum eine andere helfende Berufsgruppe zu Eigen gemacht haben, verkommt zur Entmündigung des Klienten.

Und wie reagiert KK? Er scheucht die Mitarbeiter_innen durch die Wohnung, beschäftigt die Kolleg_innen mit irgendwelchen „Wehwechen“, meckert und lässt anzügliche Anmerkungen fallen – alles nur um Aufmerksamkeit zu erringen, die ihm durch das „Ich will ihm doch nur helfen“ (nach seiner Wahrnehmung) gerade nicht entgegengebracht wird.

Inklusion – auch für „unsere“ Klient/innen

Nimmt man die beschriebenen Situationen ernst, dann wird ein elementares Problem der pflegerischen Versorgung deutlich. Pflegende, so scheint es, sind mehr dem Gedanken der „Integration“ als dem der „Inklusion“ verhaftet.

Die betroffene Person wird in der Umgebung geduldet oder aber bestaunt, bestenfalls macht man dem Elektrorollstuhl Platz und Fremde drehen sich dezent zur Seite, wenn das Beatmungsgerät pfeift oder abgesaugt werden muss. „Bei der Integration sollen Menschen in eine bestehende Umwelt integriert werden“, (http://behinderung.org/inklusion.htm) man müsse den „Behinderten“ integrieren, ihm also innerhalb der „normalen“ Gesellschaft einen Platz einräumen. Heute spricht die UN-Behindertenrechtskonvention davon, allen Menschen die vollkommene, uneingeschränkte Teilnahme an allen Aktivitäten zu ermöglichen, d.h. „bei der Inklusion hingegen muss sich niemand verändern, um in die Umwelt „hineinzupassen“, sondern im Gegenteil wird die Umwelt an die Bedürfnisse und Anforderungen jedes Individuums angepasst.“ (http://behinderung.org/inklusion.htm)

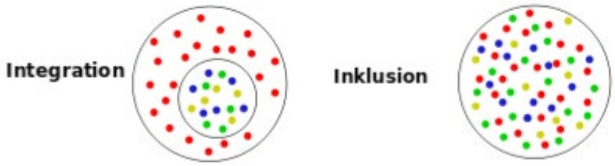


Abb.3 und 4 aus: http://www.behindertenrechtskonvention.info/inklusion-3693/

„Nicht das von vornherein negative Verständnis von Behinderung soll Normalität sein, sondern ein gemeinsames Leben aller Menschen mit und ohne Behinderungen. Folglich hat sich nicht der Mensch mit Behinderung zur Wahrung seiner Rechte anzupassen, sondern das gesellschaftliche Leben Aller muss von vornherein für alle Menschen (inklusive der Menschen mit Behinderungen) ermöglicht werden. Diese gleichberechtigte Teilhabe an der Gesellschaft, die Inklusion, ist der Leitgedanke der Behindertenrechtskonvention.“ (http://www.behindertenrechtskonvention.info/inklusion-3693/)

Was heißt das für unsere praktische Tätigkeit?

So schwer sie auch häufig einzuhalten ist, so wichtig ist die Beherzigung der einfachen Regel: die Klient_innen wissen, was sie wollen, sie wollen gehört und als „Expert_innen in eigener Sache“ Ernst genommen werden. Sie möchten LEBEN, und unsere Aufgabe ist es, ihn dieses Leben so gut wie eben zu ermöglichen. „Geht nichts, gibt’s nicht!“ sagte mein Opa immer – stimmt!
Neben der pflegerischen Kompetenz ist eine der Schlüsselqualifikationen kompetenter Pflegenden die, die Klient_innen selbst entscheiden zu lassen, was sie wann wollen. Wir, als Pflegende, sind bei diesen Menschen „Gehilfen“, „Unterstützende“, ganz sicher nicht, „Bestimmende“, „Diktierende“.
Ein anderer Schnack meines Opas hieß: „Gut gemeint, ist schlecht gekonnt!“ – stimmt! „Ich wollte doch nur helfen“ ist so ein „Gut gemeint!“, wenn nicht die Genehmigung eingeholt wurde, dass diese Hilfe von dem Klienten auch gewollt wird.

Klaus-D. Neander
Kong.Care GmbH (i.G.)
Hamburg

Literatur

Lingenauber, S. (2008): Normalität, in: diess. (Hrsg.): Handlexikon der Integrationspädagogik. Band 1. Kindertageseinrichtungen; Freiburg: Projekt Verlag 2008, S. 160 – 168

Link, J. (2006): Versuch über den Normalismus – Wie Normalität produziert wird. Göttingen: Vandehoek & Ruprecht

Link,J. (2013): Wie Informationen und Meinungen „gemittelt“ oder als „extrem“ ausgesiebt werden. KultuRRevolution Nr. 53, Heft 2, S. 31 – 35

Büker, C. (2008): Familien mit einem pflegebedürftigen Kind – Herausforderungen und Unterstützungserfordernisse. Pflege & Gesellschaft 13 (1): 77 – 88

Akashe-Böhme,F., Böhme, G. (2011): Krankheit und Behinderung – Der Lastcharakter des Daseins, in: Remmers, H. (Hrsg.): Pflegewissenschaft im interdisziplinären Dialog. V&R Unipress, Universitätsverlag Osnabrück, S. 55 ff.

Hermann, S. K. (2003). Performing the Gap – Queere Gestalten und geschlechtliche Aneignung. Arranca!, 28, 22–26

OXYCARE GmbH
Sauerstoff • Beatmungstechnik

Fon 04 21 - 48 99 6-6 Fax 04 21 - 48 99 6-99

Asthma Bronchitis COPD Migräne
THERAPIEGERÄTE
Schlafapnoe Herzschwäche Wunde
Neuromuskulär Krebs

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

Beatmung

Mit COPD-Modus

COPD-Beatmungsgerät „Vigaro“
Mit DLB (Dynamische LippenBremse)

Infos:
www.oxycare-gmbh.de
Suchwort: vigaro

Mit Film der NDR Mediathek

TRENDvent physio mit AMT und AP
Mit AtemMuskelTraining und Atelektasen-Prophylaxe, erleichtert das Weaning

prisma VENT40
NEU

- 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

Pulsar Cough 4.754,05 €

Hustenassistent:
mit Vibrationsmodus, für Kinder und Erwachsene

- **Pulsar Cough** mit Fernbedienung
- **Cough Assist E70** von Philips Respironics

VibraVest
4.581,50 €

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

Thromboseprophylaxe

A-V Impulse System
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-/Rezept-abwicklung mit den Krankenkassen
- 24h technischer Notdienst

Sauerstoffversorgung

– Stationär, mobil oder flüssig z.B.:

Sauerstoffkonzentratoren
0,1- 9 l/min Dauerflow

Mieten ab 1 Woche möglich!

SimplyGo nur 4,5 kg
bis 2 l/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

Travelcare Eclipse 5
bis 3 l/min Dauerflow

Inogen One G3 Shop-Preis ab 2.595,00 € *

Inhalation

Ideal für unterwegs

OxyHaler Membranvernebler
Shop-Preis 238,50 €

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

Allegro
78,50 €

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

Ultraschallvernebler U 3002-E
Mit geschlossenem Sterilwassersystem.
Perfekt für den Einsatz in Klinik, Pflegeheim, Arzt-praxis und zu Hause.

Atemtherapiegeräte

GeloMuc/Quake/RespiPro
PowerBreathe Medic/RC-Cornet

Alpha 300 zur IPPB-Therapie
Atemtherapie mit Inhalation: PSI

Intermittend **P**ositive **P**ressure **B**reathing

- Prä- und postoperatives Atemtraining
- Unterstützend mit gesteuerter Inhalation
  PSI = **P**ressure **S**upport **I**nhalation
  insbesondere bei schwacher Atmung

Pulsoxymeter versch. Modelle für Kinder und Erwachsene, z.B. OXY 310
*Aktion: 35,00 € **

** solange Vorrat reicht*

OXYCARE GmbH · Holzweide 6 · 28307 Bremen
FON 0421-48 996-6 · FAX 0421-48 996-99 · E-MAIL ocinf@oxycare.eu
www.oxycare-gmbh.de www.oxycare.eu

Preisänderungen / Druckfehler vorbehalten - Abb. können abweichen • Foto: Schiff Fotolia

DER WILL NUR SPIELEN

Foto: www.renevanroll.de

Am 23. Juni 2016 war René van Roll mit seinem Programm „Der will nur spielen" Gast der Behindertenbeauftragten der Bundesregierung, Verena Bentele, im Kleisthaus in Berlin. Wegen einer angeborenen Querschnittlähmung ist der Künstler und leidenschaftliche Musiker auf einen Rollstuhl angewiesen.

René van Roll will nur spielen: vor dem Publikum, für das Publikum, mit dem Publikum. Er ist alles andere als bösartig, auch wenn den Zuschauern des Musikkabaretts „Der will nur spielen" bisweilen das Lachen im Halse stecken bleibt Humorvoll, aber auch ernsthaft singt und erzählt er von seinen ganz persönlichen Erlebnissen, Wünschen und Hoffnungen als Rollstuhlfahrer und begleitet sich dabei virtuos am Klavier. „Als Betroffener ist mir wichtig, das Thema Behinderung auf die Bühne zu bringen. In meinem Programm geht es um die Grenzen zwischen Behinderung und Normalität," erläutert der Frankfurter Kabarettist. **Was ist normal, was ist angepasst, was ist individuell, was ist flippig, was ist verrückt, was ist behindert, was ist krank?** Mit einem süffisanten Lächeln im Gesicht besingt René van Roll in „Eines Tages, meine Liebe" zum Beispiel eine hochnäsige Rassefrau, die ihn heute keines Blickes würdigt. Doch auch Rassefrauen werden alt: „*Erst gehen Sie schön am Rollator, bis der Rollstuhl Sie betrübt. Dann bin ich im Vorteil: Ich hab schon geübt.*"

Mit dem Programm beabsichtigt der Künstler, einen unbefangenen Umgang zwischen behinderten und nicht behinderten Menschen zu fördern. Zum anderen möchte er behinderte Menschen zu einem selbst bestimmten Leben ermutigen, sie dazu bewegen, mehr aus dem Haus zu gehen, sich aus der Isolation zu lösen. „Viele behinderte Menschen haben Angst vor dem Kontakt mit anderen Menschen und trauen sich kaum auf die Straße," sagt van Roll.

Mit Balladen wie „Ich seh dich tanzen" besingt er die für ihn unerreichbare Liebe so melancholisch, menschlich und nah, dass die Gänsehaut nicht ausbleibt. Mit flotten Stücken wie „Mit mir hast du immer einen Parkplatz, mein Schatz" lockt er sein Publikum geschickt aus ernsten und traurigen Momenten hervor und bringt die Lacher schnell auf seine Seite. Gemeinsam mit seinem charmanten Assistentin Olli, seinem Rolli, versetzt er das Publikum in ein Wechselbad der Gefühle, er unterhält intelligent und tiefsinnig und regt zum Nachdenken an. „Ich stelle viele Fragen, beantworte aber wenige" betont der Künstler. Seine Sätze und Liedtexte sind so vielschichtig, dass man sie immer wieder hören könnte. Ganz wie die Musik. Aus einer Vielzahl von Elementen zum Beispiel aus Pop, Rock, Rhythm & Blues, Reggae, Ragtime oder Chanson hat der leidenschaftliche Musiker, der seit seinem siebten Lebensjahr mit Begeisterung am Klavier sitzt, seinen ganz eigenen Stil entwickelt. René van Roll zeigt in seinem ersten Solo-Programm Niveau: authentisch, unterhaltsam und integrativ.

Weitere Infos sowie Hör- und Sehproben sind im Internet unter **www.renevanroll.de** abrufbar.

Ansprechpartnerin
Liane Mletzko, Management von René van Roll Telefon 069 / 61 00 28 53 und 0171 / 477 22

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.

MeMedix
Deine Karriere im Gesundheitswesen

www.memedix.de

MeMedix GmbH
Hauptstr. 61
51465 Bergisch Gladbach

02202 / 251 68 60
info@memedix.de

Seien Sie willkommen zum 9. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress!

"Gerade durch die Mischung aus medizinischen Fachinformationen und sozialen Aspekten ist der Kongress eine hervorragende Gelegenheit zum Austausch über Fachgrenzen hinweg. Als Schirmherrin danke ich allen Organisatoren und Mitwirkenden sehr herzlich für ihren Einsatz. Ich wünsche dem Kongress einen guten Verlauf und den Teilnehmerinnen und Teilnehmern interessante Anregungen und Erkenntnisse sowie viele Impulse für ihre verantwortungsvolle Arbeit."

Auszug aus dem Grußwort der Schirmherrin des 9. MAIK, Frau Staatsministerin Melanie Huml, MdL. Das ganze Grußwort steht auf der Kongresshomepage *www.maik-online.org*.

Melanie Huml, MdL
Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege

„Wir freuen uns, dass Frau Christa Stewens, Staatsministerin a.D., dem diesjährigen MAIK den ersten Impuls geben wird. Die bekannte Politikerin lernten wir im Jahr 2002 beim Münchner Pflegestammtisch kennen, der insgesamt 90 Mal tagte. Frau Stewens ist eine der entscheidenden Wegbereiterinnen für eine bessere Versorgung von pflegebedürftigen Menschen. Und sie gibt als Vorsitzende des Stiftungsrats der Stiftung ‚Zentrum für Qualität in der Pflege' weiterhin wichtige Anstöße."

Jörg Brambring und Christoph Jaschke

Christa Stewens,
Staatsministerin a.D.

DER MAIK IN DREI WORTEN - GEHT DAS?

„**PROFESSIONELL. POLITISCH. PROVOKANT.** Beim MAIK geht es zur Sache. Die Themen sind sachbezogen, die Referentinnen und Referenten absolute Profis. Dies gilt auch für die Workshops, Gesprächs- und Diskussionsrunden. Hier thematisieren wir die aktuellen Probleme, vor der die außerklinische Intensivpflege gerade steht, und wir wollen natürlich auch provozieren – im positiven Sinne. Der MAIK ist eine Plattform für diejenigen, die gerne quer denken, weiter entwickeln und die Umsetzung von Ideen anpacken. Das begeistert mich."

Christoph Jaschke, Kongresspräsident

„**INKLUSIV. INFORMATIV. KONSTRUKTIV.** Der MAIK lebt von dem Engagement der Betroffenen. Die Informationen, die sie uns geben, gebündelt mit dem geballten Knowhow unserer Referentinnen und Referenten, Dozenten in den Workshops und Ausstellern, sowie der Austausch mit den Teilnehmern aus nah und fern sind eine große Bereicherung. Wir ziehen alle an einem Strang, um die Lebensqualität der außerklinisch beatmeten Kinder und Erwachsenen zu verbessern. Dieses Miteinander ist ein tolles Gefühl."

Jörg Brambring, Kongresspräsident

DAS „MÜNCHEN" IM MAIK

Über die bedeutende Rolle der Landeshauptstadt München für die außerklinische Intensivpflege wurde an dieser Stelle schon mehrfach geschrieben und sie wurde auch beim MAIK MÜNCHNER außerklinischer Intensiv Kongress immer wieder betont. Ein Höhepunkt war beispielsweise der Besuch von dem in Bayern aufgewachsenen und mit 17 Jahren an Polio erkrankten Dr. Adolf Ratzka, der seit 1973 in Schweden lebt. In enger Verbindung mit der Pfennigparade moderierte er im Jahr 1988 in ***München*** die Tagung „Spätfolgen nach Poliomyelitis, chronische Unterbeatmung und Möglichkeiten selbstbestimmter Lebensführung Schwerbehinderter". Damit wurde nicht nur der Grundstein für die Selbstbestimmt-Leben-Bewegung in Deutschland gelegt, sondern auch für die außerklinische Intensivversorgung. Denn auch Ärzte und Pflegekräfte auf den Intensivstationen spürten die Aufbruchsstimmung und unterstützten den Wunsch ihrer Patienten nach einem Leben außerhalb von Institutionen und Heimen. Dabei fand immer auch der Austausch mit Selbsthilfegruppen und einzelnen Betroffenen statt, die in dieser Zeit entstanden. 20 Jahre später fand im Jahr 2008 der erste MAIK *Münchner* außerklinischer Kongress statt, der im kommenden Jahr sein 10jähriges Bestehen feiern wird. München ist nicht nur eine Kulturmetropole, wie Dieter Reiter, Oberbürgermeister der Landeshauptstadt in seinem Grußwort schreibt: „München ist führend in Sachen Medizin. Das zeigen zum Beispiel die hohe Ärztedichte, das hohe medizinische Niveau der **Münchner** Kliniken oder der ausgezeichnete Ruf der medizinischen Forschung in unserer Stadt. Und **München** ist auch ein wichtiger Standort der Medizintechnik, die eine immer bessere medizinische Versorgung von Patienten auch außerhalb von Kliniken ermöglicht. So wächst die Zahl der Patienten, die lieber in ihrem gewohnten Umfeld versorgt und betreut werden wollen, weiter an und so gewinnt auch in München die außerklinische Intensivversorgung immer mehr an Bedeutung. Damit auch in diesem Bereich notwendige Standards gewährleistet werden können, setzt sich die Stadt **München** seit langem für Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege und hier insbesondere in der ambulanten Intensivpflege und in der Versorgung von langzeitbeatmeten Menschen ein. Erst letztes Jahr hat der Münchner Stadtrat einen weitreichenden Beschluss gefasst, um die hohe Qualität der medizinischen, pflegerischen, therapeutischen und technischen Versorgung in **München** weiter auszubauen. Zudem wurde der fachliche Austausch von Pflegekräften intensiviert." In München residiert im schönen Maximilianeum auch der Bayerische Landtag. Und noch das Staatsministerium für Gesundheit und Pflege, das im kommenden Jahr nach Nürnberg umziehen wird. Dies wird nichts an dem guten Kontakt zu den amtierenden Staatsministern ändern, insbesondere zu Staatsministerin Melanie Huml, die seit ihrer Amtsübernahme stets den MAIK mit einem Grußwort begleitet. Im Bayerischen Landtag wurde in diesem Jahr, wie bereits an anderer Stelle berichtet, über die außerklinische Intensivpflege debattiert. Ebenfalls im Stadtrat der Landeshauptstadt münchen. Nicht unerwähnt bleiben darf in diesem Zusammenhang der ehrenamtliche Behindertenbeauftragte der Landeshauptstadt *München,* Oswald Utz! Auch er ist aus **München** nicht weg zu denken ... genauso wenig wie der leider inzwischen verstorbene Klaus Kreuzeder! Zum Glück bleibt München das Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) erhalten, das seit Jahren für eine bessere Versorgung außerklinisch beatmeter Kinder und Erwachsener kämpft, sowie die engagierten Vertreterinnen und Vertreter des MDK Bayern, die auch beim diesjährigen MAIK wieder referieren und mitdiskutieren.

Auch wenn der MAIK stets im Oktober stattfindet, so ist dennoch das Oktoberfest dann immer schon vorbei. Und das ist gut so. (Nicht nur wegen der hohen Zimmerpreise in den Hotels!) Doch es lohnt sich, den Besuch des MAIK mit einem Kurzurlaub in der Landeshauptstadt oder ihrer schönen Umgebung zu verbinden. In München gibt es viele Sehenswürdigkeiten. Dazu gehört auch das Muffatwerk, das früher ein Elekzitritätswerk war und jetzt als internationales Kulturzentrum genutzt wird. Es steht unter Denkmalschutz. In der kleineren Veranstaltungshalle, dem Ampere, findet seit einigen Jahren die MAIK Party statt.

So ist das „**MÜNCHEN**" im MAIK keine bloße Ortsangabe!
MÜNCHEN ist ein symbolträchtiger Ort, ein Meilenstein für die außerklinische Intensivpflege, ein Ort mit vielen engagierten Menschen!

Dieter Reiter
Oberbürgermeister der Landeshauptstadt München

"EIN WICHTIGER KONGRESS FÜR FACHLEUTE UND VOR ALLEM BETROFFENE!"

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich sehr, dass der diesjährige Münchner außerklinische Intensiv Kongress vom 28. bis 29. Oktober 2016 stattfindet. Wenige Wochen vorher werde ich als Behindertenbeauftragter einen Sitz in der Jury zum Fotowettbewerb „Selbstbestimmt! Was heißt hier Inklusion?“ der Landeshauptstadt München wahrnehmen. Inklusion heißt für mich in diesem Zusammenhang nämlich insbesondere auch, dass Menschen, die außerklinisch beatmet und gepflegt werden, eine Chance und die nötige Unterstützung zur Teilhabe an der Gesellschaft erhalten. Dazu gehört auch eine adäquate medizinisch-pflegerische Versorgung. Leider ist diese Perspektive in den Köpfen vieler Menschen noch nicht angekommen und auch die Qualität der pflegerischen Versorgung leidet noch immer unter Abrechnungsbetrügen. Menschen mit Behinderungen werden dadurch nicht zur Selbstbestimmung ermutigt, sondern dauerhaft verunsichert.

Umso wichtiger ist und bleibt der Münchner außerklinische Intensiv Kongress für Fachleute und vor allem Betroffene. Ich freue mich auf zahlreiche Workshops und Gesprächsrunden, in denen Menschen mit Pflege- und Hilfebedarf aktiv einbezogen werden.

Um den Abrechnungsbetrügen entgegenzuwirken und Betroffene aufzuklären, kann der 9. MAIK einen wichtigen Beitrag leisten. Aber auch von der anstehenden Verabschiedung des Pflegestärkungsgesetz III erhoffe ich mir wesentliche Verbesserungen, wage aber keine Prognose, inwiefern die Stärkung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) hier tatsächlich Fortschritte schafft. Ich freue mich daher besonders auf neue Eindrücke durch den Kongressvortrag zu den Pflegestärkungsgesetzen.

In diesem Sinne wünsche ich allen Teilnehmenden des 9. MAIK viele neue Erkenntnisse, anregende Diskussionen und gutes Gelingen!

Herzlichst
Ihr

Der ehrenamtliche Behindertenbeauftragte der Landeshauptstadt München, Herr Oswald Utz, wird beim diesjährigen MAIK an der Diskussionsrunde "So konnte es nicht weitergehen! Abrechnungsbetrug in der Pflege. Greift die neue Gesetzgebung?" teilnehmen.

Ein Kongress FÜR UND MIT den Betroffenen

Von außerklinisch beatmeten Menschen lernen, das ist einer der wichtigsten Gesichtspunkte beim MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress. Sie sind der zuverlässigste Gradmesser dafür, ob die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Dienstleistungen auch ihren Zweck – die Verbesserung der Lebensqualität – erfüllen. Es ist ein großes Geschenk, dass Betroffene oft weite Wege in Kauf nehmen, um beim MAIK zu referieren. An dieser Stelle ein großes Dankeschön an alle Mitwirkenden!

„Ich weiß, wie Du Dich fühlst ... Fallbeispiele aus der Beratung", das ist der Vortragstitel von Maria-Cristina Hallwachs, die sich seit vielen Jahren in der Beratung Betroffener engagiert. Soeben ist ihr neuer, sehr empfehlenswerter Film: "Es gibt immer einen Weg" - Mein Leben mit Beatmung" unter dem Link https://www.youtube.com/watch?v=eibvqEqi0ik erschienen.

Das Arbeitgebermodell wird bei diesem MAIK besonders berücksichtigt, sei es in dem Referat „Ganz oder gar nicht? Persönliches Budget - Arbeitgebermodell - mit oder ganz ohne Intensivpflegedienste?" von Marcello Ciarrettino, sei es in dem Talk über ein Jahr aus dem Leben von Antje Mehlei und ihrer Assistenzkräfte mit dem Titel „Klippen überwinden". Und sie hat eine Reise gemacht: Eine schon lange ersehnte Kreuzfahrt mit ihrem Team. Ihr Motto: "Wer nicht wagt, der nicht gewinnt!", und auch sie ist beratend tätig rund um das Persönliche Budget und berufliche (Um)Orientierung Betroffener.

Moderatorin des Slots „Experten in eigener Sache" ist (gemeinsam mit Dr. Matthias Wiebel) Dinah Radtke, die erst kürzlich die erste Kongresspräsidentin beim DIGAB-Kongress der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. in Bamberg war.

„Der Traum vom Fliegen. Flugreisen mit Intensivpflege - wie geht das?" ist ein Workshop, in dem es um die Sehnsucht nach Urlaub in fernen Ländern geht. Für beatmete Menschen erscheint das unerreichbar. Anhand von Geschichten von unternehmungslustigen beatmeten Menschen werden die Besonderheiten bei Flugreisen mit Beatmungsgerät und Medizintechnik erläutert. Dazu gehören die Schwierigkeiten bei der Organisation, technische Voraussetzungen und die unerlässlichen Formulare u.a. für die Flugsicherheit. Es wird über positive und auch negative Fallbeispiele berichtet: Adrian Kaunzinger mit seinem mitreisenden Pfleger Steffen Cyrol über seinen Flug nach Kenia und Reinhard Cordes über Flüge nach Spanien. Eingangsreferat und Moderation: Werner Fulle, WKM GmbH.

Die Workshops und Vorträge von Oliver Jünke, Matthias Küffner, Tina Jahns, Martin Hackl u.v.m. werden auf den nächsten Seiten vorgestellt.

Antje Mehlei

Adrian Kaunzinger

Maria-Cristina Hallwachs

WORKSHOP

ALTERNATIVE KOMMUNIKATIONS WEGE

29. Oktober 2016, 11.00 – 12.30 Uhr
in Forum 11

Jeder Mensch hat auf dieser Welt ein (Grund-)Recht auf Kommunikation. Doch nicht nur das Recht ist es, welches es so vordringlich macht, frei kommunizieren zu können. Vielen Menschen mit schweren körperlichen Behinderungen ist es leider nicht möglich zu kommunizieren. Dies liegt aber nicht daran, dass sie es nicht können, sondern daran, dass sie nicht über die richtige Technik verfügen, um „frei" in der Kommunikation zu sein. Bedürfnisse, Wünsche, Schmerzen mitzuteilen, soziale Kontakte zu pflegen, ja und sogar Träume auszusprechen, ist aber eine wichtige Voraussetzung, um glücklich zu sein.

Mit meinem Workshop „Alternative Kommunikationswege" möchte ich aus eigener Erfahrung darüber berichten, welche technischen Möglichkeiten es für die Kommunikation gibt. Von der „Kommunikationsanbahnung" bis hin zur „Umfeldsteuerung" werde ich verschiedene Wege zeigen. Zahlreiche Hilfsmittel - vom Ein-Tasten-Sensor bis zur Augensteuerung - werden in diesem Workshop zur Erprobung bereitgestellt.

Ja, ich wage es sogar zu sagen: Es gibt kein körperliches Handicap, das es nicht ermöglicht, digital zu kommunizieren!

Dieser Workshop spricht Pflegekräfte, Angehörige, Therapeuten und selbstverständlich auch Betroffene an.

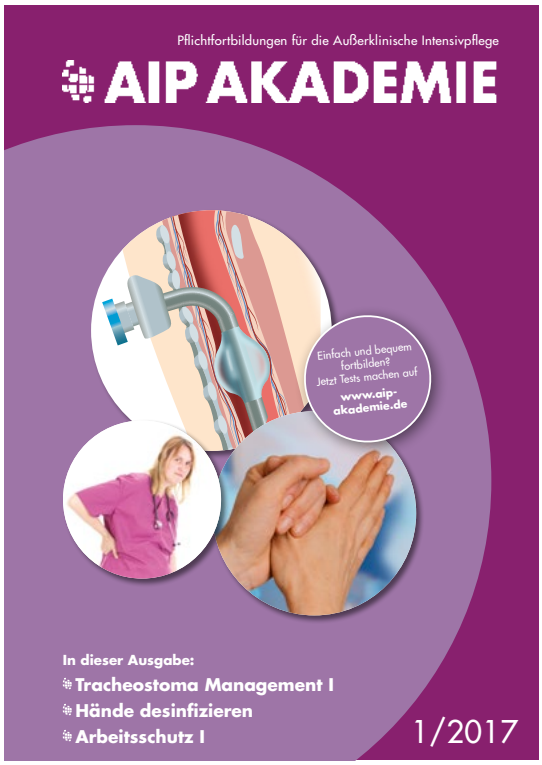
Referent und Autor dieser inhaltlichen Vorstellung ist Herr Matthias Küffner, ausgebildeter Programmierer, der beruflich im Bereich der elektronischen Hilfsmittel tätig ist und bereits Kommunikationssoftware für Menschen mit Behinderung entwickelt hat. Seit dem 17. Juni 2001 gehört er dem Bundesvorstand der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke (DGM) an. Dieser Selbsthilfeverband hat deutschlandweit über 8000 Mitglieder, die in 16 Landesverbände organisiert sind. Kurze Zeit später startete er noch den regionalen Muskelstammtisch für Betroffene Menschen aus der Region. Im Jahr 2006 gründete er zusammen mit Freunden, Familienangehörigen und Betroffenen Eltern die DGM-Muskeltour e.V. und ist dessen Vorsitzender. Mit diesem Förderverein unterstützt er durch verschiedene Events die Erforschung von neuromuskuläre Krankheiten.

Mehr unter **www.m-kueffner.de**

Matthias Küffner

NEU | E-Learning Pflichtfortbildungen für die Außerklinische Intensivpflege

Die AIP Akademie bietet ab sofort die praktische Lösung für die jährlichen Pflichtfortbildungen in der Außerklinischen Intensivpflege. Denn das duale, E-Learning gestützte System ist für jede Pflegekraft interessant und für jedes Unternehmen in der Außerklinischen Intensivpflege leicht umsetzbar und kostengünstig.



DIE VORTEILE

- **Große Themenauswahl**
  In zwei hochwertigen Magazinen erhalten Pflegekräfte mehr als 20 spannende und praxisnahe Fortbildungseinheiten zu Themen wie Tracheostomapflege, Hygiene oder Arbeitsschutz.

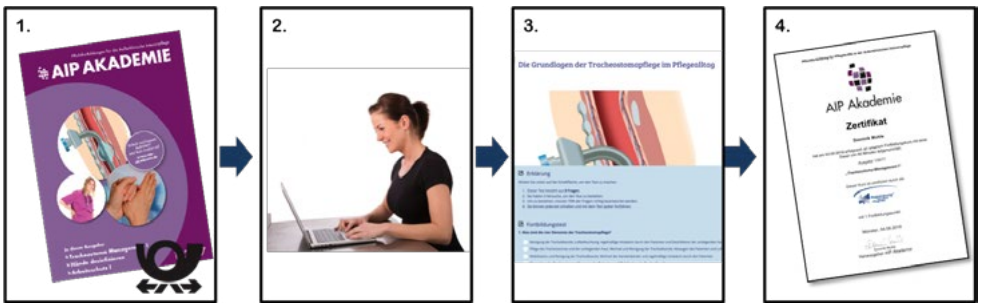
- **Jeder Mitarbeiter wird erreicht**
  Jede Pflegekraft erhält ihr eigenes Magazin sowie den Zugang zum E-Learning-Bereich. Zu jedem Thema kann ein Test abgelegt und ein Zertifikat erworben werden.

- **Kein Stress mehr mit der Organisation**
  Die Themen sind hochaktuell und spannend. Sie richten sich an alle Pflegekräfte in der AIP und orientieren sich stets an den neuesten Anforderungen und Richtlinien. Die Tests können jederzeit online abgelegt werden – und das auf jedem Endgerät.

- **Anerkannte Fortbildungsstunden und -punkte**
  Für jeden Artikel können Pflegekräfte einen Fortbildungspunkt erwerben. Ein Punkt bedeutet eine Stunde Fortbildung und ist z. B. durch die Registrierung beruflich Pflegender (RbP) und den MDK anerkannt.

www.aip-akademie.de

So funktioniert Fortbildung mit unserem neuen, einzigartigen System:



Ausgabe kommt - Einheiten bearbeiten - Tests machen - Zertifikat erhalten

AIP Akademie

Ich kenne keine Grenzen, nur Umwege

Ist es möglich, dass eine junge Frau mit spinaler Muskelatrophie Typ 2, 24-Stunden Assistenz und Beatmungssituation anderen Menschen in ihrer persönlichen Entwicklung professionell zur Seite steht? Ist es sogar möglich, dass genau zu dieser Frau Menschen kommen, um Unterstützung und Begleitung in essentiellen Lebensthemen zu erfahren? Ja, das ist es!

Beim diesjährigen MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress können die Teilnehmer Tina Jahns, den ersten zertifizierten Pferdegestützten Coach im Rollstuhl in ganz Deutschland, kennenlernen. Die Technik des Pferdegestützten Coachings entspringt der Managersparte. Neben den bekannten Führungsqualitäten deckt das Pferd in der Spiegelung als Co-Trainer wichtige Prozesse auf. Durch eine feinfühlige Interaktion mit dem Kunden und dem Pferd ermöglicht Tina Jahns anhand präziser Fragen ein nachhaltiges Erleben. Ihre Zielgruppen sind Menschen, die in ihrem Leben auf der Suche nach Lösungen sind. Vom internationalen Geschäftsführer bis hin zur Arzthelferin einer Praxis vor Ort, mit jedem von ihnen ist etwas geschehen.

„**ICH KENNE KEINE GRENZEN, NUR UMWEGE**" - das ist das Lebensmotto von Tina Jahns. In ihrem Vortrag lässt sie tief in den Zauber des Pferdegestützten Coachings in Kombination mit ihrer schwierigen Lebenssituation blicken. Schwächen werden zu Stärken, Krisen werden zu neuen Lebensperspektiven und Träume werden zu lebbaren Zielen. Anhand vieler Beispiele, die durch Bild- und Videomaterial untermalt werden, spürt der Zuhörer, um was es wirklich geht im Leben. Und plötzlich ist es auch gar nicht mehr unvorstellbar, dass eine junge Frau trotz schwerer körperlicher Behinderung Menschen durch die Kraft des Pferdes coacht.

ZUR PERSON

Tina Jahns (Jahrgang 1984), studierte an der Evangelischen Fachhochschule Nürnberg Soziale Arbeit - Schwerpunkt Gesundheitswesen. Während der letzten Semester legte sie bereits eine einjährige Weiterbildung zum Peer Counselor in Berlin ab. Nach Erhalt des Diploms 2009 arbeitete Jahns drei Jahre in einem Beratungszentrum. 2012 gründete sie mit Freunden den sozialen Kunst- und Kulturverein *Außergewöhnlich!* Im selben Jahr trat sie eine Stelle in einem ambulanten Pflegedienst zur QM-Beauftragten an und schloss die dazugehörige Weiterbildung ab. Seit Oktober 2015 macht sie ein Fernstudium zur Tiergestützten Sozialarbeit über die ATN - Schweiz. Bei Franziska Müller - Akademie für pferdegestütztes Coaching - wurde sie im Mai 2016 zum gleichnamigen Coach erfolgreich ausgebildet.

www.tina-jahns.com

Deutsches Medizinrechenzentrum

Intensivpflege für nur 0,5%* abrechnen

*der Bruttoabrechnungssumme zzgl. MwSt.
**Kostenlose Nutzung bei gültiger Anmeldung für das DMRZ.de-Onlineportal. Abrechnung ist kein Teil der Software.

Einfach abrechnen für 0,5%*
Kein Mindestvolumen, keine Mindestvertragslaufzeit

Für alle ambulanten Pflegedienste:

- DTA-Abrechnung mit allen Kranken- und Pflegekassen nur 0,5%*.
- Keine Anmeldegebühr, keine Mindestvertragslaufzeit, kein Mindestvolumen.
- Wirtschaftlichkeitsberechnung Ihrer Touren mit übersichtlichem Ampelsystem!
- Kostenlose** Pflegesoftware: Pflegeplanung, Dokumentation, Dienstplan, Arbeitszeitkonten und Tourenplanung.

Wechseln Sie jetzt zur cleveren Cloud DMRZ.de! 0211-6355-3988

Deutsches Medizinrechenzentrum GmbH, Kaiserstr. 21, 40549 Düsseldorf

ALS - ES GIBT ALSO NOCH VIEL ZU TUN

Mein Name ist **Nathalie Scheer-Pfeifer** und ich bin seit über 16 Jahren an einer amyotrophen Lateralsklerose (ALS) erkrankt. Mein Ehemann Jean-Marc, Freunde, weitere Betroffene und ich gründeten im Februar 2012 in Luxemburg den eingetragenen Verein „Wäertvollt Liewen". Übersetzt bedeutet dies „Wertvolles Leben". Unser Bestreben ist es, Menschen, welche von ALS oder ähnlichen Pathologien betroffen sind, zu unterstützen, insbesondere im Zusammenhang mit persönlicher Assistenz und häuslicher Intensivpflege, falls dies der Wunsch des Betroffenen sein sollte.

Unser Wunsch und Ziel ist es, in Luxemburg Schritt für Schritt die für chronisch kritisch kranke Menschen erforderliche Infrastruktur aufzubauen. Hierzu gehören ein Netzwerk der persönlichen Assistenz und ambulanten Intensivpflege, eine Teilhabe fördernde Wohneinheit, ein ambulantes multiprofessionelles Therapiezentrum und Möglichkeiten der stationären Kontrolle heimbeatmeter Patienten.

Ein weiteres Ziel von Wäertvollt Liewen ist die Verwirklichung der UN-Behindertenrechtskonvention. Wir möchten, dass Betroffene die Möglichkeit bekommen, selbstbestimmt zu wählen, wie und wo sie ihr Leben, trotz Krankheit und/oder Behinderung, gestalten wollen.

Leider sind wir nur eine Handvoll von freiwilligen Helfern, um unsere Ziele zu erreichen. Auf jeden Fall müssen wir uns deswegen Teilziele stecken. Dieses Jahr organisierten wir Anfang Juni unser erstes internationales Kolloquium „Lebensqualität und Resilienz bei neuromuskulären Erkrankungen, wie zum Beispiel Amyotropher Lateralsklerose", und jetzt steht die Reform der luxemburgischen Pflegeversicherung auf unserem Programm.

Nun aber weiter: Trotz invasiver Beatmung, lebe ich immer noch zuhause, zusammen mit meinem Ehemann Jean-Marc. Unsere Tochter Jil wohnt aber seit letztem Jahr wegen ihrer Ausbildung in Köln. Gepflegt und liebevoll umsorgt werde ich von meinem Vertrauenspersonal, meinen Mädels.

Bekommt man eine Diagnose wie ALS, wird einem der Boden unter den Füßen weggezogen. Als ich die Diagnose ALS erhielt, wurde mir klar, dass die Wahrscheinlichkeit, unsere Tochter Jil aufwachsen zu sehen, schlagartig verschwand. Ich hatte die Wahl zwischen Verzweiflung und Starre, oder ich musste die gegebene Situation so hinnehmen und das Beste draus machen. Klar entschied ich mich mit und trotz ALS einfach „zu leben". Natürlich war nicht alles von da an Friede, Freude, Eierkuchen. Es gab unzählige Momente der Verzweiflung und der Überforderung. Wir gingen lange Zeit regelrecht durch die Hölle. Es ist vollkommen verständlich, dass man anfangs von Allem überfordert ist und dass man Nabelschau betreibt. Man sollte aber nach einiger Zeit wieder davon wegkommen, sonst wird man noch „ganz kirre" im Kopf.

Wenn man von der Unabhängigkeit mehr oder minder schnell zur kompletten physischen und sozialen Abhängigkeit gleitet, braucht man schon sehr viel Vertrauen in seine Mitmenschen und in die Gesellschaft, um nicht den Lebensmut zu verlieren. Anfangs wagte ich nicht mal eine Pflegeperson zu kritisieren, denn ich musste doch mein Leben in ihre Hände geben. Heute habe ich so viel Vertrauen in meine „Mädels", dass ich über alles ruhig und ehrlich reden kann.

Was meiner Meinung nach sehr wichtig ist, ist das Beibehalten des normalen Alltags, mit seinen Höhen und Tiefen. Als kranke Person wird man schnell entmündigt. Auch „Gutmeinen" entmündigt meistens. „Helfen" und „sich helfen lassen" will schließlich gelernt sein.

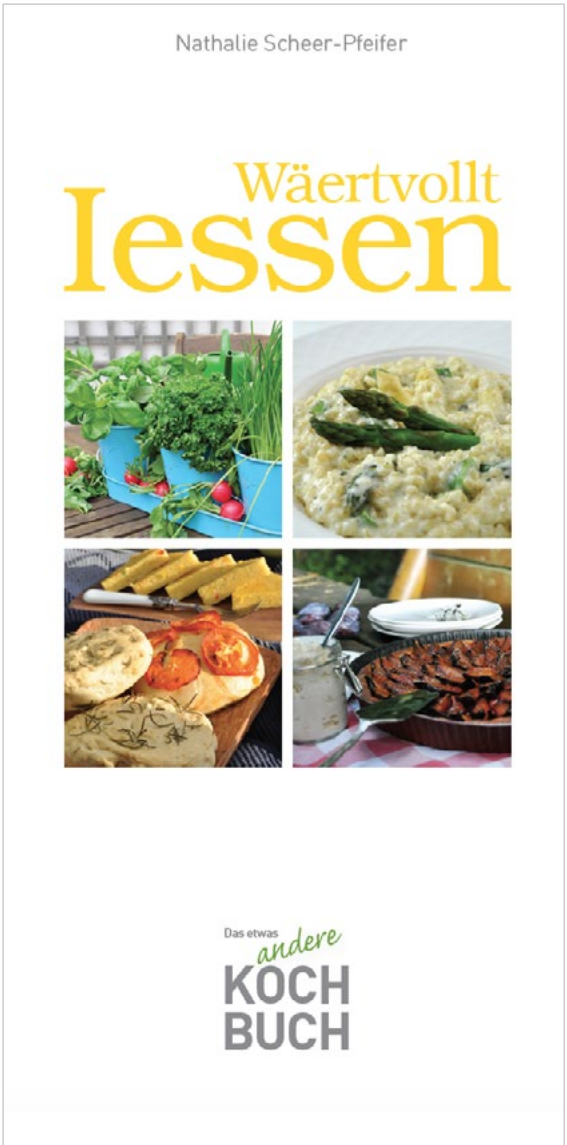
Nach meinem Herz- und Lungenstillstand Ende Oktober 2009, setzte Jean-Marc Himmel und Hölle in Bewegung, um mich wieder nach Hause zu bekommen. Ich war die erste Heimbeatmete mit persönlicher Assistenz in Luxemburg. Die wunderbare Zusammenarbeit mit dem Krankenhaus ermöglichte uns, meine Vertrauenspersonen, allesamt Laien, in der Kanülenpflege, dem fachgerechten Umgang mit der Beatmung und dem Hustenassistenten usw. zu schulen. Aber zu alldem gehört sehr viel Disziplin und Selbstverantwortung aller Beteiligten. Natürlich hat keiner täglich Lust auf das ganze Prozedere, wie zum Beispiel: Inhalieren, Hustenassistent, die Reinigung der Innenkanüle … Auch dies gehört zu selbstbestimmtem Leben!

"Eine der wichtigsten Erkenntnisse, welche ich in den Jahren mit ALS gewonnen habe, ist Folgende: Ärzte, Heilpraktiker, Therapeuten oder Medikamente können helfen, aber „sich heil fühlen" liegt in der Selbstverantwortung eines jeden Menschen. Jeder Mensch hat mehr oder minder schwere Schicksalsschläge erlebt. Wir alle können frei und selbstbestimmt in unserem Innersten wählen, ob wir unser Leben in der Rolle des aktiv Handelnden oder des hilflosen Opfers gestalten möchten." (Nathalie Scheer-Pfeifer - Auszug aus dem Kochbuch „Wäertvollt Iessen, das etwas andere Kochbuch")

Heute können wir ALS sogar als Chance betrachten. Denn ALS zwang uns, unsere Persönlichkeiten und Fähigkeiten weiterzuentwickeln. Im Laufe der Jahre durften wir wunderbare Menschen kennenlernen, welchen wir ohne ALS nie begegnet wären.

ALS - Es gibt also noch viel zu tun, packen wir's an!

PACKEN WIR'S AN!



// FOTOS

OBEN LINKS
Nathalie Scheer-Pfeifer (mitte) mit Tochter Jil (links) und Ehemann Jean-Marc Scheer (rechts)

UNTEN LINKS
Oliver Jünke, 1. Vorsitzender ALS-mobil e. V.

RECHTS
Coverabbildung des Kochbuchs von Jean-Marc Scheer (Vorzugspreis von 22 € plus 5 € Verpackungs- und Versandkosten)

Kontakt
Wäertvollt Liewen e.V.
5, rue de Longuyon
L-7236 Bereldange
Tel.: (+352) 621 412 360
info@waertvollt-liewen.lu
www.waertvollt-liewen.lu

Beim diesjährigen MAIK wird im Rahmen des Workshops „Persönlicher Erfahrungsbericht über lebensverlängernde Maßnahmen und wann diese bei mir eingestellt werden sollen", den Oliver Jünke aus Berlin abhalten wird, der Film des Wäertvollt Liewen e.V. gezeigt. Er ist in luxemburgischer Sprache und beinhaltet verschiedene Interviews in deutscher und französischer Sprache. Der Film hat deutsche Untertitel und er fand großen Anklang beim 4. Beatmungs- & Informationstag 2016 am 23. Juli 2016 in Berlin. Veranstalter war wieder der ALS-mobil e. V., dessen 1. Vorsitzender Oliver Jünke ist.

Workshop

"Teilhabe orientiertes Kanülenmanagement abseits des Mainstream"

Samstag, 29. Oktober 2016, 13.30 – 15.00 Uhr in Forum 12

Copyright: Intercongress / T. Tanzyna

Dr. Paul Diesener

Leitender Arzt Frührehabilitation
Hegau-Jugendwerk Gailingen

Isabell Schmider

Kinderkrankenschwester und Atmungstherapeutin (DGP) Hegau-Jugendwerk Gailingen

Dieser Workshop mit den beiden Referenten Dr. Paul Diesener und Isabell Schmider, Hegau-Jugendwerk Gailingen, richtet sich an Pflegende aus ambulanten Diensten wie Heimen, pflegende Angehörige und Therapeuten sowie ärztliche Betreuer von Kanülenpatienten. Vermittelt werden multimedial und mit Demonstrationsobjekten die Grundlagen zum Umgang mit Trachealkanülen, Auswahl von Kanülen nach Sicherheits- und Teilhabeaspekten, Risiken und Gefahren, Sekretmanagement, Infektprophylaxe, effiziente Absaugtechniken, Formung und Abdichtung von ausgeweiteten Tracheostomata, die Kanülenentwöhnungsschritte, diagnostische Verfahren unter Einbeziehung der Schluckdiagnostik und therapeutische Wege bei Schluckstörung mit Aspiration weg von einer Vermeidungs- und hin zu einer Beseitigungsstrategie. Schließlich werden die Erfahrungen der letzten Jahre bei Diagnostik und Therapie älterer Patienten anhand harter Daten belegt. Auf der diesjährigen DIGAB-Tagung wurde eine Studie vorgestellt, bei der es um die Zufriedenheit von Patienten und Angehörigen mit dem Teilhabe orientierten Kanülenmanagement ging. Die Befragung ergab eine gesteigerte Patientenzufriedenheit und einen geringeren Pflegeaufwand ohne nennenswerte Kanülen bedingte Morbidität.

Veranstalter ist das Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V., ein seit 2007 bestehender informeller Zusammenschluss von ca. 250 VertreterInnen verschiedener Berufs- und Interessengruppen (Logopädie, Medizin, Pflege, pflegende Angehörige/Selbsthilfegruppen, Hilfsmittelprovider) aus Südwestdeutschland und der angrenzenden Schweiz, die mit Menschen aller Altersgruppen zu tun haben, die unter einer Schluckstörung (Dysphagie) / sensomotorischen Essstörungen leiden. Die Geschäfte werden seit Februar 2015 von einem gemeinnützigen Verein mit Sitz in Überlingen/Bodensee geführt. Das Netzwerk hat das Anliegen, sich durch fachlichen Austausch (intern und extern) fort- und weiterzubilden und das Problemfeld Dysphagie und die Anliegen Betroffener bekannter zu machen.

Kontakt:
Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V.
Härlenweg 1
88662 Überlingen/Bodensee

Hurra, ich lebe! Leben in einer Wohngemeinschaft für beatmete Menschen

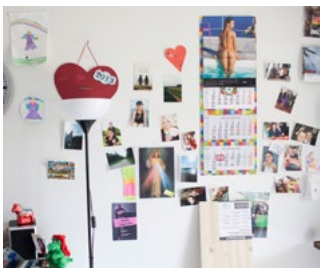
Zeit Samstag, 29. Oktober 2016 von 11.00 bis 12.30 Uhr
Ort Forum 14

Die außerklinische ärztliche Versorgung ist mit einem eigenen Slot, Vorträgen und Workshops ein wichtiges Thema auf dem MAIK. Erstmals reist ein Bewohner einer Beatmungs-WG mit einer Pflegekraft, dem pflegerischen Leiter der Wohngemeinschaft und dem betreuenden Hausarzt an. Die Diskussionsrunde soll zeigen, worauf es bei einer adäquaten Versorgung von Bewohnern einer WG für beatmete Menschen ankommt.

Für viele Hausärzte ist die Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen noch ein Novum, und sie erleben, wie wichtig es ist, dass sie immer wieder vor Ort sind. Es gehört schon ein Stück Idealismus dazu, sich hier zu engagieren, denn in der Vergütung ist die Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen noch nicht abgebildet. Dabei ist der Hausarzt für die Betroffenen, ihre Angehörigen und die Pflegenden vor Ort einer der wichtigsten Ansprechpartner. Und für diesen wiederum ist es wichtig, bei Fragen einen ärztlichen Experten für Beatmungsmedizin konsultieren zu können, sei es in einer Fachklinik, sei es in einem Beatmungszentrum.

Eine gute Vernetzung aller Berufsgruppen vor Ort ist das A & O für das Gelingen einer adäquaten Versorgung von Bewohner/innen einer Beatmungs-WG. Und wie fühlen sich die Betroffenen? WG-Bewohner Martin Hackl ist ein Mensch mit Lernschwierigkeiten, der mit Hilfe seines Sprachprogramms einen eigenen Text vorlesen wird. Mit seinem Engagement und auch mit diesem Workshop, in dem viele Fotos gezeigt werden, möchte Herr Hackl anderen Menschen mit Lernschwierigkeiten und hohem Unterstützungsbedarf Mut zur Inklusion machen. Begleitet wird er von Pflegekraft Ellen Kraske und WG-Leiter Michael Dickas-Henkel. Sie werden das Leben von Herrn Hackl und seine Entwicklung seit dem Einzug in die WG zeigen. Diese Diskussionsrunde ist für Ärzte, Pflegende, pflegende Angehörige, Therapeuten und Provider mit Medizintechnik gedacht und soll Anstöße für die alltägliche Arbeit in Wohngemeinschaften für Beatmung geben. Denn diese Versorgungsform ist relativ neu und es fehlen noch immer verbindliche Standards.

Während es im oben genannten Workshop um ein konkretes Fallbeispiel geht, geben verschiedene Vorträge einen Überblick über den derzeitigen Stand der Versorgung. Dr. Claus Heislbetz, stellvertretender Direktor der Hans-Weinberger-Akademie der AWO e.V. (München), erläutert die "Erkenntnisse aus dem BMG-Forschungsprojekt zu ambulant betreuten Wohngemeinschaften in Deutschland", Stephan Patke, seit 2013 Leiter Projekt- und Geschäftsfeldentwicklung beim Zentrum für Beatmung und Intensivpflege in Berlin, Hamburg und NRW, einer der maßgeblichen Autoren des WG-Papiers der DIGAB e.V., wird über Versorgungsstrukturen referieren. Über weitere spannende Themen in diesem Bereich informieren u.a. Heike Dewenter, Leiterin des Forschungsprojektes event@home am Competence Center eHealth der Hochschule Niederrhein, Bodo Hentschel, Dr. Hakim Bayarassou und Dr. Karsten Siemon, 1. Vorsitzender der DIGAB e.V.. Letzterer steht auch wieder für die Diskussion konkreter Fallbeispiele am Ende des Kongresses zur Verfügung.



DISKUSSIONSRUNDE

ÜBERLEITUNGSMANAGEMENT IN THEORIE UND PRAXIS

ZEIT: FREITAG, 28. OKTOBER 2016, 15.30 – 17.00 UHR

ORT: FORUM 9

Schon beim letzten MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress war das Überleitmanagement Thema einer Diskussionsrunde. Hat sich seitdem etwas an dem „Glücksspiel Entlassungsmanagement“ geändert? Ist es immer noch mehr oder minder dem Zufall überlassen, ob ein außerklinisch beatmeter Patient an einen gut arbeitenden Dienstleister gerät oder an einen, der nur unzureichend versorgt? Fest steht, die Entlassung muss genau vorbereitet und geplant werden. Und dies ist seit dem 1. Januar 2012 gesetzlich vorgeschriebener Teil der Krankenhausbehandlung. Bei der Umsetzung liegt jedoch noch vieles im Argen, das war eine der Erkenntnisse des vergangenen Jahres.

In diesem Jahr stellt Helmut Schneiderat, Niederlassungsleiter der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, eine wahre Geschichte rund um die Entlassung eines außerklinisch beatmeten Menschen vor. Dieses konkrete Fallbeispiel ist so komplex, dass es die Kasuistik, die traditionell immer am Ende des Kongresses stattfindet, gesprengt hätte.

Wie beurteilen zwei ausgewiesene Expertinnen diesen Fall? Was hätten Sie getan, wären Sie in diesen speziellen Überleitungsfall Ansprechpartnerinnen gewesen? Was muss generell am Überleitungsmanagement geändert werden, damit es effektiver und für die Betroffenen weniger belastend über die Bühne geht? Und welche Rolle spielen die ambulanten Pflegedienste und wie sollten sie sich verhalten? Dies und vieles mehr wird in dieser Runde diskutiert.

Frau Meike Grimm, examinierte Krankenschwester, Dipl. Sozialarbeiterin und Management für Gesundheits- und Sozialeinrichtungen, ist seit 1997 Mitarbeiterin der Firma Börgel und in der Patientenversorgung und -beratung tätig. Während ihrer beruflichen Praxis und Weiterbildung zur Case Managerin (DGCC) hat sie sich eingehend mit dem Entlassmanagement auseinandergesetzt. Während Frau Grimm im außerklinischen Bereich tätig ist, arbeitet Frau Anne Mosbauer, Dipl. Sozpäd. (FH), M.A. Beratung und Sozialrecht sowie Case Managerin (DGCC), im stationären Bereich, im Kooperationszentrum Chronische Ateminsuffizienz, Klinik für Intensiv-, Schlaf- und Beatmungsmedizin, ASKLEPIOS Fachkliniken München-Gauting. Selbstverständlich sind die Zuhörerinnen und Zuhörer eingeladen, sich rege an der Diskussion zu beteiligen.

Meike Grimm

Anne Mosbauer

Helmut Schneiderat

Assistenz im Krankenhaus sicher stellen

Dinah Radtke, Theresia Adelfinger und Karl-Heinz Miederer vom Vorstand des Zentrum für selbstbestimmtes Leben Behinderter in Erlangen haben kürzlich bei einem Vortrag von Bundesgesundheitsminister Gröhe in Erlangen die Gelegenheit genutzt und den Minister auf die mangelhaften Regelungen zur Assistenz im Krankenhaus hingewiesen. Dabei haben sie ihm einen Brief und ein Rechtsgutachten zur Assistenz im Krankenhaus überreicht, mit dem sie die Änderung des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus fordern. Dies teilte Dinah Radtke den kobinet-nachrichten mit.

"Seit einer Gesetzesänderung im Jahr 2009 (Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus) können Menschen mit Behinderung, die ihre Persönliche Assistenz im ArbeitgeberInnenmodell (das heißt durch selbst angestellte AssistentInnen) organisieren, ihre Assistenz ins Krankenhaus mitnehmen, da die dafür erforderlichen Kosten übernommen werden. Völlig gleich betroffene Personen, die die Assistenz als Sachleistung zum Beispiel durch einen ambulanten Dienst erhalten, haben diese Möglichkeit nicht. Aus diesem Grund fordern wir die Änderung des Gesetzes zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus. Der besondere pflegerische Bedarf von Menschen mit Behinderung muss nicht nur bei behinderten ArbeitgeberInnen berücksichtigt werden, sondern auch bei schwerbehinderten Personen, die ihre Assistenz über Pflegedienste beziehen oder in Einrichtungen leben. Auch diese Personen benötigen die lebensnotwendige personelle Unterstützung ihres individuell geschulten Personals bei einem Krankenhausaufenthalt", heißt es in dem Brief.

Selbst wenn das Krankenhaus die Notwendigkeit einer Assistenzperson auch bei dieser Personengruppe bestätigt, verweigerten die Krankenkassen die Finanzierung der Assistenz. Fehlende Assistenz könne zu lebensbedrohlichen Situationen führen, wenn zum Beispiel die Notrufklingel nicht selbst betätigt werden kann oder bei beatmeten PatientInnen das Beatmungsgerät nicht überwacht wird. "Es gibt keinen sachlichen Grund, der diese Ungleichbehandlung rechtfertigt.

Dinah Radtke
Moderatorin beim diesjährigen MAIK

Ein Benachteiligungsverbot ist durch das Grundgesetz und die Behindertenrechtskonvention festgeschrieben. Sehr geehrter Herr Minister Gröhe, wir bitten Sie, sich dafür einzusetzen, dass das Gesetz zur Regelung des Assistenzpflegebedarfs im Krankenhaus geändert wird und auch schwerbehinderte Personen, die ihre Assistenz über Pflegedienste beziehen oder in Einrichtungen leben, berücksichtigt", so der Appell von Dinah Radtke, Theresia Adelfinger und Karl-Heinz Miederer aus Erlangen.

Quelle: Ottmar Miles-Paul in kobinet-Nachrichten, 13. August 2016

Das Rechtsgutachten zur Assistenz im Krankenhaus ist eingestellt unter http://www.digab.de/fileadmin/PDF/2016/Rechtsgutachten__Assistenz_im_Krankenhaus.pdf

WORKSHOP

Zeitpunkt | **Samstag, 29. Oktober 2016 von 09.00 bis 10.30 Uhr**
Ort | **Forum 11**

KRONENHOF Intensivpflege

Krankentransport von technologieabhängigen Patienten – Heimbeatmungstransport

Für viele dauerhaft heimbeatmete Menschen ist ein Krankentransport in einem gewöhnlichen Krankenwagen nicht möglich. Für ein selbstbestimmtes Leben zu Hause brauchen sie umfangreiches technisches Equipment und Pflegekräfte, die sich sehr gut mit ihrer Beatmungssituation auskennen. Dieselbe Versorgung benötigen sie auch im Krankenwagen.

Das Ende der Fahnenstange ist für Geschäftsführer Peter Schroeter von der Kronenhof Intensivpflege aus Kempten im Allgäu schon lange erreicht. Zu seinem Gang vor Gericht gab es für ihn keine Alternative. Nicht nur einmal hatte der bayrische Rettungsdienst gegen gesetzliche Vorgaben verstoßen. Für Schroeter ist es ein wichtiges Anliegen, sowohl Betroffene als auch Rettungsdienste auf die erheblichen Risiken beim Krankentransport von Patienten mit Beatmung aufmerksam zu machen.

Einige von ihm in Auftrag gegebene Gutachten sprechen eine klare Sprache.
Selbst wenn die Beatmungspatienten ihr eigenes Gerät mitnehmen, sind die Schwierigkeiten nicht gelöst. Denn das reguläre Krankenwagen-Personal hat nicht die erforderliche Ausbildung und Erfahrung, solche Geräte zu bedienen. Im Notfall werden die Pflegedienste einfach in die Pflicht genommen und müssen einen ausgebildeten Mitarbeiter abstellen. Da dieser nicht abgerechnet werden kann, fordert Schroeter eine separate Planstelle. Dann könnten die Pflegedienste problemlos einen geschulten Pflegebegleiter abstellen

Speziell ausgestattetes Fahrzeug ist die beste Lösung
Schlussfolgerung dieses Dilemmas: Der Krankentransport von schwer eingeschränkten Menschen mit Beatmung funktioniert nur mit einem speziell dafür konzipiertem Einsatzfahrzeug. Davon angespornt entwarf Peter Schroeter ein spezielles Fahrzeug, das allen Ansprüchen genügt. Eines der wichtigsten Ausstattungs-Features ist die Universalhalterung für Beatmungsgeräte. Diese erlaubt dem Patienten, das eigene Gerät zu benutzen und vor allem sachgemäß sichern zu lassen. Falsche Ladungssicherung hat schon mehrfach große Schäden verursacht. Außerdem verfügt das Fahrzeug über alle notwendigen Geräte für Menschen mit Beatmung, wenn es unterwegs zu Komplikationen kommt. Trotz dieser unbefriedigenden Situation lehnte es das bayerische Innenministerium bislang ab, Sonder-Fahrzeuge der Kronenhof Intensivpflege in den bayerischen Rettungsdienst aufzunehmen. Haarsträubende Begründung: Der Bedarf für Fahrzeuge dieser Art sei nicht erkennbar und aus gesetzlicher Sicht auch gar nicht möglich.

Über die aktuelle Situation und viele interessante Details zu der o.g. Problematik referiert Peter Schroeter in seinem Workshop.

Marcel Renz

Peter Schroeter
Geschäftsführer der Kronenhof Intensivpflege GmbH

HEIMBEATMUNGSTRANSPORT

Bundesweite Koordinierungsstelle

0800 - 11 44 600 (kostenfrei)

Bundesweiter Transport von heimbeatmeten

und technologieabhängigen Menschen.

KRONENHOF Krankentransport
Hermann-von-Barth-Straße 2 - 87435 Kempten
www.kronenhof-gruppe.de - Telefon 0831 . 570 170 0

WORKSHOP

Zeitpunkt | **Freitag, 28. Oktober 2016 von 11.00 bis 12.30 Uhr**
Ort | **Forum 8**

www.wkm-medizintechnik.de

„Was ich weiß, macht mich heiß“ - Unsichtbares sichtbar machen. Floreszenzen zur Steigerung der Compliance

Welche Notwendigkeit besteht, Hygieneschulungen kreativ zu gestalten? Wie können wir die Motivation der Mitarbeiter so steigern, dass sie handlungsorientiert ihr hygienisches Verhalten langfristig verbessern?

Die beiden Referenten, Sarah Hellwig und Werner Fulle, laden Sie ein, einmal aktiv dabei zu sein und zu erfahren, welches Ausmaß die unbewusste Kontaminationsverschleppung im alltäglichen Management infektiöser Wunden und Bereiche annehmen kann und werden die Bedeutung nosokomialer Infektionen visualisieren.

Das Medium „UV- Licht“ ist aus dem Bereich Händehygiene bekannt. Die beiden Referenten zeigen Ihnen, dass da noch mehr geht als die einfache Händedesinfektion, und wie Sie Hygieneschulungen interessant, neu und praxisnah gestalten und ins „richtige Licht“ rücken.

Lassen Sie sich überraschen und tauchen Sie ein in die sichtbare Welt der Keime! Veranstalter dieses außergewöhnlichen Hygiene-Workshops ist die WKM GmbH.

Werner Fulle
Key Account Manager, WKM GmbH

Sarah Hellwig
Fachdozentin für Hygiene im Gesundheitswesen und Notfallmedizin

WKM

Heimbeatmung

Mobile Beatmung

Inhalations- und Atemtherapie

Sauerstofftherapie

Pädiatrie

Tracheostomaversorgung

Patientenüberwachung

Enterale Ernährung

Parenterale Ernährung

Dekubitusprophylaxe und -therapie

Wundversorgung und -beratung

Kontinenzförderung

Systemhygiene

Pflegehilfsmittel und Verbrauchsmaterial

Dienstleistungen und Schulungen

Überleitmanagement

Im Dienst unserer Kunden. Jederzeit.

Ihr Partner in der Hilfsmittelversorgung in Bayern.

Dr.-Rank-Straße 8 · 82275 Emmering · Telefon 08141 2297-0 · Fax 08141 2297-111 · www.wkm-medizintechnik.de · info@wkm-medizintechnik.de

WORKSHOP

Zeitpunkt | **Freitag, 28. Oktober 2016 von 11.00 bis 12.30 Uhr**
Ort | **Forum 10**

DZH.

Personal optimal und effizient disponieren mit dem Dienstplangenerator

Wie können Sie Überstunden bei der Intensivpflege effektiv vermeiden und die Zeitkonten der Mitarbeiter weitestgehend ausgeglichen halten? Wie vermeiden Sie die aufwändige manuelle Planung Monat für Monat? Wie berücksichtigen Sie Wochenenddienste, Nachtschichten und Einsatzwünsche fair und stellen so die Zufriedenheit Ihrer Mitarbeiter sicher? Mit welchen Tools können Sie einfacher, schneller und effektiver planen? Unser Workshop gibt Antworten auf diese und andere Fragen.

Die Disposition der Personaleinsätze ist in der Intensivpflege ein Kernthema und immer wieder eine besondere Herausforderung. Wo Patienten rund um die Uhr pflegerisch betreut werden müssen, sind Lösungen gefragt, die die Dienstplanung besonders einfach und effizient ermöglichen.

Lernen Sie mit DZH PEP Pro und dem Dienstplangenerator eine Branchenlösung für die Intensivpflege kennen, die Ihnen die Dienstplanung anhand Ihres Personalbedarfs ganz einfach macht. Erfahren Sie, wie Sie Planungskriterien nach Ihren individuellen Vorstellungen und Anforderungen gewichten und verschiedene Szenarien durchspielen können.

Wir zeigen Ihnen wertvolle Tools für den Arbeitsalltag, mit denen Sie im Auge behalten, wie personalstark jede einzelne Schicht sein soll und wirklich geplant ist, welche individuellen Arbeits- , Ruhe- und Urlaubszeiten jeder einzelne Ihrer Mitarbeiter hat, und wie Sie gesetzliche Vorgaben wie Mindesturlaubsgesetz, Entgeltfortzahlung oder Mindestruhezeiten ohne großen Aufwand bei Ihrer Personalplanung berücksichtigen und überwachen.

Damit auch die individuellen Bedürfnisse Ihrer Mitarbeiter in Ihre Planung mit einbezogen werden, können diese über eine webbasierte Lösung ihre Einsatz- und Urlaubswünsche und die Erfassung des Stundenzettels eigenhändig eintragen. Bei Abweichungen wird der Vorgesetzte über ein Benachrichtigungstool informiert.

Nutzen Sie den DZH Workshop am 28.10.16 um 11:00 – 12:30 Uhr auf dem 9. MAIK Kongress, um Ihre aktuellen Herausforderungen mit Experten zu besprechen und neue Lösungsansätze zu erarbeiten. Wir würden uns sehr freuen, wenn Sie uns in der Industrieausstellung vor oder nach diesem Workshop für individuelle Gespräche besuchen würden.

Thorsten Kiwitter
Team- und Verkaufsleiter Pflege

DZH.

Mein persönliches Abrechnungshaus

DZH.PEP Pro

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.

- effektive Personaleinsatzplanung
- elektronische Zeiterfassung
- zuverlässiges Controlling
- Einbindung von Mitarbeitern über das Online-Portal meinPEP
- Dienstplangenerator

Besuchen Sie unseren Workshop auf dem MAIK Kongress am 28.10.2016 um 11:00 - 12:30 Uhr:
„Personal optimal und effizient disponieren mit dem Dienstplangenerator"

Lernen Sie DZH PEP Pro kennen:

MAIK – Münchner außerklinischer Intensiv Kongress
28. – 29.10.2016, München

Tel.: 040 / 22 74 65 - 0 | beratung@dzh-online.de | www.dzh-online.de

WORKSHOP

Zeitpunkt | **Freitag, 28. Oktober 2016 von 13.30 bis 15.00 Uhr**
Ort | **Forum 9**

Regelmäßige Blutgasanalysen gehören zur Routinediagnose bei beatmeten Patienten. Nicht nur in der Klinik, sondern auch bei zu Hause oder in außerklinischen Einrichtungen Beatmeten. Immer häufiger erwägen diese Einrichtungen die Anschaffung eines BGA-Gerätes, um die Analysen vor Ort durchführen und ggfs. schnell reagieren zu können. Wir möchten mit diesem Workshop die Grundlagen der BGA erklären, die verschiedenen Parameter und deren Beurteilung, Indikationen zur BGA sowie deren Bedeutung in der ambulanten Intensivpflege. Alles wird mit reichlich Beispielen untermalt, besonders im Hinblick auf eine bestmögliche Beatmungseinstellung.

In einem zweiten Block werden verschiedene Methoden zur Blutgasmessung vorgestellt. Und schließlich werden zwei Geräte präsentiert, das **Irma Trupoint**, ein wartungsfreies Blutanalysesystem mit Einmalkassetten sowie der **Sentec Digital Monitor** für die kontinuierliche und nicht-invasive CO2- und SpO2-Messung in einem einzigen transkutanen Sensor. In dem 90-minütigen Workshop ist genug Zeit für Diskussionen und Hands-on.

Veranstalter des Workshops ist die Keller Medical GmbH.

Mehr unter **www.keller-medical.de**

Dr. med Olaf Lück
Chefarzt für Innere Medizin im Fachkrankenhaus für Neurologische Frührehabilitation der Kliniken Beelitz

WORKSHOPS

Zeitpunkt | **Freitag, 28. Oktober 2016 von 11.00 bis 17.00 Uhr**
Ort | **Forum 11**

11.00 – 12.30 Uhr
Theoretische Grundlagen Beatmung – Praktisch mit Astral
Antje Piehl

13.30 – 14.15 Uhr Leckagebeatmung vs. Ventilbeatmung
Michael Brohm

14.15 – 15.00 Uhr Volumensicherung? – Garantiert!
Michael Brohm

15.30 – 17.00 Uhr Knoff Hoff Beatmung – Fehlersuche und Ihre Fragen rund um die Beatmung
Michael Brohm

Theoretische Grundlagen Beatmung – Praktisch mit Astral
Klärung der wichtigsten Begriffe in der Beatmung. Dieser Workshop erläutert Ihnen die Grundlagen der Beatmungstechnik. Er soll Orientierung im Dschungel aus Modi, Werten, Parametern und Abkürzungen bringen. Das Gelernte wird in praktischen Übungen am Beatmungsgerät vertieft.

Leckagebeatmung vs. Ventilbeatmung
In diesem Workshop stellen wir die Möglichkeiten der beiden Beatmungstechniken gegenüber. Wie profitiert der Patient? Welche Applikation kann wann und wie angewendet werden? Was sollte beachtet werden?

Volumensicherung? Garantiert!
Dieser Workshop erklärt die Grundlagen und Möglichkeiten der Volumensicherung durch moderne Beatmungsfeatures. Wir möchten Ihnen zeigen, wann und warum Einstellungen wie z.B. Sicherheitsvolumen wichtig sein können. In welchem Zusammenhang werden diese Einstellungen aktiv, was bedeutet dies für Patient und Anwender?

Knoff Hoff Beatmung – Fehlersuche und Ihre Fragen rund um die Beatmung
Wieso, weshalb, warum. Wer nicht fragt … In diesem Workshop haben Sie die Möglichkeit, Ihre Fragen an unsere Applikationsspezialisten zu stellen. Testen Sie außerdem Ihr Fachwissen auf einem „Fehler-Parcours“ rund um alltägliche Problemsituationen.

Michael Brohm
Fachkrankenpfleger für Innere Medizin und Intensivmedizin
Applikationsspezialist ResMed Deutschland GmbH, Bereich Süd-Nord

Antje Piehl
Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin
Applikationsspezialistin ResMed Deutschland GmbH, Gebiet Nord-West

WORKSHOPS

Zeitpunkt | **Freitag, 28. Oktober 2016 von 13.30 bis 15.00 Uhr**
Ort | **Forum 10**

Zeitpunkt | **Samstag, 29. Oktober 2016 von 13.30 bis 15.00 Uhr**
Ort | **Forum 10**

**Optiflow+ und aktive Atemgasbefeuchtung –
Was hat sich getan?**

Was hat sich bei der nasalen High Flow Therapie getan. Kaum eine Therapie hat in der letzten Zeit so viele Fragen aufgeworfen wie die nasale High Flow Therapie. Wir geben Ihnen einen kurzen Überblick über die aktuelle Therapie und Sie können diese während des Workshops gerne selbst ausprobieren.

Welches Patientenklientel profitiert besonders von der nasalen High Flow Therapie und wie gestaltet sich zur Zeit die Kostenübernahme für diese Therapie.

Eng verknüpft mit der nasalen High Flow Therapie ist die aktive Atemgasbefeuchtung. Die Befeuchtung des Atemgases ist ein nicht zu vernachlässigender Faktor in der invasiven und Nicht-invasiven Beatmung. Patienten profitieren in sehr vielfältiger Art und Weise von der aktiven Atemgasbefeuchtung. Die Therapie wird deutlich besser toleriert und zeitgleich optimiert. Neue, einfache Geräte sorgen für weniger Aufwand in der aktiven Befeuchtung und das natürliche Gleichgewicht in der erkrankten Lunge wird wiederhergestellt. Wir zeigen Ihnen Optionen auf, aktive Atemgasbefeuchtung, einfach und sicher in der häuslichen Umgebung anzuwenden und geben Ihnen die Möglichkeit, Fragen zur aktiven Befeuchtung zu stellen.

Der Workshop, den Dennis Greiling abhält, findet an beiden Kongresstagen statt. Herr Greiling ist seit 4 Jahren bei der Firma Fisher & Paykel Healthcare und hat zuvor als Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivmedizin am Universitätsklinikum Münster gearbeitet. Seit Ende 2014 hat er die Stelle als Produktmanager im Homecare Bereich. Er ist verantwortlich für die Optiflow Therapie mit dem myAirvo2, die aktive Befeuchtung im häuslichen Umfeld bei der invasiven und nichtinvasiven Beatmung und CPAP-Geräte inkl. Masken für die Behandlung der Schlafapnoe. Die Fisher & Paykel Healthcare GmbH ist führend bei der Entwicklung, Herstellung und Vermarktung von Produkten und Systemen für die aktive Atemgasbefeuchtung sowie für die Behandlung der obstruktiven Schlafapnoe.

Dennis Greiling
Product Manager Homecare
Fisher & Paykel Healthcare GmbH

Natürliches Gleichgewicht wiederherstellen

Fisher & Paykel Healthcare GmbH
Wiesenstrasse 49
73614 Schorndorf
07181-985990
homecare@fphcare.de
www.fphcare.de

Fisher & Paykel HEALTHCARE

WORKSHOP

Zeitpunkt | **Samstag, 29. Oktober 2016 von 09.00 bis 10.30 Uhr**
Ort | **Forum 10**

Eine zeitgerechte Betreuung von tracheotomierten / beatmeten Patienten mit Versorgungspauschalen

Was kann und muss ein Hilfsmittellieferant in der individuellen Patientenversorgung leisten? Eine professionelle Tracheostomaversorgung berücksichtigt viele verschiedene Aspekte. Einerseits dienen hohe pflegerische Anforderungen und Standards der Sicherheit des Patienten, andererseits führt der Kostendruck in unserem Gesundheitssystem zu spürbaren Veränderungen. Die Erstattungssituation und die rechtlichen Ansprüche des Versicherten müssen bedacht werden. Zusätzlich gilt es z.B. Empfehlungen anerkannter Institute bezüglich der Nutzung bestimmter Hilfsmittel sinnvoll in die Praxis umzusetzen. Und wie realisiert und ermittelt man überhaupt den individuellen Bedarf des Patienten? In diesem Workshop erfahren Sie, wie eine patientenorientierte, nach pflegerischen Grundsätzen entsprechende Tracheostomaversorgung unter den aktuell sozial- und vertragsrechtlichen Gegebenheiten organisiert werden kann.

Veranstalter ist die Andreas Fahl Medizintechnik-Vertrieb GmbH mit Hauptsitz in Köln, die im Jahr 1992 durch den Groß- und Außenhandelskaufmann Andreas Fahl gegründet wurde.

Ein Leitspruch des Unternehmens lautet: „Ihr Partner für die **Rehabilitation nach Laryngektomie und Tracheotomie**“. „Partner zu sein bedeutet für uns, für unsere Kunden da zu sein, mit Fachwissen als kompetenter Berater zur Seite zu stehen, einen aufmerksamen Service zu garantieren und eine Vielfalt qualitativ hochwertiger und innovativer Produkte bei gutem Preis-Leistungs-Verhältnis anzubieten, also eine ‚**Rundumversorgung**‘ sicherzustellen.“ Neben weiteren Standorten in Deutschland hat das Unternehmen seit 2003 eine Zweigniederlassung in Österreich gegründet, wodurch die internationale Ausrichtung des Unternehmens weiter verstärkt wurde. Das Entwicklungs-Know-how des Unternehmens wird durch zahlreiche Patente und sonstige gewerbliche Schutzrechte dokumentiert. Heute ist das Unternehmen mit rund 200 Beschäftigten einer der führenden Spezialanbieter in Deutschland im Bereich der Hilfsmittelversorgung von Tracheotomierten und Laryngektomierten.

Mehr unter **www.fahl.de**

Stefanie Schwarz
Fachkraft für Intensiv- und Anästhesiepflege
Fachkraft für Hygiene in der Pflege
Medizinprodukteberaterin

Wolfgang Fleischer
Key Account Manager Homecare
Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege
ALS Provider
Dozent in der Erwachsenenbildung

FAHL

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

SUPRAFIX®

- 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)2203/2980-0**
Fax +49(0)2203/2980-100 · Germany · mail vertrieb@fahl.de · www.fahl.de

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

WORKSHOP

Zeitpunkt | **Freitag, 28. Oktober 2016 von 15.30 bis 17.00 Uhr**
Ort | **Forum 10**

HEIMOMED®
healthy innovation

Professionelles Dysphagie- und Trachealkanülen-management

In dem Workshop geht es um die Prävalenz von Dysphagie (Schluckstörung) bei beatmeten Patienten und Patienten im Weaning sowie diagnostische und therapeutische Interventionsmöglichkeiten zur Verhinderung von Komplikationen durch Aspiration. Bei langzeitbeatmeten, vor allem auch älteren und geschwächten Patienten, können mit einer Wahrscheinlichkeit von weit über 50% Störungen des Schluckablaufes auftreten (Hiller 2008, noch unveröffentlicht). Bei unzureichender Nährstoffversorgung sinkt das Rehabilitationspotential der Patienten erheblich, das Immunsystem wird geschwächt, und bei zusätzlicher unerkannter, nicht versorgter Dysphagie steigt die Komplikationsrate um ein Vielfaches. Es ist außerdem möglich, dass das Assessment der Beatmung oder das Weaning erschwert werden. In jedem Fall wird die Lebensqualität des Patienten eingeschränkt, da für Dysphagiepatienten die Teilhabe am alltäglichen sozialen Leben schlicht unmöglich wird.

Auf Grund der hohen Prävalenz von Dysphagien müssen Patienten, besonders wenn sie beatmet sind, immer auf mögliche Schluckstörungen untersucht werden, bevor die Oralisierung beginnt. Die Anwendung von eigens dafür entwickelten Befundbögen ermöglicht es Pflegekräften, Hinweise auf eine Dysphagie sicher zu erkennen. Werden Auffälligkeiten festgestellt, muss umgehend ein speziell in der Dysphagiologie ausgebildeter Logopäde / Sprachtherapeut zu Rate gezogen werden. Hierbei sollten in jedem Fall evidenzbasierte Verfahren Anwendung finden. Durch eine strukturierte klinische und bildgebende Diagnostik kann eine Dysphagie sicher festgestellt und effektiv behandelt werden. Ebenso kann der Rehabilitationsprozess durch ein strukturiertes Trachealkanülenmanagement beschleunigt werden. Die Anwendung spezieller Dysphagiekanülen, die auch bei beatmeten Patienten zum Einsatz kommen können, lässt bereits diagnostische Schlüsse zu und ermöglicht eine sichere und schonende Verlaufskontrolle im klinischen und außerklinischen Pflege- und Behandlungsalltag. Das Sekretmanagement wird durch den Einsatz von Dysphagiekanülen deutlich erleichtert.

DAS DYSPHAGIEZENTRUM wird geleitet von dem Experten Mirko Hiller. Es besteht seit 2007, betreut unter anderem eine Schlucksprechstunde mit klinischer, endoskopischer & radiologischer Diagnostik, vermittelt Patienten in Spezialkliniken, hilft beim Umstellungsmanagement in Praxen, Kliniken und sonstigen Einrichtungen, bietet Supervisionen, leistet Patientenbetreuung und Angehörigenberatung, führt Seminare für Ärzte, Therapeuten & Pflegekräfte durch, hat sich auf die Erstellung von Assessments spezialisiert und kann mit einem großen Netzwerk von Fachkräften aller Disziplinen aufwarten, um Dysphagien aller Ätiologien und Schweregrade sicher zu diagnostizieren und die Behandlung einzuleiten. Mit der HEIMOMED Heinze GmbH & Co. KG, die den Workshop anbietet, besteht seit mehreren Jahren eine intensive Zusammenarbeit in Bezug auf Produktentwicklung, z.B. einer Dysphagiekanüle.

KONTAKT
HEIMOMED Heinze GmbH & Co. KG
healthy innovation
Daimlerstr. 30 | 50170 Kerpen
www.heimomed.com

Mirko Hiller
MSc / Neurorehabilitation
Logopäde - Schwerpunkt Dysphagie
www.das-dysphagiezentrum.de

WORKSHOP

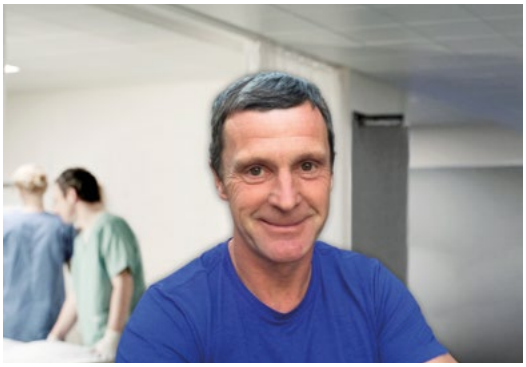
Zeitpunkt | **Samstag, 29. Oktober 2016 von 11.00 bis 12.30 Uhr**
Ort | **Forum 10**

RADIOMETER

Prinzipien der transkutanen Blutgasüberwachung

Das transkutane, nichtinvasive Monitoring der Blutgase ist eine bewährte, innovative und äußerst präzise Technologie zur kontinuierlichen, nichtinvasiven Überwachung von pO2 und pCO2. Es liefert wichtige Informationen zum respiratorischen Status in Echtzeit, durch die die Patientensicherheit, der Patientenkomfort und somit die Betreuungsqualität unmittelbar verbessert werden kann. Ein auf der Haut platzierter Sensor erkennt und misst Blutgase, die durch die Haut diffundieren. So zeigen die transkutanen Monitore von Radiometer TCM5 FLEX und TCM5 Basic Veränderungen in Sauerstoffaufnahme, Kohlendioxidabgabe, Sauerstofftransport und Sauerstoffabgabe an. Die transkutanen Monitore von Radiometer sind klein, tragbar und verfügen über integrierte Akkus. Vollkommen geräuschlos können Patienten mit Schlaf- oder Atemstörungen, ungestört auch über Nacht überwacht werden.

Der Workshop „Prinzipien der transkutanen Blutgasüberwachung“ vermittelt die theoretischen, technischen und physiologischen Grundlagen des TCM in Kombination mit begleiteten, praktischen Übungen an Vorführgeräten, unterstützt durch erfahrene Radiometer Applikationsspezialisten. Auf diese Weise wird den Teilnehmern die einfache Anwendung und intuitive Bedienung transkutaner Monitore verdeutlicht.



Franz von Wirth

Ausbildung
1983 Staatl. exam. Kinderkrankenpfleger
1987 Fachkinderkrankenpfleger pädiatrische Intensivpflege und Neonatologie
1990 Studium Krankenhausmanagement

Karriere
1983 – 1994 Neonatale Intensivpflege
1991 – 1993 Pflegedirektor
1994 – 1995 Applikationsspezialist Monitoring, Radiometer GmbH
1995 – 2005 Produkt Manager Monitoring, Radiometer GmbH
2006 – 2010 Business Unit Manager Monitoring, Radiometer GmbH
2011 – heute Global Sales Development Manager Monitoring, Radiometer ApS Medical

WORKSHOP

smiths medical
bringing technology to life

Zeitpunkt | **Freitag, 28. Oktober 2016 von 13.30 bis 15.00 Uhr**
Ort | **Forum 8**

Quo vadis? Weichmacher. Trachealkanülen. Möglichkeiten.

Es fängt schon früh morgens im Kühlschrank an: die Umverpackung von Wurst und Käse, der Joghurtbecher und die Cornflakes-Tüte und weiter über den Trinkdeckel des Kaffees an der Tankstelle.... in jedem biegsamen Plastik sind gesundheitsschädliche Weichmacher. In PVC-Bodenbelägen, Vliestapeten, Kunstlederbezügen, Spielsachen und Kabelisolationen können sie in hohen Konzentrationen (10 bis zu 50 Prozent) enthalten sein. Phthalat-Weichmacher sind Massenchemikalien. Jährlich wird allein in Westeuropa rund eine Million Tonnen Phthalate produziert, schreibt der Bund für Umwelt und Naturschutz Deutschland e.V. (BUND). Die Phthalat-Weichmacher dünsten nur langsam, aber dauerhaft während der Nutzung aus. Erst wenn ein PVC-Produkt porös geworden ist, kann man davon ausgehen, dass alle Weichmacher entwichen sind.

Die Menschen nehmen diese Stoffe vor allem über die Nahrung auf. Die Weichmacher DINP, DIDP und DNOP sind in Spielzeug und Babyartikeln verboten, „die dazu bestimmt sind von Kindern unter drei Jahren in den Mund genommen zu werden“ und sich durch den Speichel lösen und in den menschlichen Körper geraten.

Obwohl es wissenschaftlich erwiesen ist, dass Weichmacher giftig sind, ziehen sie sich durch unseren ganzen Alltag, privat wie beruflich, und sie sind auch in vielen Medizinprodukten enthalten. Durch eine Verordnung der Bundesregierung (18/7752) soll künftig übrigens der Einsatz von vier Weichmachern in Elektrogeräten stark begrenzt werden. Damit soll eine delegierte Richtlinie der Europäischen Kommission 2015/863/EU umgesetzt werden. Für Haushaltselektrogeräte und Unterhaltungselektronik gilt demnach eine Übergangsfrist bis zum 21. Juli 2019. Medizinische Geräte oder auch Überwachungs- und Kontrollinstrumente sollen noch bis zum 21. Juli 2021 ohne die neue Stoffbeschränkung in den Verkehr gebracht werden können.

Um so bemerkenswerter ist es, dass es im Bereich der Medizinprodukte bereits Lösungen und Alternativen gibt. Darüber informiert Christian Müller, der sich seit langem mit diesem Thema beschäftigt, in seinem großen Workshop. Der Referent hat eine pflegerische Ausbildung, verfügt über eine langjährige Berufserfahrung und ist Clinical Field Trainer bei Smiths Medical Deutschland GmbH.

Christian Müller
Clinical Field Trainer
Smiths Medical Deutschland GmbH

HOMECARE LÖSUNGEN FÜR EIN BESSERES LEBEN

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.

smiths medical

portex®

Mehr Informationen:
www.smiths-medical.com

©2016 Smiths Medical. All rights reserved. Bivona, Portex and the Smiths Medical design mark are trademarks of Smiths Medical.

WORKSHOP

Zeitpunkt | **Freitag, 28. Oktober 2016 von 11.00 bis 12.30 Uhr**
Ort | **Forum 12**
Zwei Referenten, zwei Themen (Dauer je 45 Minuten)

NUTRICIA
Advanced Medical Nutrition

11:00 - 11:45 Uhr
Referent: Carsten Jehle

"Qualitätsmanagement in der ambulanten Intensivpflege: welche Anforderungen müssen beachtet werden?"
Die Anforderungen an die Versorgung von außerklinisch behandelten Patienten sind hoch. Zahlreiche Empfehlungen, Richtlinien und Gesetze beeinflussen die Tätigkeiten. Unter den erschwerten Bedingungen des Arbeitsmarktes zeigen sich die hohen Anforderungen an die Strukturqualität. Die MDK-Prüfkriterien berücksichtigen nur unzureichend die speziellen Anforderungen an die außerklinische Intensivpflege. Es fehlt noch an einer verbindlichen Versorgungsform, welche sich in der Palliativversorgung (SAPV) bewährt hat. Im Workshop werden die aktuellen Gegebenheiten und Anforderungen vorgestellt sowie die Veränderungen im Bereich der außerklinischen Intensivpflege, welche sich im QM wiederfinden werden müssen.

Carsten Jehle
Fachkrankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege
Stellvertretende Leitung der interdisziplinären Intensivstation
Evangelisches Krankenhaus Hattingen
Zertifizierter QM-Manager und QM-Auditor
Bundesweit tätiger Auditor für den TÜV-NORD-CERT GmbH
Pflegesachverständiger

11:45 - 12:30 Uhr
Referentin: Danuta Borde

"Sondenmanagement leicht gemacht: Praktische Tipps und Tricks für die richtige Versorgung enteral ernährter Patienten"
Die Ernährungssituation unterscheidet sich von Sondenpatient zu Sondenpatient und ändert sich häufig während seiner Behandlung. Wann benötigt der Patient eine künstliche Ernährung und wie soll diese erfolgen? Parenteral oder enteral, nasogastral oder PEG? Bolus oder kontinuierlich? Kann ein sondenernährter Bewohner auch noch normal essen? Was ist bei der Medikamentengabe zu beachten? Diarrhoe und Obstipation – beides kommt vor. Was kann man tun, wenn die Nahrung nicht vertragen wird? Wie bekomme ich eine verstopfte Sonde wieder frei? Diese und mehr Fragen beantwortet Danuta Borde von der Firma Nutricia in ihrem Vortrag „Sondenmanagement leicht gemacht: Praktische Tipps und Tricks für die richtige Versorgung enteral ernährter Patienten“ praxisnah und anschaulich.

Danuta Borde
Ernährungsmedizinische Beraterin DGE
Leitung Nutricia Akademie, Nutricia GmbH

Sie interessieren sich für den Workshop im Rahmen des 9. MAIK in München, können aber leider nicht persönlich vor Ort sein? Dann nutzen Sie die Liveübertragung am 28. Oktober im Internet. Und auch nach der Veranstaltung stehen die Videos zur Ansicht zur Verfügung. Mehr unter http://www.nutrison-flocare.de/fileadmin/media/nutricia/Bilder/Fachkreise/Fortbildungen/Flyer_MAIK_2016.pdf

Spezialist auf dem Gebiet der medizinisch enteralen Ernährung
Die Nutricia GmbH mit Sitz in Erlangen ist Spezialist für medizinisch enterale Ernährung. Das Unternehmen bietet Konzepte zur Patientenversorgung im stationären und ambulanten Bereich. Zum Sortiment gehören Trink- und Sondennahrung für Kinder und Erwachsene, Applikationssysteme, Ernährungssonden und Ernährungspumpen sowie spezielle Produkte zur Ernährungstherapie bei Schluckstörungen sowie seltenen, erblichen Stoffwechselstörungen. International ist Nutricia ein Teil der Medical Nutrition Sparte von Danone.

WORKSHOP

Zeitpunkt | **Freitag, 28. Oktober 2016 von 11.00 bis 12.30 Uhr**
Ort | **Forum 9**

HEINEN + LÖWENSTEIN
Lebenserhaltende Medizintechnik

Das Lung Insufflation Assist Manouver (LIAM) und Hustenasisstenz ohne Unterdruck: Facts - Figures – Future

Themen des Workshops:

- Mechanische Verfahren als wichtige Therapieoptionen im Sekretmanagement
- Bedeutung und Nutzen von Insufflation und Exsufflation: Was sind Fakten, was ist Spekulation?
- Die Technologie LIAM: Historie, Status Quo und Zukunft
- Therapiebegleitende Insufflation - nur Hustenassistenz oder mehr?
- Zusammenfassung und Take Home Message(s)
- HANDS ON mit prisma Vent 50

Referent in dem Workshop von Heinen + Löwenstein ist Prof. Dr. med. Uwe Mellies.

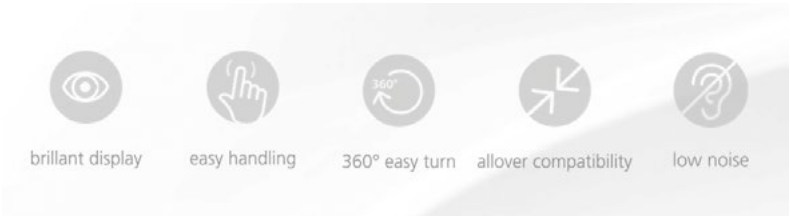
Mehr unter http://www.uni-kinderklinik3.de/pneumologie/stationen/station-k7.html

KONTAKT
Heinen + Löwenstein GmbH & Co. KG,
Arzbacher Straße 80, D-56130 Bad Ems
www.hul.de

Prof. Dr. med. Uwe Mellies
Universitätsklinikum Essen
Klinik für Kinderheilkunde III
Abteilung für Pädiatrische Pneumologie und Schlafmedizin

BreathCaring Simplicity
prisma VENT

Die flüsterleise High-End Beatmung



WORKSHOP

Zeitpunkt | **Samstag, 29. Oktober 2016 von 11.00 bis 12.30 Uhr**
Ort | **Forum 12**

Warum bekommt mein Klient nicht das, was er möchte?

Versorgungspauschalen hinterfragt.

In dieser Diskussionsrunde geht es um die Frage, wie unsere Klienten, die tracheotomiert und beatmet sind, im Rahmen von Versorgungspauschalen zeitgemäß mit Verbrauchsmaterial ausgestattet werden können.

Auf Grund des steigenden Kostendrucks wird der Spagat zwischen Wirtschaftlichkeit und Hygienevorschriften immer größer. Die Anforderungen an die Fachpflegedienste steigen.

- Warum bekommt mein Patient nicht das, was er möchte?
- Wer bestimmt, was er braucht, und was muß der Hilfsmittelprovider überhaupt liefern?
- Welchen Anspruch haben wir?
- Was heißt „ausreichend“, „zweckmäßig“, „wirtschaftlich“ und „das Maß des Notwendigen nicht überschreitend“? Wer darf entscheiden?
- Wie können wir unsere Patienten sicher, unter Berücksichtigung der pflegerischen, hygienischen, rechtlichen und wirtschaftlichen Vorgaben, mit Verbrauchsmaterial versorgen?

Anhand von Beispielen aus der Praxis und durch Erklärungen der Hilfsmittelpauschalen werden Meike Grimm (Börgel GmbH) und Werner Fulle (WKM GmbH) die momentane Versorgungssituation darstellen. Die beiden Referenten möchten gemeinsame Wege für die Pflegenden, den Patienten und den Hilfsmittelprovider finden, um eine optimale und ausreichende Versorgung zu erzielen.

Meike Grimm
Börgel GmbH

Werner Fulle
WKM GmbH

BÖRGEL GmbH

Beatmungsmedizinische
Dienstleistungen und Technik

Außerklinische Beatmung

Seit über 35 Jahren versorgen und beraten wir Kinder und Erwachsene mit Beatmungsabhängigkeit nach einem ganzheitlichen Konzept.

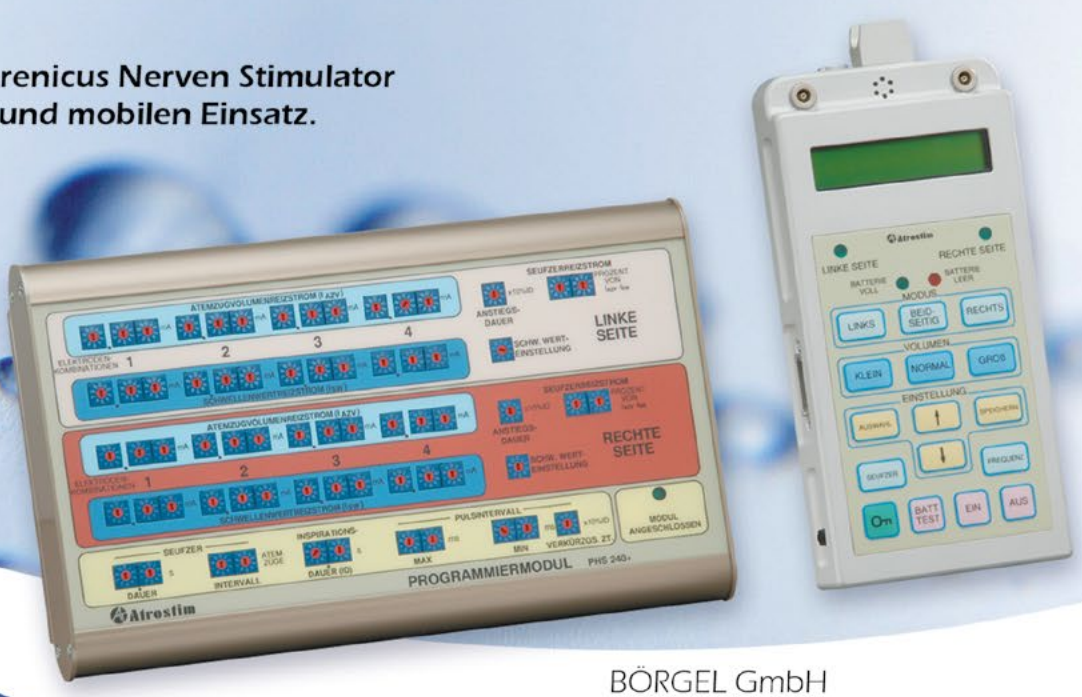
Unsere Leistungen:

- 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 invasiven und nicht invasiven Beatmung
- Geräte zur Unterdruckbeatmung
- Meß- und Überwachungsgeräte, Absauggeräte
- Beatmungszubehör und Verbrauchsmaterialien
- Geräte zur Sekretmobilisation (Inhalation, Hustenassistenz, ...)
- Phrenicusnervenstimulator (PNS)

Atrostim PNS 2.0 Phrenicus Nerven Stimulator für den stationären und mobilen Einsatz.



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

www.boergel-gmbh.de

Simone Ahrens-Mende

Dr. med. Matthias Frerick

Rüdiger Barth

Tobias Brentle

Eva Brandenbusch

Swantje Rüss

FOTOS ZU //

Die außerklinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Corinne Ruser

Sabine Zehentmeier

Tilman Holweg

Die außerklinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Auch beim diesjährigen MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress wird die außerklinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus den unterschiedlichsten Blickwinkeln beleuchtet. Die Referentinnen und Referenten kommen aus Medizin, Pflege, Therapie, Verbänden und den Reihen der betroffenen Angehörigen. Je ein Slot sind dem Thema „Außerklinische Beatmung bei Kindern und Jugendlichen“ sowie dem Undine-Syndrom gewidmet. Dieses wird aus ärztlicher, pflegerischer und der Sicht betroffener Eltern betrachtet. Letztere vertritt der Selbsthilfeverein „Undine Syndrom e.V.“ mit Sitz in Mannheim.

Aus therapeutischer Perspektive geht es um die Möglichkeiten und Grenzen der Unterstützung der sensomotorischen Entwicklung schwerstbetroffener Kinder. Und was ist, wenn mein Kind erwachsen wird? Hierzu findet eine Gesprächsrunde mit betroffenen Müttern, einem Kinderarzt und einem Juristen statt. In einer weiteren Gesprächsrunde zum Thema "Ergänzungsvereinbarung" wird die Frage diskutiert, ob die häusliche Pflege von außerklinisch beatmeten Kindern unter den derzeitigen Gegebenheiten überhaupt noch möglich ist. Alle Vortrags-Slots, Workshops und Gesprächsrunden dauern jeweils 90 Minuten.

Die palliative Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Im Rahmen eines weiteren Workshops geht es um die verschiedenen Möglichkeiten palliativer Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Mit dabei sind die beiden Palliativpflegekräfte Sabine Zehentmeier und Tobias Brentle, und Rüdiger Barth stellt am Samstag, 29. Oktober 2016, 9.00 - 10.30 Uhr, Forum 12, das Kinder- und Jugendhospiz Balthasar in Olpe vor, das er seit vielen Jahren leitet. Hier ein kurzes Porträt der segensreichen Einrichtung.

Leben – Lachen – Sterben – Trauern:

Dies alles liegt im Kinder- und Jugendhospiz Balthasar ganz nah beieinander. Am 18. September 1998 wurde auf Initiative betroffener Eltern in Zusammenarbeit mit der gemeinnützigen Gesellschaft der Franziskanerinnen zu Olpe mbH (GFO) das erste Kinderhospiz in Deutschland eröffnet. Im Januar 2009 folgte mit dem Jugendhospiz Balthasar das erste deutsche Hospiz für Jugendliche und junge Erwachsene.

Jährlich werden hier über 300 Familien mit ihren sterbenskranken Kindern begleitet. Bereits ab der Diagnose können sie für einige Tage oder Wochen ins Haus kommen, um neue Kraft zu schöpfen und gestärkt wieder nach Hause zu fahren.

Die Wünsche und Interessen der Familien stehen stets im Vordergrund. Sie sollen die verbleibende Zeit gemeinsam so intensiv wie möglich erleben und genießen können. Das Lernen, mit der Trauer und dem Schmerz umzugehen, gehört ebenso dazu, wie das Lachen und die Freude.

Rund um die Uhr ist das erfahrene Personal aus Kinderkranken-, Krankenpflege und Pädagogik für die erkrankten Kinder da. Die Eltern werden von der Pflege entlastet und in Sorgen, Ängsten und Trauer begleitet. Besonders hilft ihnen der Austausch mit anderen betroffenen Familien, die ihre Erfahrungen und Probleme teilen. Auch für die Geschwister ist die familiäre Situation belastend: Sie müssen Rücksicht nehmen, mit Einschränkungen leben und werden früh mit dem Tod konfrontiert. MitarbeiterInnen im Kinder- und Jugendhospiz Balthasar sind deshalb speziell für die Geschwister da, damit sie neben Sorgen und Ängsten auch Spaß und Freude erleben. Für alle ist der Aufenthalt eine Chance, sich zu erholen, neue Kräfte und neuen Mut zu sammeln und so der körperlichen und emotionalen Erschöpfung entgegenzuwirken.

Aber auch Trauer und Schmerz haben ihren Platz. In der letzten Lebensphase der Kinder können die Eltern zu jeder Zeit im Haus sein. Nach dem Tod des Kindes besteht für die Familie die Möglichkeit, in Ruhe Abschied zu nehmen. Dafür gibt es einen Abschiedsbereich, der persönlich gestaltet werden kann. Dieser steht auch außer Haus verstorbenen Kindern zur Verfügung. Windräder im Garten tragen die Namen der verstorbenen Kinder, Steine erinnern an die verstorbenen Jugendlichen. Hand- und Fußabdrücke im Eingangsbereich hinterlassen echte Spuren.

Nach dem Tod des Kindes bleibt das Kinder- und Jugendhospiz Balthasar eine Anlaufstelle für die Familien – für jeden solange, wie es gebraucht wird.

KONTAKT
Kinder- und Jugendhospiz Balthasar
Leiter: Rüdiger Barth
Maria-Theresia-Str. 30a
57462 Olpe
kontakt@kinderhospiz-balthasar.de
www.kinderhospiz-balthasar.de

WORKSHOP

DEUTSCHE FACHPFLEGE GRUPPE
Qualität verbindet.

Zeitpunkt | **Freitag, 28. Oktober 2016 von 15.30 bis 17.00 Uhr**
Ort | **Forum 8**

Ambulant und stationär – kein Entweder-oder

Außerklinische Versorgung von intensivpflichtigen Kindern unter dem Dach der Deutschen Fachpflege Gruppe

Vereint unter dem Dach der Deutschen Fachpflege Gruppe zeigt es sich, wie sich unterschiedliche Versorgungsformen in gelungener Weise ergänzen können:

Kinderintensiv stationär und ambulant – zwei Modelle mit einem Ziel: Bestmögliche Versorgung und Förderung von Kindern und Jugendlichen einerseits und größtmögliche Entlastung der Angehörigen andererseits. Wir stellen die außerklinische Intensiv-Versorgung des 11-jährigen Darius vor, der bei seiner Großmutter lebt und von der bipG rund um die Uhr ambulant betreut und versorgt wird. Was in seinem Leben nicht fehlen darf, sind zwei Wochen Urlaub im Jahr. Wir stellen auch den 6-jährigen Paul und die 7-jährige Lea vor, die im Kinderhaus Luftikus gGmbH ein liebevolles Zuhause gefunden haben, in dem sie intensiv-pflegerisch versorgt und pädagogisch gefördert werden, das aber auch Kurzzeitpflege und Urlaubsmöglichkeiten bietet – für Kinder wie Darius und seine Großmutter.

Dr. Gesa Flüchter
Leitung Vertrieb & Integration
Patientenkoordination
Deutsche Fachpflege Gruppe München

Alexander Dik
Geschäftsführer
bipG mbH Bundesweite Intensivpflege Gesellschaft

Daniela Fath
Pädiatrische Pflegedienstleitung
Überleitungsmanagement
bipG mbH Bundesweite Intensivpflege Gesellschaft

Silke Leib
Ergotherapeutin
Fachpädagogin für Unterstützte Kommunikation

Astrid Rüsing
Einrichtungsleitung
Kinderhaus Luftikus gGmbH
Dipl.-Sozialpädagogin (BA)
Krankenschwester

>> Therapie in der außerklinischen Intensivversorgung

Beim diesjährigen MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress hat die Therapie einen besonders hohen Stellenwert. Die Therapeutinnen Nicolin Bähre, Janine Ehlers und Inga Brambring haben einen Vortragsslot und zwei Workshops geplant. Letztere stellen wir auf den nächsten Seiten vor. Zum Schwerpunktthema Therapie führten wir ein Interview mit Frau Bähre.

Frau Bähre, in Ihrem Vortrag wird es um die „Interdisziplinäre Schnittstellenkommunikation in der außerklinischen Intensivversorgung" gehen. Sind Ihrer Meinung gegenwärtig außerklinisch beatmete Menschen hinreichend therapeutisch versorgt?

Nicolin Bähre: Nein, definitiv nicht!

Hier kommen verschiedene Aspekte zum Tragen:

1. Die Betroffenen würden in den meisten Fällen von einer zwei- bis drei Mal wöchentlich stattfindenden Therapiefrequenz sehr profitieren. Die meisten ambulant tätigen TherapeutInnen können diese Frequenz aber nicht leisten, da sie sehr viele Betroffene zu versorgen haben.

2. Leider haben wir noch zu wenige TherapeutInnen und im Übrigen auch ÄrztInnen, die in diesem speziellen Bereich ambulant tätig sind. Viele fühlen sich nicht qualifiziert genug, gerade in der ambulanten Versorgung, in der ihnen der sichere intensivmedizinische Hintergrund fehlt. Das ist zunächst eine verantwortungsbewusste Entscheidung, denn es gibt auf der anderen Seite auch TherapeutInnen, die trotz fehlendem Fachwissen und mangelnder Erfahrung bzgl. Mobilisationsmethoden, Trachealkanülenmanagement und Beatmung, Therapien übernehmen. Das kann, je nach therapeutischer Intervention, für die betroffenen Menschen gesundheitlich schwerwiegende Folgen haben.

3. Wenn wir von therapeutischer Versorgung sprechen, denken wir meist an die drei bekanntesten Therapieformen, wie Physio-, Ergo- und Sprach- bzw. Schlucktherapie.

Das sind die Therapieformen, die sich auf der zunächst rein physiologischen Ebene abspielen und dadurch ihre kassenärztliche Legitimation erlangen.

Was ich allerdings immer vermisse, ist eine professionelle psycho-soziale Unterstützung sowohl der Betroffenen selbst als auch deren Angehöriger. Wir wissen seit Langem, dass mit einer psycho-sozialen Stabilität auch häufig die Compliance und damit die Effektivität anderer Therapieverfahren steht und fällt. Gerade in der außerklinischen Versorgung wird dieser Zusammenhang sehr deutlich, da wir uns hier ja oft im familiären Umfeld bewegen und noch viel mehr die Nöte, Sorgen und Ängste der Betroffenen und ihrer Angehörigen mitbekommen.

An diesem Punkt werden die Betroffenen schon in der Akutklinik mehr oder weniger allein gelassen, und das ändert sich in der weiteren Versorgung leider auch nicht. An dieser Stelle gibt es definitiv Handlungsbedarf.
Auch das Angebot von Musik- und Kunsttherapie wäre in diesem Zusammenhang zu nennen, das für die Betroffenen in vielen Fällen eine alternative Ausdrucks- und Verarbeitungsmöglichkeit ihrer Befindlichkeiten und Lebenssituation darstellen kann.

Könnte die Zusammenarbeit der verschiedenen Berufsgruppen noch verbessert werden?

Nicolin Bähre: In der außerklinischen Versorgung ist ein interdisziplinäres Handeln noch eine Ausnahme und kann nur vereinzelt realisiert werden. Das liegt zunächst an der Tatsache, dass die Therapien und ärztlichen Visiten natürlich meist von verschiedenen Praxen und/oder Selbständigen durchgeführt werden. D.h. die/der „Physio" kommt natürlich zu einem anderen Zeitpunkt als z.B. die/der „Ergo" oder „Logo" oder die/der Ärztin/Arzt. Das wiederum bedeutet, dass man sich beim Betroffenen nie automatisch begegnet und damit kein persönlich-professioneller Austausch stattfindet.

Die Schnittmengen sind, neben den Betroffenen und Angehörigen, die Pflegekräfte. Hier ist die Zusammenarbeit unterschiedlich, je nachdem wie stabil und übersichtlich ein Pflegeteam ist, wie zuverlässig die Kommunikationsstrukturen sind und ob es eine gemeinsame Zielformulierung gibt. Gerade daran mangelt es sehr häufig.

Die Effektivität therapeutischer Methoden lebt von der konsequenten, d.h. alltäglichen Anwendung. Es nützt dem betroffenen Menschen wenig, wenn er/sie zwei Mal in der Woche therapeutisch fördernd gelagert oder, zur Wiederherstellung der pharyngealen und laryngealen Sensibilität, für eine halbe Stunde entblockt wird, die meiste verbleibende Zeit aber diese Anwendungen nicht stattfinden.

So läuft man Gefahr, dass jede Profession nach seinen eigenen Vorstellungen und Zielen, nach bestem Wissen und Gewissen, vor sich hin therapiert und pflegt. Das Erzielen von Synergieeffekten und damit das Ermöglichen komplexer alltagsrelevanter Erleichterungen und/oder Verbesserungen für den Betroffenen sind hier deutlich erschwert.

Aufgrund dessen sind wir auf eine sehr gute Zusammenarbeit mit den Pflegekräften und auch den Angehörigen angewiesen. Das wiederum setzt voraus, dass die Pflegekräfte mit unseren Methoden vertraut sind bzw. gemacht werden und sie diese anwenden können und dürfen.

Genauso müssen wir uns mit den Informationen und Dokumentationen der Pflegedienste beschäftigen, um

die Befindlichkeiten und Veränderungen der Betroffenen wahrzunehmen und in unser therapeutisches Handeln zu integrieren.

Bezüglich der ÄrztInnen ist noch zu sagen, dass wir nicht über ausreichend niedergelassene FachärztInnen verfügen, die bereit sind oder die Möglichkeit für sich sehen, die Betroffenen im Rahmen eines Hausbesuches zu versorgen. Eine für uns diagnostisch notwendige Verlaufsuntersuchung, beispielsweise eine flexible transnasale Schluckendoskopie, muss dann im Krankenhaus durchgeführt werden, was eine enorme körperliche Belastung für die Betroffenen und im Übrigen auch finanzielle Belastung für die Kostenträger darstellt.

Ich möchte an dieser Stelle aber unbedingt betonen, dass es auch Fälle gibt, bei denen die Zusammenarbeit wunderbar funktioniert und jede Profession sich für die Entwicklungen in den anderen Bereichen interessiert und entsprechend das eigene Handeln darauf abzustimmen versucht.

Ganz selten kommt es tatsächlich auch zu interdisziplinären „runden Tischen". Diese Zusammenarbeit ist allerdings kein Programm, sondern kommt aufgrund des persönlichen Engagements der einzelner Beteiligter zustande, denn es wird nicht vergütet.

Eine ganz persönliche Frage: Wie sind Sie auf die ganz besonderen Bedarfe außerklinisch beatmeter Menschen aufmerksam geworden?

Nicolin Bähre: Ich habe mehrere Jahre in Akut- und neurologischen Kliniken gearbeitet und habe dort viele PatientInnen behandelt, die dann in die außerklinische Versorgung übernommen wurden. Meine erste „außerklinische Begegnung" als selbständig tätige Therapeutin fand dann in einem Münchner Altersheim statt, das einen großen Wachkomabereich führt. Ich konnte dort nur arbeiten, weil ich über genügend Erfahrung aus der Klinik verfügt habe. Zu dieser Zeit gab es kaum SprachtherapeutInnen, die Betroffene mit Trachealkanülen, geschweige denn beatmete Menschen ambulant versorgen konnten. Dort habe ich zwei Patienten wieder getroffen, die ich noch aus meiner Zeit in einer neurologischen Klinik kannte. Seit dieser Zeit hat sich viel entwickelt, was die Landschaft der außerklinischen Intensivversorgung betrifft. Für mich war der Unterschied zwischen dem klinischen und dem ambulanten Handeln sehr eindrücklich. In der Klinik sind wir im Vergleich doch sehr wenig mit der alltäglichen und damit auch perspektivischen Sicht der Betroffenen und ihrer Angehörigen konfrontiert.

Die Besonderheit ergibt sich für mich als Therapeutin nicht unbedingt aus der Tatsache der Beatmung, sondern aus der daraus resultierenden Abhängigkeit der Betroffenen von der Medizintechnik und dem entsprechenden, hoffentlich gut ausgebildeten Fachpersonal. Neben dem notwendigen Fachwissen, das ich für die Behandlung dieser Menschen benötige, empfinde ich die Aufgabe, nicht in meinem „therapeutischen Tunnelblick" zu verschwinden, sondern die Bedürfnisse und Wünsche und damit die Autonomie der Betroffenen wahrzunehmen, zu respektieren und daran möglichst mein Handeln auszurichten, als größte und vielleicht sogar wichtigste Herausforderung. Hilfreich war für mich sicher auch meine Tätigkeit als Assistentin von behinderten Arbeitgeberinnen während meines Studiums.

Wie hat sich die Therapie für diese Patientengruppe entwickelt? Wird es Ihrer Meinung nach noch weitere wissenschaftliche Erkenntnisse geben, wie Therapeuten beatmete Menschen unterstützen können? Wird daran in Therapeutenkreisen gearbeitet?

Nicolin Bähre: Bis vor einigen Jahren haben wir im sprach- und schlucktherapeutischen Bereich noch sehr wenig fördernde Möglichkeiten für beatmete Menschen gesehen. Wenn wir die Betroffenen überhaupt behandelt haben, dann in erster Linie mit therapeutischen Methoden, von denen wir uns zumindest einen Statuserhalt erhofft haben. Die Beatmung stellte, auch in ihren Parametern, eine nicht zu verändernde Notwendigkeit dar.

Mittlerweile hat sich doch einiges getan: angefangen von dem Einsatz des Passy Muir Sprechventils, das es einigen Betroffenen ermöglicht, trotz invasiver Beatmung verbal zu kommunizieren, bis hin zu den Möglichkeiten der zeitweisen Entblockung in Verbindung mit entsprechenden Stimulationsmethoden, bei tolerierter Leckagebeatmung oder der phasenweisen Aussetzung der Beatmung. All diese Methoden setzen den flexiblen Einsatz der Beatmungsparameter voraus, und das wiederum eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung aller Beteiligten, angefangen natürlich von den Betroffenen selbst, über die Pflege, Ärzte und TherapeutInnen.

Wir sind da sicher noch nicht am Ende unserer Erkenntnisse und vieles entsteht durch die Erfahrung: was hat der/dem einzelnen Betroffenen geholfen, was hat nicht funktioniert, worauf sollten wir besonders achten? Wichtig ist es, dass wir uns die Erfahrungen gegenseitig zur Verfügung zu stellen, sie diskutieren und daraus u.U. wirksame Methoden zu entwickeln.

Die Therapie von betroffenen Menschen, die aufgrund einer obstruktiven Lungenerkrankung beatmungspflichtig werden, ist noch relativ neu für uns.

Hier gibt es große Anstrengungen, diesen Menschen therapeutisch wirksam zu helfen und aus den wissenschaftlichen Erkenntnissen therapeutisch umsetzbare Schlüsse zu ziehen. Kongresse wie der MAIK leisten einen großen Beitrag, um die Erfahrungen und Erkenntnisse aus den verschiedenen Disziplinen weiterzugeben, zu diskutieren und zusammenzutragen.

Wie viele Therapeuten beschäftigen sich überhaupt mit der adäquaten außerklinischen Versorgung bzw. müssten noch mehr Kolleginnen und Kollegen für dieses Thema begeistert werden?

Nicolin Bähre: Es gibt eine Vielzahl von TherapeutInnen, die immer mal wieder den einen oder anderen beatmeten Menschen betreuen. Aber wie ich zu Beginn schon erwähnt habe, sind wir insgesamt sehr wenigen TherapeutInnen, die sich intensiver mit dem Thema Therapie bei Beatmung beschäftigen. Das finde ich sehr schade, da

1. es wirklich ein medizinisch-therapeutisch sehr spannendes Fachgebiet ist

2. wir eine fachlich gründliche Auseinandersetzung mit Beatmung unerlässlich finden, um verantwortungsbewusst und wirksam therapeutisch handeln zu können

3. wir in der Zukunft mehr TherapeutInnen benötigen, um die wachsende Zahl beatmungspflichtiger Menschen therapeutisch versorgen zu können.

Um diesem Ziel näher zu kommen, haben wir für dieses Jahr verstärkt Werbung in den eigenen Reihen betrieben und dankenswerter Weise einen eigenen Vortragsslot sowie zwei Workshops auf dem MAIK zur Verfügung gestellt bekommen.

Wie viel Verständnis für die Sinnhaftigkeit von Therapie gibt es seitens der Ärzte, Pflegekräfte, Medizintechnik und insbesondere der Kostenträger? Und wie groß ist der Anklang der Therapie bei den pflegenden Angehörigen?

Nicolin Bähre: Das ist eine schwierige Frage und kann nicht eindeutig beantwortet werden. Ich würde sagen, dass die Angehörigen, die Pflegekräfte und die Medizintechnik überwiegend von der Sinnhaftigkeit der Therapien überzeugt sind.

Im Allgemeinen freuen sich die Pflegekräfte über eine erfolgreiche Zusammenarbeit, und eine mögliche Dekanüllierung wirkt oft wie ein Motivationsschub für alle. Natürlich ist es für die Pflegedienste mitunter auch ein Risiko, einen Patienten zu verlieren, nämlich dann, wenn sie/er erfolgreich von der Beatmung entwöhnt werden kann und eine Dekanüllierung möglich wird. Da gibt es hin und wieder Anzeichen von Zweifeln an der Therapie und Zögern oder Blockieren bei der Umsetzung therapeutischer Maßnahmen. Ich habe das allerdings nur in Einzelfällen erlebt.

Die ÄrztInnen erlebe ich häufig als kooperativ und auch dankbar für die fachliche Unterstützung unsererseits, wenn sie selbst vielleicht noch nicht so viel Erfahrung mit der Betreuung beatmeter Menschen haben.

Wir sind als TherapeutInnen aber auch oft gefordert, die therapeutischen Möglichkeiten und Ziele, die wir verfolgen, den behandelnden und häufig nicht so erfahrenen ÄrztInnen zu erläutern und plausibel zu machen.

JANINE EHLERS

INGA BRAMBRING

Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass wir die Effekte unseres therapeutischen Handelns immer wieder überprüfen und unsere Ziele entsprechend formulieren und in Form von Therapieberichten kommunizieren.

Schwieriger gestaltet es sich da schon mit den Krankenkassen. Bei vielen Kassen ist es irgendwann mühsam, Sprach- und Schlucktherapie und, meines Wissens auch Ergotherapie, weiter genehmigt zu bekommen. Die Physiotherapie bildet da eine Ausnahme und wird u.U. in der Frequenz gekürzt.

Manchmal hilft tatsächlich ein persönliches Gespräch mit den zuständigen Sachbearbeitern, in dem man die Notwendigkeiten nochmal deutlich macht, und auch, was eine Streichung der Therapie für den betroffenen Menschen bedeuten würde. Es wäre wünschenswert, dass sich die Vertreter der Krankenkassen aktiv an den Diskussionen, die sich mit den Lebenssituationen der Betroffenen und den medizinisch-pflegerisch-therapeutischen Erkenntnissen beschäftigen, beteiligen.

Eine große Erleichterung und ein enormer Schritt in Richtung Effektivität in der außerklinischen Intensivversorgung wäre eine strukturell angelegte Kommunikation aller beteiligten Fachkräfte, d.h. konkret ein regelmäßig stattfindendes interdisziplinär geführtes „Teamgespräch", das als Abrechnungsziffer bei allen Hilfsmittelerbringern anwendbar ist, sprich von den Krankenkassen finanziert wird.

WORKSHOP

"K-Taping in Logopädie und Intensivmedizin"

Zeit: Samstag, 29. Oktober 2016 von 11.00 - 12.30 Uhr
Ort: Forum 8

Die K-Taping Therapie unterstützt ein breites Spektrum in der Therapie. Die K-Taping Academy, durch Birgit Kumbrink im Jahr 2000 gegründet, entwickelte unter ihrer Leitung eine Vielzahl von verschiedenen Therapiemöglichkeiten. Die Möglichkeiten der Unterstützung der Therapie beginnt bei der Physiotherapie; über Ergotherapie, Pädiatrie, Gynäkologie, Neurologie und vieles mehr hat dies in den letzten Jahren zu dem erfolgreichen Einsatz in der Logopädie geführt. Die K-Taping Academy bildet weltweit Therapeuten und Ärzte der verschiedensten Fachbereiche in mehr als 40 Ländern mit einem einheitlichen Fortbildungsprogramm aus. In diesem Workshop wird die Einsatzmöglichkeit der K-Taping Therapie in der Logopädie theoretisch vorgestellt und praktisch geübt. Es werden Indikationen wie die Unterstützung der Dysphagie-Behandlung erläutert, die auch intensivmedizinisch von großem Interesse sind. Auf Fragen und Wünsche der Teilnehmer werde ich selbstverständlich eingehen. Vor allem gibt es in diesem Workshop die Gelegenheit, praktisch zu üben, um die Möglichkeiten der K-Taping Therapie an sich zu spüren.

Referent ist Roger Ehrenreich aus Bochum. Er ist u.a. Quality Manager DIN ISO 9001/2000, K-Taping Instructor, QChi Line Instructor, 12 energies Instructor, Meridian Screening Instructor und Teacher for Sales Training.

Mehr unter **www.k-taping.de**

WORKSHOP

Lagerung und Transfer

Zeit: Samstag, 29. Oktober 2016, 9.00 – 10.30 Uhr
Ort: Forum 9

In dem Workshop „Lagerung und Transfer" geht es um Positionswechsel als effektive Behandlung beim beatmungsbetroffenen Menschen.

- Welche Art von Behandlung hilft mir, mit einem beatmungsbetroffenen Menschen beim Transfer umzugehen?
- Die typischen Probleme beatmungspflichtiger Menschen beim Positionswechsel
- Positionswechsel Sitz - Stand mit praktischem Üben
- Lagerung im Liegen und Sitzen, Facilitation von Bewegung und Funktion
- Rückmeldung und Fragen

Den Workshop halten Frau Zeljka Lovric (Physiotherapeutin), Frau Irene Martyson (Bobath Instruktorin) und Herr Jozo Dilber (Physiotherapeut).

Jozo Dilber

WORKSHOP

Naturreine Hautpflege mit Pflanzenölen

Zeit: Freitag, 29. Oktober 2016 von 13.30 – 15.00 Uhr
Ort: Forum 11

Viele Menschen leiden unter trockener, juckender und empfindlicher Haut. Mit synthetischen Pflegeprodukten stoßen wir oftmals an Grenzen, da die Haut ihre Feuchtigkeit kaum speichern kann und langfristig nicht in ihren wichtigen Funktionen unterstützt wird. Neben einer schonenden Reinigung lindern Pflanzenöle Rötungen, Schuppung und Hautdefekte.
Referentin ist Cornelia Mögel, examinierte Krankenschwester, Wundassistentin DGfW und Leitung des Arbeitskreises Aromapflege am Klinikum München-Neuperlach, interdisziplinäres Notfallzentrum. Seit 1995 wird hier Aromapflege sehr erfolgreich als komplementäre Pflegemethode angeboten.

Mehr unter **www.aromaseminare.de**

Maietta-Hatch
Kinaesthetics®
The Original

MH Kinaesthetics Kurse & Workshops in der Pflege und für pflegende Angehörige

Ein Angebot aus dem MH Kinaesthetics Life-Span Health Development and Learning Programm

Maietta-Hatch Kinaesthetics Bildung
Ein Grundkurs ist der erste Bildungsschritt im MH Kinaesthetics Anwender-Programm für Pflegende/Betreuende. Mit einem Aufbaukurs und den verschiedenen Modulen eines Zertifizierungskurses erreichen erfolgreiche Absolvent/innen die Qualifikation „Zertifizierte/r Anwender/in MH Kinaesthetics in der Pflege“– eine Kompetenz, um Kinaesthetics entsprechend den Standards der eigenen Organisation wirkungsvoll anwenden zu können.

Bewegungs- und Handlingskompetenz im Alltag erarbeiten

Positive Auswirkung auf die Gesundheitsprozesse aller Beteiligten

Fachpersonen und Mitarbeiter/innen in Gesundheitsberufen lernen, diese Konzepte einzusetzen, um die eigenen Arbeits- und Alltagsaktivitäten effektiver zu gestalten und die Alltagsaktivitäten pflegebedürftiger Menschen effektiver zu unterstützen

Eigene Bewegung im Vordergrund

Kerstin Hirsch - Grundkurstrainerin für MH Kinaesthetics
info@kinaesthetics-franken.de

www.kinaesthetics-franken.de

Anmeldung für Grundkurse auch unter: www.ihcc-akademie.de

-Anzeige-

MIT BEATMUNG AUF SAFARI

Der Aktionsradius beatmeter Patienten erweitert sich zusehends. Was vor nicht allzu langer Zeit noch unvorstellbar schien, rückt dank ständiger Weiterentwicklung und modernster Technologien in den Bereich des Möglichen, so zum Beispiel eine Flugreise nach Kenia mit anschließender Wüstensafari. Der Patient *Adrian Kaunzinger* konnte sich diesen Wunsch mit Hilfe einer **Astral 150 der Firma ResMed** erfüllen. Dank der langlebigen Batterien des Geräts konnten auch große Schwankungen in der Stromversorgung vor Ort unbeschadet überstanden werden. Über seine zahlreichen Eindrücke und Erfahrungen auf dieser Reise referierte Adrian Kaunzinger beim diesjährigen DIGAB-Kongress.

Aber auch unabhängig vom großen Abenteuer verschaffen moderne Beatmungsgeräte den Patienten mehr und mehr Freiheit und Unabhängigkeit im täglichen Ablauf. Sie geben ihnen damit die Möglichkeit, aktiv am Alltag und ihrer Umgebung teilzunehmen. Die Astral von ResMed ist mit ihrem Mobilitäts-Konzept speziell auf die verschiedenen Anforderungen von Patienten und Betreuenden ausgerichtet. Je nach Mobilitätsbedarf kann zwischen einer großen und einer kleinen Geräte-Tasche (Astral Mobility Bag und Astral SlimFit Mobility Bag) mit Platz für das wichtigste Zubehör gewählt werden. Neben einer geeigneten Tasche spielt die Stromversorgung eine entscheidende Rolle. Der externe Akku zur Astral ist jüngst noch einmal verbessert worden und hat eine Laufzeit von bis zu 8 Stunden. Ergänzend unterstützt ein Kfz-Adapter die netzunabhängige Mobilität von beatmungspflichtigen Patienten.

Die Astral Geräte gehören zu den am häufigsten eingesetzten Beatmungsgeräten in Deutschland, besonders bei Menschen mit hohem Mobilitätsbedarf. Flugreisen, ausgedehnte Urlaube und sogar Safaris sind so machbar und lang gehegte Reise-Träume können in Erfüllung gehen.

VERSORGUNGSBEDARFE UND -ANGEBOTE FÜR LANGZEITBEATMETE PATIENTEN UNTER REGIONALEN GESICHTSPUNKTEN (VELA-REGIO)

Versorgungsangebote für invasiv langzeitbeatmete Menschen sind schwer zu überblicken. Beklagt werden insbesondere undurchsichtige Versorgungsstrukturen und -wege. Ein Arbeitspaket der mehrteiligen Studie VELA-Regio im Auftrag des AOK-Bundesverbandes widmete sich daher der Frage, welche spezifischen Versorgungsbedarfe für diese Patienten in den vier Regionen Schwerin, Berlin, Hof und Tübingen vorliegen und welche spezialisierten Versorgungsangebote vorgehalten werden. Methodisch wurden das angloamerikanische Community Health Assessment und die darin integrierte Gesundheitskartierung genutzt. Grundlage waren Daten zur soziodemografischen und gesundheitlichen Ausgangssituation sowie zu spezialisierten Leistungsanbietern. Die Recherche- und Analyseergebnisse wurden anhand thematischer Landkarten visualisiert, beschrieben und kontrastierend interpretiert. Mangels präziser Datenlage waren spezifische Bedarfsparameter und Leistungsangebote schwer ermittelbar. Dennoch werden mögliche Sicherstellungsprobleme für die wohnortnahe und qualifizierte klinische sowie pflegerische Spezialversorgung in den ländlich-strukturschwachen Regionen Hof und Westmecklenburg mit vergleichsweise hohen sozialen und gesundheitlichen Herausforderungen deutlich, während in Schwerin eine zentralisierte Schwerpunktversorgung besteht. Die Angebotsverteilung in der Region Tübingen ist stärker verteilt, wohingegen die Spezialangebotsdichte in Berlin hoch und besonders intransparent ist. Planungs- und Steuerungsinstrumente werden in der Versorgungsgestaltung bislang kaum genutzt. Die Ergebnisse ermöglichen erstmals Einblicke in regionale Versorgungsbedarfe und -strukturen. Sie dienen damit der Orientierung in einem dynamischen und unübersichtlichen Versorgungsbereich. Sie verdeutlichen zudem Gestaltungs- und Steuerungserfordernisse für eine bedarfsgerechte und patientenzentrierte Versorgungsgestaltung. Diese liegen insbesondere im Auf- und Ausbau fundierter Erkenntnisse über Versorgungsbedarfe, in der Entwicklung abgestufter und regional differenzierter Angebote sowie der Sicherstellung von Expertise, Kontinuität, Transparenz und Qualität in der Versorgung.

Erfahren Sie mehr über diese Studie (Susanne Stark, Yvonne Lehmann, Michael Ewers) im Vortrag von Susanne Stark, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft der Charité - Universitätsmedizin Berlin im Forschungsschwerpunkt Health Services Research unter dem Fokus „Schwerkrankenversorgung“ zur Versorgungssituation beatmeter Patienten.

Das Thema Hygiene auf dem MAIK

Für den diesjährigen Kongress hat wieder der Facharzt und Sachverständige für Krankenhaushygiene, PD Dr. Andreas Schwarzkopf zugesagt. Er ist nicht nur bekannt wegen seines eigenen Instituts und des jährlichen ICW-Süd | HWX-Kongresses, sondern auch wegen seiner fesselnden Vorträge. Dr. Schwarzkopf wird 60 Minuten lang über „Bündelstrategien“ referieren.

Nach Dr. Schwarzkopf spricht Jan Grill über „Elektronisches Händehygiene Monitoring - Effekte einer Schulung zur Händehygiene in der außerklinischen Intensivpflege“. Die Händehygiene von Personal im Gesundheitswesen ist ein wesentlicher Faktor in der Prävention von Infektionserkrankungen. In weltweiten Kampagnen wird seit mehr als einem Jahrzehnt gezielt darauf hingewirkt, die Compliance zu erhöhen. Der Erfolg dieser Maßnahmen wird unterschiedlich beurteilt. Die Varianz der ermittelten Steigerungen ist groß, Unterschiede in der Datenerhebung erschweren die Interpretation der Ergebnisse. In einer Kohorten Studie wurde der Effekt einer einzelnen Schulung zur Händedesinfektion untersucht. Das Beobachtungsfeld war die 1:1 Betreuung in der außerklinischen Intensivversorgung. Über einen Zeitraum von 7 Wochen wurde mit Hilfe elektronischer Desinfektionsmittelspender das Händedesinfektionsverhalten des Pflegepersonals vor- und nach der Schulung aufgezeichnet. Die Daten ermöglichten eine detaillierte Auswertung im Hinblick auf die Anzahl der Händehygieneereignisse, die verbrauchte Menge an Händedesinfektionsmittel und die Qualität der einzelnen Händehygienemaßnahmen. Überraschend war dabei die Streubreite der ermittelten Werte bei unterschiedlichen Mitarbeitern. Teilweise differierten diese von einem Tag auf den anderen um 100%. Diese Unterschiede werden bei der üblichen Messung der insgesamt verbrauchten Menge nicht erfasst. In dem Vortrag werden die Ergebnisse der Schulung vorgestellt und ein automatisiertes Händehygiene-Monitoring für die außerklinische Intensivversorgung diskutiert.

Mit einem Hygiene-Workshop der WKM GmbH zum Thema „Was ich weiß, macht mich heiß: Unsichtbares sichtbar machen. Floreszenzen zur Steigerung der Compliance“ beginnt der MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress. Hierzu mehr auf Seite 46.

PD. Dr. Andreas Schwarzkopf
www.institutschwarzkopf.de

Jan Grill
Atmungstherapeut (DGP) mit dem Schwerpunkt innerbetriebliche Fortbildungen und Qualitätsentwicklung mit langjähriger Unterrichtserfahrung an Weiterbildungseinrichtungen, Studium Medizinpädagogik an der Medical School Hamburg

"Du glaubst, du kennst mich? Willst du wissen, was ich über dich denke?"

"Wir können nicht nicht kommunizieren",

sagte einst der Kommunikationswissenschaftler Paul Watzlawick.

Wenn wir uns klar werden, wie viel Kommunikation außerhalb der rein sachlichen Inhaltsebene stattfindet und welche Signale jeder von uns aussendet und von anderen empfängt, wird deutlich, warum unser Miteinander immer wieder von Konflikten, Missverständnissen, Ablehnung und Kontaktabbruch geprägt ist. Oft entspricht unser Selbstbild nicht dem, wie andere uns wahrnehmen. Das führt häufig zu Interpretationen, Hypothesen und Unterstellungen, die eine gesunde Kooperation sehr belasten können. Nur wenn ich mir bewusst bin wie ich wirke, kann ich lernen, mein Verhalten zu steuern und durch klare Feedbackprozesse einen wertschätzenden Kontakt herstellen, der Kooperation und Wachstum möglich macht.

Gehen Sie mit uns auf eine Entdeckungsreise zu Ihrer Persönlichkeit, lassen Sie sich von sich selbst überraschen und werden Sie neugierig auf andere!

MAIK-Workshop - **Zeitpunkt** | Samstag, 29. Oktober 2016, 09.00 - 10.30 Uhr **Ort** | Forum 8

Doris Marx-Ruhland Seminare & Coaching

Qualifikation · Trainerin für Persönlichkeitsentwicklung & Verhaltenstraining & Kommunikation · Zertifizierter Coach für Persönlichkeitsentwicklung · Unternehmerin, Coach & Trainer seit 2004 · Mehrjährige Erfahrung als Personalleiterin und Referentin im Mittelstand und Konzernen
Mehr unter www.marx-ruhland.de

Yvonne Schirm Seminare & Coaching

Qualifikation · Trainern für Persönlichkeitsentwicklung & Verhaltenstraining & Kommunikation · PBSP-Pesso Therapeutin · Unternehmerin, Coach & Trainer seit 2008 · Mehrjährige Führungserfahrung im Mittelstand

WISSEN VERMITTELN

IHCC AKADEMIE

BASISKURS
Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung/DIGAB

Veranstaltungsorte

Augsburg | Bad Kissingen | Kerpen
Landsberg am Lech | 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

PFLEGE IN DER AUSSERKLINISCHEN BEATMUNG AUS DER PERSPEKTIVE VON BETROFFENEN (UND IHREN ANGEHÖRIGEN)

Die medizinische und technische Entwicklung hat dazu geführt, dass immer mehr Menschen mit Beatmung außerhalb der Klinik länger überleben. Im eigenen Lebensumfeld werden beatmete Menschen über große Zeiträume von Personal und Angehörigen betreut. Je nach Versorgungsmodell ist damit eine 24h Präsenz des Personals verbunden. Über die Sichtweise der Betroffenen auf diese Pflegesituation ist in Deutschland wenig bekannt.

Im Rahmen eines qualitativen Forschungsvorhabens wurden im Zeitraum 2013-2014 narrative Interviews (n=20) mit Betroffenen (und ihren Angehörigen) in der häuslichen Umgebung durchgeführt. Die Betroffenen waren sowohl invasiv als auch non-invasiv beatmet. Im Rahmen der explorativen Untersuchung wurde in Anlehnung an die Grounded Theory gearbeitet. Hierbei wurde der Frage nachgegangen, wie die Perspektive von Menschen mit Beatmung (und ihren Angehörigen) auf ihre Pflegesituation ist. Zwei Teilergebnisse der Studie beziehen sich auf Aushandlungsprozesse zwischen Betroffenen und dem Personal. Es geht darum, Strategien zu entwickeln, um Privatsphäre zu schaffen. Der Alltag in der häuslichen Umgebung und der Wunsch, das eigene Leben zu gestalten, ist ein „Geben und Nehmen" von beiden Seiten. Innerhalb großer Zeiträume des Lebens mit Beatmung und Personal werden Betroffene zu Experten ihrer Situation. Die ständige Anwesenheit des Personals verlangt eigene Strategieentwicklungen, um Privatsphäre zu gewährleisten. Die Betroffenen und das Personal müssen beide gut mit der 24h Präsenz leben können. Die Anerkennung der Betroffenen als Experten ihrer Situation spielt hier eine wesentliche Rolle.

Erfahren Sie mehr hierzu beim MAIK im Vortrag der Pflegewissenschaftlerin Christiane Gödecke.

Dank der Kongresspräsidenten

Am Ende des MAIK-Specials danken wir allen, die zum guten Gelingen des 9. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress beitragen. Unser besonderer Dank gilt neben Schirmherrin Frau Melanie Huml, Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, Frau Christa Stewens, Staatsministerin a.D., für ihr Impulsreferat, dem Wissenschaftlichen Beirat des MAIK für die Mitarbeit bei der Programmgestaltung sowie allen Referentinnen, Referenten und Moderatior/innen. Wir wissen es zu schätzen, dass sie sich trotz ihrer vielen Verpflichtungen die Zeit nehmen, zu uns zu kommen. Ein weiteres großes Dankeschön geht an Industrie und Medizintechnik, Aussteller und Sponsoren. Nur durch ihr Engagement ist es möglich, den MAIK durchzuführen. An dieser Stelle unser Dank an die zuvorkommenden Damen und Herren in den Marketingabteilungen der Unternehmen, die dazu beigetragen haben, dass in diesem MAIK-Special bereits alle Workshops vorgestellt werden konnten. Darin und in der Industrieausstellung werden viele Innovationen präsentiert, und es besteht die Möglichkeit, sich persönlich mit den Experten vor Ort auszutauschen. Nutzen Sie bitte rege diese Chance!

Und wir danken allen, die bei der MAIK Party für die tolle Musik sorgen, den Mitarbeitern vor Ort, der Medienannahme und Vortragstechnik, den Servicekräften im Tagungshotel und den Köchinnen und Köchen, die für die schon legendär gute Verpflegung sorgen.

Jörg Brambring und Christoph Jaschke
Kongresspräsidenten

Seit dem 5. MAIK verleihen wir den MAIK Award. Ausgezeichnet werden ein Unternehmen, eine Initiative oder eine einzelne Person für herausragendes Engagement, das Bezug zur außerklinischen Intensivpflege und außerklinischen Beatmung hat. Die bisherigen Preisträgerinnen und Preisträger sind: Jo Börgel, Felicitas Hanne, Dr. Angelika Bockelbrink und Dr. Kurt Wollinsky. Der diesjährige MAIK Award wird am 28. Oktober 2016 gegen 10.00 Uhr verliehen. Der MAIK Award ist ein Unikat aus Altsilber nach dem Entwurf des Münchner Künstlers und Regisseurs Johannes Brunner. Jedes Exemplar wird in Idar Oberstein gegossen, von dem Künstler bearbeitet und graviert.

Save the Date! Der 10. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress findet am 27. bis 28. Oktober 2017 im Holiday Inn Munich - City Centre statt. Alle Informationen unter www.maik-online.org. Oder abonnieren Sie doch einfach unseren Newsletter!

VON EINEM TAG AUF DEN ANDEREN WAR ALLES ANDERS!

Das Jahr 2015 hatte für Carina Bittel, die jetzt 24 Jahre alt ist, gut angefangen. Sie hatte ihre Ausbildung zur Kauffrau für Telekommunikation beendet, war gerade mit ihrem Freund Stefan in die erste gemeinsame Wohnung gezogen und war fast am Ende ihrer 6monatige Probezeit bei einem großen Telekommunikationsunternehmen. Und doch fühlte sich die junge Frau immer öfter unwohl. Die GD-Redaktion lernt Carina, ihre Eltern, Carinas Freund Stefan und Denise Neubauer von der WKM Medizintechnik GmbH im Juni 2016 in der Klinik für Neurologische Rehabilitation am Bezirksklinikum Regensburg kennen, das inmitten eines wunderschönen Parkähnlichen Geländes liegt. Das kleine Klinik-Café, in dem wir uns zunächst unterhalten, heißt „zweitesLEBEN“. Ein zuversichtlich stimmender Name! Einige der jungen Leute, die da arbeiten, haben einen Verkehrsunfall oder eine andere Schädel-Hirnverletzung erlitten und können hier die Rückkehr ins Berufsleben erproben. Das Vorbild betroffener Menschen, die ihr Schicksal meistern, macht all denjenigen Mut, die noch nicht so weit sind. In dieser Klinik hat auch Carinas zweites Leben begonnen. Wie es dazu kam, erzählt im Folgenden Carinas Mutter.

>> Zuerst dachten wir, dass solche Unpässlichkeiten auch wieder vergehen. Aber als sie immer wieder auftraten, fuhr ich mit Carina nach einem Wochenende, an dem es ihr wieder einmal nicht gut gegangen war, in die nächstgelegenen Klinik. Es war mir egal, dass es sich um eine psychosomatische Klinik, die Klinik Angermühle, handelte. Ich wollte nur, dass man Carina untersuchte! Im Nachhinein war genau dies eine lebensrettende Fügung. In dieser Spezialklinik stellte man einen Gehirntumor fest, den man sofort, am 7. April 2015, operierte. Danach schien alles gut verlaufen zu sein. Aber am zweiten Tag konnte sich Carina plötzlich nicht mehr bewegen. Die folgenden Untersuchungen zeigten Einblutungen im Gehirn sowie Hirninfarkte links und rechts. Am 15. April erhielten wir die Diagnose ‚Medulloblastom WHO 4‘. Das ist der häufigste bösartige Hirntumor bei Kindern und Jugendlichen. Der WHO Grad I entspricht einem langsam wachsenden, gutartigen Tumor, beim WHO Grad IV handelt es sich dagegen in der Regel um einen schnell wachsenden, besonders bösartigen Tumor.

Zwei Tage später wurde Carina nach Regensburg verlegt, weil sich ihr Zustand immer mehr verschlechterte. Dort angekommen, wurde sie sofort intubiert und drei Tage später wurde ihr dann ein Tracheostoma gesetzt. Auf der Intensivstation 22b wurde sie eine Woche lang beatmet und dann langsam abgewöhnt. Carina wurde wegen der Entnahme von Stammzellen zu KUNO verlegt. Am dritten Tag der Entnahme wurde der Hirndruck höher und man stellte beim MRT fest, dass Narbengewebe den Liquor Fluss verschließt. Carina erlitt einen erneuten Druck auf den Hirnstamm, es musste ein Shunt eingesetzt werden, und wieder war Beatmung notwendig. Trotz allem musste mit den Bestrahlungen - innerhalb von sechs Wochen nach der Operation - begonnen werden. In der KUNO erhielt Carina noch eine PEG.

Am 9. Juni wurde Carina auf die Station 14a im Bezirksklinikum Regensburg verlegt und man begann mit den Bestrahlungen. Diese setzten Carina so zu, dass sie am 17. Juni einen Kreislaufzusammenbruch erlitt. Da die Station 14a neben der Intensivstation liegt, wurde sie dort sofort in ein Zimmer mit Beatmung verlegt. Dieses Mal war Carina fast zwei Wochen lang an der Beatmungsmaschine. Langsam musste man sie davon abgewöhnen, jeden Tag 10 Minuten länger. Aber noch immer war Carina bewegungsunfähig. Nur die Augen konnte sie öffnen. Aber wir waren überglücklich, als sie schließlich wieder 10 Minuten alleine atmen konnte und im Laufe der Zeit war eine minimale Verständigung möglich. Auf Fragen reagierte Carina mit einem sichtbaren Hochziehen der Nase.

Nach zwei Wochen Pause mussten die Bestrahlungen fortgesetzt werden. Insgesamt erhielt Carina bis zum 6. Juli 22 Bestrahlungen der ganzen Wirbelsäule und dann bis zum 4. August noch 13 der Tumorhöhle. Und immer wieder diese Lungenentzündungen! Als keine Möglichkeit mehr bestand, einen zentralen Venenkatheter zu stechen, wurde ihr am 2. September ein Port gelegt. Jetzt war sie schon 15 Wochen auf der Intensivstation! Am 30. September war dann Carina so stabil, dass sie wieder auf die 14a zu Dr. Mayer verlegt werden konnte. Dort bekam sie ein Einzelzimmer, und wir konnten von früh halb zehn bis abends um 19 Uhr bei ihr sein. Wir haben immer viel mit ihr gesprochen, gesungen und gelacht. All die Übungen, die die Therapeuten durchführten, haben wir fortgesetzt. Im Dezember wurde wieder ein MRT gemacht, bei dem Verwachsungen festgestellt wurden. Ob diese gut- oder bösartig waren, konnte man nur über eine Operation feststellen. Und so wurde Carina am 15. Dezember in die Uniklinik Regensburg verlegt und dort zwei Tage später operiert. Nach fünf Tagen kehrte sie ins Bezirksklinikum zurück. Das Ergebnis: ‚Alles gut, es war nur Narbengewebe‘ bekamen wir einen Tag vor Silvester! Schon die Weihnachtsfeier auf der Station 14a mit Herrn

Dr. Mayer und den Pflegekräften waren unvergesslich gewesen. Es hatte Schnitzelsemmeln gegeben und keiner ließ eine traurige Stimmung aufkommen. Und auch Silvester feierten wir in der Klinik und haben einfach nur nach Vorne gesehen. Carina erinnert sich noch an diese Feiern!

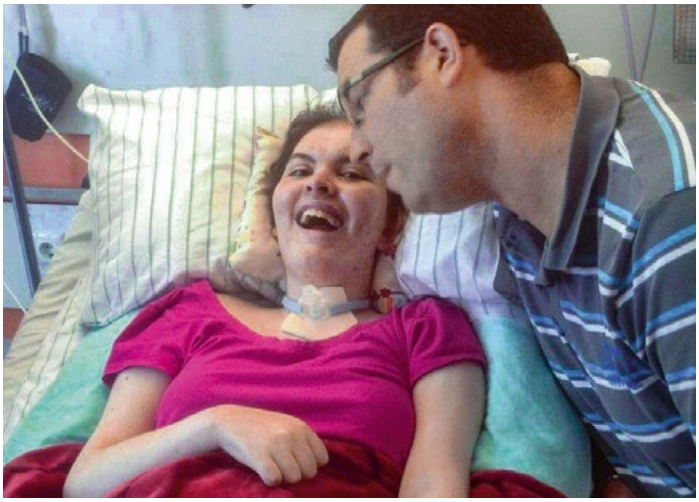
Schon dreimal wäre Carina beinahe gestorben! Denn sie hatte nicht nur schon eine Meningitis, sondern insgesamt 13 Lungenentzündungen! Als Anfang 2016 ein Röntgenbild zeigte, dass sich wieder eine Lungenentzündung anbahnte, erhielten wir am 15. Januar 2016 von Frau Neubauer, WKM GmbH, eine Hustenhilfe. Diesen Cough Assist gab es bereits auf der Intensivstation und Herr Dr. Mayer kannte das Gerät. Er wollte es unbedingt bei Carina ausprobieren. Und tatsächlich wurde so sehr viel Sekret mobilisiert, der Schleim konnte sich nicht mehr in der Lunge festsetzen und Entzündungen hervorrufen. Nach der konsequenten Anwendung der Hustenhilfe zeigte schließlich das Röntgenbild, dass Carinas Lunge wieder frei war. Seitdem verbesserte sich ihr Zustand zunehmend und auch die Stimmbänder erholten sich. Genau einen Tag, bevor es sich gejährt hätte, dass sie sich nicht mehr mitteilen konnte, sagte sie die Worte „Ja“ und „Nein“! Das war auf der Station eine richtige Sensation, die sich gleich herumsprach. Inzwischen redet Carina wieder, aber nicht nur das! Sie singt. Schon vor ihrer Krankheit war sie sehr musikalisch und hatte ein großes Repertoire an Liedern. Diese haben wir alle schon mit ihr gesungen … und machen das noch immer.

Wir sind den Ärzten, Pflegekräften, Therapeuten und Frau Neubauer für ihre Unterstützung sehr dankbar. Dies gilt ganz besonders auch für die BKK BMW, auf die wir uns immer verlassen konnten. Denn was auf uns von einem Tag auf den anderen eingestürzt ist, war schon schwer zu verkraften. Es ist wichtig, dass man zusammenhält. Wenn es einem von uns schlecht ging, hat ihn der andere aufgefangen! Hier muss man sich antizyklisch verhalten. Aber warum ich Ihnen das alles erzähle? Für uns ist Carina das Paradebeispiel dafür, wie erfolgreich der Einsatz eines Cough Assists sein kann. Nur deshalb dürfen Sie in Ihrer Zeitung diesen Bericht veröffentlichen. Wir wollen damit anderen Betroffenen Mut machen und sie ermuntern, dieses Gerät einfach einmal auszuprobieren. Unserer Tochter hat es auf jeden Fall, davon sind wir fest überzeugt, das Leben gerettet! Wir haben während der langen Zeit im Bezirksklinikum Regensburg viel gelernt, auch das Absaugen und die Anwendung der Hustenhilfe. Der Cough Assist gibt mir ein Gefühl der Sicherheit, weil ich ihn anwenden kann, wenn die Sauerstoffsättigung einmal abfallen sollte.

Deshalb haben wir uns dazu entschlossen, Carina nach Hause zu holen. Am 21. Juni 2016 war es dann soweit. Es ging allerdings nicht ganz so gut weiter, aber das ist ein anderes Kapitel. **<<**

Die GD-Redaktion wünscht Carina und ihrer Familie alles Gute und ein glückliches zweites Leben. Vielen Dank für das Gespräch!

Carina Bittel mit ihren Eltern und Freund Stefan (2. v.li.)



Carina auf dem Weg der Besserung

Denise Neubauer, examinierte Krankenschwester und Medizinprodukteberaterin bei der WKM Medizintechnik GmbH, begleitet die Familie auch in der Häuslichkeit. Was die Beatmung angeht, so hat Carina nur noch einen Platzhalter. Aber für Nahrung, Hustenhilfe und Absaugzubehör ist die WKM weiterhin zuständig.

Neues Kinderpalliativzentrum am Klinikum der Universität München

Die am 24. Juni 2016 eröffnete Einrichtung ist die bundesweit erste ihrer Art an einem Universitätsklinikum

„Bisher lagen unheilbar kranke Kinder häufig auf einer Intensivstation. Das war belastend für die kleinen Patienten, ihre Familien und auch das Team auf den Stationen", schildert Prof. Dr. Monika Führer die schwierige Ausgangslage. Im April dieses Jahres hat das Kinderpalliativzentrum München (KPM) unter der Leitung von Frau Prof. Führer mit der stationären Patientenversorgung begonnen. Kinder mit lebensverkürzenden Krankheiten und ihre Familien erhalten hier die bestmögliche Therapie und Pflege sowie psychosoziale und spirituelle Unterstützung. Das Zentrum am Campus Großhadern wurde in einer Bauzeit von 18 Monaten errichtet. Die Finanzierung von 7,5 Millionen Euro wurde ermöglicht durch 5,5 Millionen Euro Spenden, die der eigens für das Projekt gegründete Förderverein Kinderpalliativzentrum München e.V. innerhalb von neun Monaten sammeln konnte, sowie zwei Millionen Euro Beteiligung des Klinikums. Die gesamte Baumaßnahme, einschließlich weiterer Räume für das Klinikum, ergibt ein Kostenvolumen von 9,05 Millionen Euro.

Das Klinikum der Universität München bündelt damit auf 1.166 Quadratmetern die langjährige Erfahrung der Koordinationsstelle Kinderpalliativmedizin. Diese ist aus dem Projekt HOMe (Hospiz ohne Mauern) entstanden, das Frau Prof. Führer 2003 gemeinsam mit dem damaligen Lehrstuhlinhaber für Palliativmedizin der LMU, Prof. Dr. Gian Domenico Borasio, initiiert hatte. Seitdem wurden über 500 unheilbar erkrankte Kinder und Jugendliche vom Kinderpalliativteam zuhause betreut. In akuten Krisensituationen fehlte aber die Möglichkeit, die Kinder auf eine spezialisierte Kinderpalliativstation aufzunehmen. Diese Versorgungslücke ist nun geschlossen.
Bayerns Wissenschaftsminister Dr. Ludwig Spaenle würdigte stellvertretend für den Bayerischen Ministerpräsidenten in seiner Festrede das Kinderpalliativzentrum als herausragendes Projekt in der bundesdeutschen Hochschulmedizin: „Mit dem Kinderpalliativzentrum ist ein ganz besonderer Raum fürsorgender Menschlichkeit in München entstanden. Die Rahmenbedingungen der palliativen Betreuung schwerstkranker Kinder und ihrer Familien am Universitätsklinikum wird damit gerade in besonders kritischen Situationen künftig noch besser.
Die Palliativmedizin ist auch eine wichtige wissenschaftliche Disziplin. Die LMU und das Klinikum sind Vorreiter und haben schon früh ideale Bedingungen für Forschung und Lehre auf diesem Gebiet sowie eine fächerübergreifende Zusammenarbeit geschaffen. Das Kinderpalliativzentrum ist ein weiterer Meilenstein bei dieser Entwicklung. Von ihm werden wichtige Impulse für die Fort- und Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten ausgehen, wovon Patientinnen und Patienten weit über Bayern hinaus profitieren werden."

Den besonderen Bedürfnissen der Kinder Rechnung tragen

Im Erdgeschoss des Gebäudes befinden sich die Räume für die Ärzte, Pflegenden und die psychosozialen Mitarbeiter der Koordinationsstelle Kinderpalliativmedizin (Spezialisierte Ambulante Pädiatrische Palliativversorgung - SAPPV). Diese Abteilung wurde vor 13 Jahren als Projekt HOMe gegründet, um die Familien mit ihrem Wunsch, ihre unheilbar kranken Kinder zu Hause zu pflegen, nicht alleine zu lassen. Derzeit begleitet das SAPPV-Team des KPM ambulant rund 50 Familien in München und Oberbayern. Zusätzlich stehen im Erdgeschoss Räume für die Verwaltung, ein großer Seminarraum für Lehre und Fortbildungen sowie Räumlichkeiten für die Forschung zur Verfügung.
Auf der Station im ersten Stock befinden sich acht Einzelzimmer, in denen die kranken Kinder und Jugendlichen betreut werden und deren Eltern dort mit übernachten können. Jedes Zimmer hat Zugang zu einem Balkon, auf den auch das Krankenbett geschoben werden kann. Zentral zwischen den Zimmern liegt der Stützpunkt für das Pflegepersonal. „Unser Ziel ist es, Kinder so lange wie möglich in ihrem gewohnten Umfeld zu betreuen. Kommt eine Familie in einer Krise zu uns auf die Station, setzen wir die Möglichkeiten der modernen Palliativmedizin ein, um die Situation so zu stabilisieren, dass das Kind möglichst schnell wieder nach Hause gehen kann. Längere Aufenthalte auf unserer Station können bei Kindern notwendig werden, die unter starken Schmerzen oder anderen sehr belastenden Symptomen wie Atemnot leiden und bei denen die medikamentöse Einstellung sehr aufwändig ist", sagt Prof. Führer.

Die Konzeption des Gebäudes folgt der Leitidee der Palliativversorgung, Familien vollständig in die Betreuung zu integrieren, um den Bedürfnissen des erkrankten Kindes wie auch der Eltern und Geschwister gerecht zu werden und die Familien nicht trennen zu müssen. Das Zentrum ermöglicht es Angehörigen, für die Dauer ihres Aufenthalts zwei voll ausgestattete Apartments im Gebäude zu belegen. Zusätzlich wird allen Familienmitgliedern ein großzügiger Ruheraum zur Verfügung gestellt, in dem gekocht und gespielt werden kann, sowie eine umfassende psychologische Beratung angeboten. „Kinder und besonders schwer kranke Kinder haben andere Bedürfnisse als Erwachsene. Kinder brauchen auch bei einem notwendigen stationären Aufenthalt Raum für ihre Familie, ihre Eltern und Geschwister, die ihnen Geborgenheit, Kraft und Mut geben. Und wir müssen ein besonderes Augenmerk darauf richten, den Kindern durch eine freundliche und helle Gestaltung die Angst vor der ungewohnten Umgebung zu nehmen", so die Schirmherrin des Projektes, Karin Seehofer.

Diesem Anspruch wird der Neubau gerecht: Die Aufteilung von Verwaltung und Pflege auf jeweils ein Stockwerk garantiert schnellstmögliche medizinische Versorgung, da die Wege kurz sind. Große Fenster und Kuppeln lassen viel Tageslicht ins Innere. In Kombination mit hellen Farben entsteht so ein freundliches Umfeld, das sich bewusst so weit wie möglich von einer Krankenhausatmosphäre entfernt. „Wir sind froh und dankbar dafür, dass unser Herzensanliegen letztlich so wunderbar gelungen ist. Viele große und kleine Spenden haben das ermöglicht. Entscheidende Beiträge verdanken wir der Deutschen Krebshilfe, den Sternstunden und der Bayerischen Landesstiftung, aber auch einigen Unternehmen, Institutionen und Privatpersonen" freut sich Thomas Barth, Vorsitzender des Fördervereins Kinderpalliativzentrum München. „Dieser sichtbare Erfolg ist ein großer Ansporn, jetzt das Zentrum weiter zu unterstützen, damit in diesem Bauwerk über die kassenfinanzierte Grundversorgung hinaus optimal gearbeitet werden kann."

Jährlich sterben in Deutschland bis zu 5.000 Kinder und Jugendliche an lebensverkürzenden Krankheiten. Durch die direkte räumliche Nähe des Zentrums zur Klinik und Poliklinik für Palliativmedizin des Klinikums (Dir: Prof. Dr. Claudia Bausewein) arbeiten zum ersten Mal an einer Universitätsklinik die Erwachsenen- und die Kinderpalliativmedizin Seite an Seite. So können durch die weltweit einzigartige Kombination von Krankenversorgung, Forschung und Lehre in der Palliativmedizin über alle Lebensalter hinweg neue Erkenntnisse umgehend in den Behandlungsalltag integriert werden.

Am Klinikum der Universität wurde bereits 1999 die erste Interdisziplinäre Palliativmedizinische Einrichtung etabliert, die 2013 zur Klinik für Palliativmedizin erhoben wurde. Mit dem Kinderpalliativzentrum baut das LMU-Klinikum diesen Kompetenzbereich weiter aus, wie der Ärztliche Direktor, Prof. Dr. Karl-Walter Jauch, betont: „Wir wünschen dem Zentrum, dass es seine Aufgaben in Krankenversorgung, Lehre und Forschung in einem extrem anspruchsvollen Gebiet erfolgreich und zum Wohle der Patienten und ihrer Familien erfüllen kann. Wir erhoffen uns von dem neuen Zentrum auch Impulse, die über die Kinderpalliativmedizin hinausgehen. Diese Impulse sollen uns helfen, die auch und gerade in der Spitzenmedizin notwendige Synthese von menschlicher Empathie und wissenschaftlicher Evidenz in unserem Klinikum immer besser zu realisieren."

Mehr unter www.klinikum.uni-muenchen.de

Fotoquelle
Klinikum der Universität München

Foto links
v.li. Prof. Karl-Walter Jauch (ärztl. Direktor), Gerd Koslowski (kfm. Direktor), Prof. Monika Führer (Leiterin KPM), Karin Seehofer (Schirmherrin), Bernhard Seidenath (gesundheitspolit. Sprecher CSU Landtagsfrakt.), Dr. Ludwig Spaenle, Bayerischer Wissenschaftsminister

Dornröschen, Meister Hora, Gevatter Tod und Co.

Märchenpädagogik im Alltag von Intensiv- und Hospizpflege bei Kindern und Jugendlichen

Literaturangebote innerhalb der Genres Märchen und Geschichten werden in sozialen Institutionen ganz unterschiedlich bewertet und somit auch erarbeitet und umgesetzt. Erfreulicherweise steigt die Tendenz, diese wieder öfter einzusetzen. Wie man ganz konkret dazu beitragen kann, diese wieder neu zu beleben, soll anhand des Einsatzes in der Intensiv- und Hospizpflege bei Kindern und Jugendlichen näher erläutert und vorgestellt werden.

In Zeiten von Übergängen können Märchen und Geschichten eine große Hilfe sein, da sie eine universelle Sprache sprechen, die über Kultur und Religion hinausreicht. Kinder und Jugendliche, die einer dauerhaften Intensivpflege bedürfen, befinden sich oft auch in einem Übergangsprozess - manchmal bis hin zur Palliativversorgung oder gar zum Hospiz. Dieser Prozess stellt für das gesamte familiäre Gefüge eine große Herausforderung dar.
Auch der Märchenheld ist ein Wanderer zwischen den Welten, er kennt Diesseits und Jenseits und baut Brücken für die menschliche Seele. Seit April 2014 können die Kinder der Senivita Social Care GmbH Kinderarche St. Christophorus im oberfränkischen Hirschaid (bei Bamberg) regelmäßig in diese Fantasiewelten eintauchen. Diese Kinder haben ein Handicap nicht nur auf einem Gebiet wie z.B. der geistigen Entwicklung, sondern mehrere Beeinträchtigungen nebeneinander. Infolge der Vielzahl von sämtlichen menschlichen Gefühlen, Konflikten und Erlebnissen, die in den Überlieferungen verarbeitet sind, kann das Märchen als Mutmacher für die Kinder mit Schwerst- und Mehrfachbehinderungen fungieren. Ähnlich einer therapeutischen Maßnahme kommt die ausgebildete Erzählerin an das Kinderbett und erzählt eine ausgewählte Geschichte, evtl. auch für die gerade anwesenden Besucher. Für Kinder mit Migrationshintergrund wird überdies der Einsatz von Erzählungen und Liedern aus anderen Kulturkreisen berücksichtigt.

Unterstützte Kommunikation

In den letzten Jahrzehnten hat sich im deutschen Sprachraum die „Unterstützte Kommunikation" als Ansatz zur Förderung der Kommunikation für nicht und wenig sprechende Kinder bzw. Menschen entwickelt. Auch innerhalb der märchenpädagogischen Angebote bewähren sich daraus bezogene Hilfsmittel. Es kann eine wechselseitige Verständigung geschaffen werden. Durch Berühren einer Sprechtaste kann sich beispielsweise das Kind die Stimme der Erzählerin „leihen“ und sich aktiv ins Märchen einbringen, da Elemente aus der jeweiligen Geschichte vorab damit aufgenommen werden. Inwieweit die Sprache des Märchens inhaltlich verstanden und differenziert wahrgenommen wird, ist häufig schwer zu beurteilen. Eine speziell ausgebildete Kommunikationspädagogin steht mit Rat und Tat zur Seite.

Märchen erzählen kann doch jeder... warum also eine Märchenpädagogin?

Hier verbinden sich zwei separate Bereiche: Märchen und Pädagogik. Jedes Feld für sich allein ist bereits sehr vielfältig und komplex angelegt. Es erfordert nicht nur die Begabung, Kreatives in die Tat umzusetzen, sondern, und hier liegt der Knackpunkt, ein großes Hintergrundwissen zu haben und das mit den kreativen Möglichkeiten und Methoden bewusst und begründet verknüpfen zu können. Das Märchen weiß, wie man das Fremde zähmt, das Seltene/Seltsame hütet, das Merkwürdige probiert, das Ausweglose wagt. Und all diese Aspekte werden ebenfalls bedeutsam, wenn man sich mit dem Thema Tod und Sterben auseinandersetzt. Manche Kinder ziehen sich zurück, andere werden neugierig. Und genau hier muss die (märchen-) pädagogische Begleitung ansetzen: Es geht nicht darum, Abstand zu gewinnen, sondern Stand! In diesem Sinne berücksichtigt die Märchenpädagogin - genauso wie die pädagogischen Fachkräfte - in ihrem interaktiven Handeln die vorhandenen Ressourcen und biographischen Besonderheiten der Kinder. Die Märchenauswahl erfolgt geplant und zielgerichtet - einerseits aufgrund langjähriger Erfahrung im Erzählen und andererseits mit Fokus auf z.B. inhaltliche Themen oder Verläufe, Zeit, Symbolgehalt hinsichtlich verschieden gedeuteter Übergangsphasen, Zielgruppe und Alter und die Möglichkeiten und Vielfalt der Emotionen innerhalb einer Geschichte. Der Sprung in den Brunnen, das Dunkel im Bauch des Wolfes, die Dornenhecke... all das sind Bilder für Krankheit, Sterben, Tod und Trauer - um nur ein paar wenige zu nennen. Schon den kleinsten Bewohnern werden Bildungsangebote zuteil, in diesem Fall das breite Spektrum der Märchenpädagogik. Es wird geliebt und gelitten, gekämpft und erobert, verzaubert und gehext - und in der Regel kommt es zum „Happy End“. Und dieses Wissen um die Bedeutung jener bereits genannten Archetypen und deren inhaltlicher Systeme bildet das „kreative Navigationssystem“ der professionellen Erzählkünstlerin. Fachliche Fundiertheit in diesem künstlerisch-kulturellen Bereich ist also von enormer Bedeutung. Fachwissen ist aber dennoch

kein Rezeptwissen. Theoretische Inhalte können nicht eins zu eins in die alltägliche Praxis übernommen werden, sondern müssen die Dynamik des Kontextes aufgreifen. Dies verlangt ein hohes Maß an Flexibilität, Kreativität und Spontanität, um sich in diese neuen und andersartigen Situationen hineinzuversetzen. Das Märchen macht es vor: Es ist die innere Haltung auch hier, welche - bildlich gesprochen - zur Krone, zum Königreich, zur (Er-) Lösung, zum Ziel führt. Die professionelle (Märchen-) Pädagogin ist in der Lage, Praxis und Theorie optimal miteinander in Einklang zu bringen. Sie nimmt beide Komponenten gleichwertig wahr und verknüpft sie durch ihr aufmerksames Beobachten. Eine professionelle Haltung ist gleichzeitig auch eine forschende Haltung. Durch eine gezielte Reflexion stellt sie sich fortlaufend neue Forschungsfragen. Sowohl alltägliche Routinen als auch fremde Elemente werden kritisch hinterfragt. Aus der direkten Praxis kann u.a. folgendes beobachtet und berichtet werden:

„Ach wie gut, dass niemand weiß..."

Während der Märchenerzählung „Rumpelstielzchen" konnte bei einem 12-jährigen Mädchen mit schwerst Mehrfachbehinderung beobachtet werden, wie die Präsenz und Stimme der Hauptfigur eine Anspannung bei dem Kind auslösten. Sobald Rumpelstielzchen wieder verschwand, beruhigte sich die Mimik und das Mädchen entspannte sich. Diese Reaktion zeigte sich jedes Mal in acht von acht solcher Momente während der Märchenerzählung.

Fallbeispiel „Der blöde Wolf..."

Ein 18-jähriger Junge im Wachkoma kommunizierte und „protestierte" immer wieder durch starkes Grimassieren gegen das Auftreten des Wolfes. Dieser wurde verstärkt durch eine Rührtrommel, da der Junge ursprünglich sehr gerne laute Instrumente hört. Es wurde nachträglich ausprobiert, wie er separat auf die Rührtrommel ohne Märchenerzählung reagiert - er verhielt sich ruhig und sogar sehr entspannt und freudig. Als das Märchen jedoch noch einmal erzählt wurde (ohne Trommel) war es exakt wieder der Moment des Wolfes, welcher ihn in Stress versetzte.

Erzähler ohne Grenzen

Die Hamburger Initiative „Erzähler ohne Grenzen" (gegründet von Micaela Sauber) erweitert die Möglichkeiten der Erzählkunst innerhalb von Krisen geprägten Situationen noch. Erzählen von Märchen und Geschichten für Menschen in Notsituationen ist das Herz der Initiative, welche ausschließlich aus professionellen Märchenpädagogen/innen und Erzählkünstlern/innen aus der ganzen Welt besteht. Und so sind es doch immer wieder verschiedene „Grenzenlosigkeiten" - oder nennen wir es „Brücken", welche uns nicht immer vom Diesseits ins Jenseits führen, aber: Weiter!

KONTAKT

Alexandra Fyrich - www.zwischen-gezeiten.de | Katrin Schmid - schmid.k@stchristophorus.senivita.de

Beate Neumeister - www.senivita-social-care.de

Foto: Märchenpädagogin beim Erzählen

BÄRENSTARKE UNTERSTUTZÜNG EHRENAMTLICHE KINDERPATEN IN DER EINRICHTUNG BÄRENSTARK

Die Kinder und Jugendlichen, die in der Intensivpflegeeinrichtung Bärenstark im Zentrum Darmstadts ein neues zu Hause finden, bekommen teilweise sehr wenig oder keinen Besuch. Gründe dafür können sein, dass die Eltern berufstätig sind, eine weite Entfernung zwischen ihrem Wohnsitz und der Einrichtung Bärenstark zurücklegen müssen, noch weitere Geschwisterkinder betreuen oder pflegebedürftige Personen zu versorgen haben.

Das Projekt „Kinderpaten Bärenstark" des Deutschen Kinderschutzbundes Darmstadt gemeinsam mit der Einrichtung Bärenstark, ist daher ein wichtiger Baustein für die Verbesserung der Lebensqualität der kleinen Kämpfer. Ehrenamtliche Kinderpaten besuchen die Patienten regelmäßig und bauen durch die meist jahrelangen Besuchsdienste eine intensive Beziehung und Bindung zu den Kindern auf.

Besucht werden Kinder und Jugendliche im Alter zwischen 3 Monaten und 18 Jahren. Alle Kinder sind schwerstbehindert und pflegebedürftig sowie zeitweise oder dauerhaft beatmet. Oft kommen die ehrenamtlichen Kinderpaten ein- bis zweimal pro Woche über mehrere Stunden. Sie schenken den kleinen Kämpfern ganz viel Zeit und Aufmerksamkeit. Um eine kontinuierliche Betreuung der Kinder auch in Zeiten von Urlaub und Krankheit eines Kinderpaten sicherzustellen, werden zwei Paten einem Kind zugeordnet.

Die Betreuung der Kinder durch die Kinderpaten richtet sich ganz nach den Bedürfnissen des Patienten und nach seinen Erwartungen, ernst- und angenommen zu werden. Hierzu gehören zum Beispiel: das Spielen, Trösten, Singen, Malen, Vorlesen, Zuhören, das Vermitteln von Zuwendung und Geborgenheit, Mitbegleitung beim Spazierengehen, zu Kinobesuchen, Theatervorstellungen oder zum Schwimmen etc. Auch bei Kindergeburtstagen, zur Weihnachtsfeier oder zum Sommerfest der Kinder und Jugendlichen der Einrichtung Bärenstark dürfen die ehrenamtlichen Kinderpaten nicht fehlen.

Um die Interessenten bzw. Interessentinnen auf ihre ehrenamtliche Tätigkeit vorzubereiten, bieten der Kinderschutzbund gemeinsam mit der Einrichtung Bärenstark eine intensive Schulung und damit Starthilfe für die Paten an. In verschiedenen Modulen werden die ehrenamtlichen Kinderpaten auf die Tätigkeit in der Einrichtung Bärenstark vorbereitet. Unter anderem haben die Module folgende Inhalte:

- Motivation und Erwartungen der Kinderpaten
- Kennen lernen, was bedeutet Ehrenamt, was bedeutet Patenschaft
- Aufgaben und Anforderungen an die Kinderpaten
- Grenzen, Nähe und Distanz
- Beziehungen und Beziehungsabbrüche für die Kinder und die Paten
- Medizinische Behandlungspflege – vom Umgang mit beatmeten Kindern und Jugendlichen
- wichtige Krankheitsbilder
- Stationäre Unterbringung – was bedeutet das?
- Die Kinder und ihre Familien: hoch belastete Familien, familiäre Hintergründe
- Spiel- und Förderangebote für beatmete Kinder.

Die Unterstützung der Kinderpaten in der Praxis der ehrenamtlichen Tätigkeit ist von enormer Bedeutung. Neben Supervisionen, Teambildenden Maßnahmen der Ehrenamtlichen, weitergehenden Fortbildungen ist insbesondere das Einzelgespräch sehr wichtig. Die Kinderpaten müssen in der Praxis eng begleitet werden, um Erlebnisse gut verarbeiten zu können. Hierzu gehören zum Beispiel Notfallsituationen, die bei beatmeten Kindern und Jugendlichen oft zum Alltag gehören.

Die ehrenamtlichen Kinderpaten der Einrichtung Bärenstark leisten täglich eine tolle Arbeit und sorgen dafür, dass es den schwer beeinträchtigten Kindern und Jugendlichen besser geht. Sie zaubern oft ein Lächeln auf die Gesichter der Kinder, schon wenn die kleinen Patienten ihren Kinderpaten durch die Tür kommen sehen. Die Kinder und Jugendlichen der Einrichtung Bärenstark fühlen sich stark verbunden mit ihren ehrenamtlichen Kinderpaten und freuen sich jedes Mal auf den Besuch.

Durch das Engagement und die Einsatzbereitschaft schenken die ehrenamtlichen Kinderpaten den kleinen Patienten der Einrichtung Bärenstark Zeit und Aufmerksamkeit. Und das ist neben der pflegerischen Versorgung das wichtigste, was unsere kleinen Kämpfer brauchen.

Folgen Sie uns auf Facebook: Bärenstark-Intensivpflege für Kinder und Jugendliche!

Daniela Jentsch

KONTAKT

Bärenstark
Intensivpflege für Kinder und Jugendliche

Daniela Jentsch, Geschäftsführung
Mobil 0160/96357391 **Mail** info@baerenstark-ip.de
www.baerenstark-intensivpflege.de

W 45 St
CYNDI LAUPER
ENHANCED DETAIL.
OPTIMIZED FOR ROAD.
sunglass hut

Kleiner Mann auf großer Reise

Dr. Peter Radtke, Romanist und Philosoph, war Geschäftsführer und Redakteur der "Arbeitsgemeinschaft Behinderung und Medien e.V.", feierte als Schauspieler an den Münchener Kammerspielen und am Wiener Burgtheater große Erfolge. Er war von 2003 bis 2016 im Nationalen Ethikrat der Bundesrepublik Deutschland. Seit seiner Geburt ist er betroffen von der Glasknochenkrankheit. In Begleitung seiner **Ehefrau** und seiner **Pflegekraft Marion Geier** machte er eine Kreuzfahrt. Hierüber tauschen sich im Folgenden beide aus.

Lass mal sehen. Ist das etwa schon das Fotoalbum von unserer New York Kreuzfahrt mit der Queen Mary 2?

Erraten. Das habe ich für Euch gemacht, damit Ihr auch in einigen Jahren noch eine schöne Erinnerung an unsere gemeinsame Reise habt.

Die wird mir ohnedies bestimmt im Gedächtnis bleiben. Aber du hast Recht. Es hat so viele eindrucksvolle Momente gegeben, die man irgendwie festhalten möchte. Zum Beispiel der Spaziergang von unserm Hotel am Times Square hinauf zum Central Park. Rechts und links diese gewaltigen Wolkenkratzer.

Als durchwandere man den Grand Canyon.

Am Eingang zum Park standen dann die Jugendlichen mit ihren Schildern „Geben Sie mir einen Dollar oder ich wähle Trump."

Ja, die Amerikaner sind geschäftstüchtig.

Für mich waren die besonderen Augenblicke eher die Minuten und Stunden auf dem Schiff, wo wir den Wellen zugesehen haben. Es ist die Weite des Horizontes, die mich zur Ruhe kommen lässt.

Meer, Meer und nichts als Meer. Ich glaube, solche Zeiten hattest du auch dringend nötig. Es war ja nicht ganz leicht, dreieinhalb Wochen die pflegerische Verantwortung für einen Menschen quasi alleine zu tragen.

Gut, deine Frau war dabei, die die Nächte übernommen hat. Aber ich gebe zu, ich war froh, wenn du mit ihr eine Show im Royal Theatre auf Deck 3 besuchtest oder zur Kapitänsparty gingst. Dann wusste ich immerhin, dass du mich nicht brauchtest.

So war die Reise für dich eher eine Strapaze?

Das meine ich nicht. Aber es war immer Dienst. Für dich war es Urlaub. Das ist der kleine Unterschied. Außerdem habe ich Monate vorher angefangen, die Reise vorzubereiten. Die Zollbestimmungen, Einreisegenehmigungen, Gespräche mit dem Arzt, Packlisten usw., es musste einfach alles vorher gut geplant werden. Aber davon abgesehen ist so eine Reise auf einem Luxusdampfer nach Amerika und zurück ein echtes Erlebnis.

Ganz meine Meinung.

Wie bist du überhaupt darauf gekommen, solch ein Unternehmen zu wagen? Das macht doch auch nicht jeder.

Ich bin früher viel gereist und hatte großen Spaß dabei. Doch nach dem Luftröhrenschnitt vor sechzehn Jahren wurde alles wesentlich komplizierter. Man muss an dieses und jenes denken; der Aufwand an mitzunehmendem Gepäck ist beträchtlich. Dann entdeckte ich eines Tages die Anzeige im Internet: „Mit der Queen Mary 2 von Hamburg nach New York und zurück". Da wusste ich sofort, das ist was für mich, das muss ich machen.

Hattest du keine Angst?

Warum Angst? Ich war doch bei dir in den besten Händen.

Mach dich nur lustig.

Nein, ernsthaft. Bei meiner Geburt gaben mir die Ärzte eine Überlebenschance von maximal drei Jahren. Heute bin ich 73. Da relativiert sich das Gefühl von Angst. Außerdem verdanke ich die schönsten Erfahrungen in meinem Leben Situationen, die andere aus Angst vermutlich vermieden hätten. Und wie war es bei dir mit der Angst?

Angst hatte ich vor der Reise nicht. Ich sah sie eher als eine Herausforderung an. Es ging darum, dir etwas zu ermöglichen, was du ohne fremde Hilfe nicht hättest verwirklichen können. Die Frage: „Was ist möglich für einen beatmeten, kleinwüchsigen Rollstuhlfahrer, der nicht mehr ganz jung ist?" Und die Antwort:" Fast alles!" Das hast du mit deinem ganzen Leben schon deutlich gemacht und eben mit dieser Reise auch wieder. Dazu meinen Teil beitragen zu können, war für mich eine schöne Erfahrung. So verstehe ich ohnedies meine Arbeit in der Heimbeatmungspflege.

Toll, dass dir dein Mann für die Fahrt so lange freigeben konnte. Da habe ich schon anderes erlebt.

Ja, er meinte, dass ich so eine Chance wohl nie mehr in meinem Leben bekommen würde. Er kennt mich oft besser als ich mich selbst. Er wusste, wieviel mir an dieser Reise lag.

Und hast du dir dann „die Herausforderung" tatsächlich so vorgestellt?

Gewiss, drei Personen für knapp vier Wochen auf relativ begrenztem Raum, da kommt es durchaus auch zu Spannungen. Das ist menschlich. Doch letztlich überwog eindeutig das Positive.

Womit wir wieder bei unserm Thema sind: Wie hat dir alles in allem New York gefallen?

Ich war überwältigt. Ich bin ja noch nie in den Vereinigten Staaten gewesen. Das Leben in dieser Stadt erschlägt einen fast. Wenn ich nur an das Menschengewühl am Broadway denke, an die Tag und Nacht flimmernden Lichtreklamen, an die Vielfalt der unterschiedlichen Menschentypen.

Aber es gibt mitten in Manhattan auch geruhsame Fleckchen. Bloß die findest du nicht so leicht als „normaler" Tourist. Ohne Julie hätten wir doch nie den Mann mit der Gitarre im Central Park entdeckt, der seit zwanzig Jahren jeden Samstag ein buntgemischtes Publikum mit seinen Songs unterhält und am Ende seine Zuhörer sogar noch mit einem geschenkten „Hot Dog" verabschiedet.

Ja, die New Yorker Rollstuhlfahrerin Julie war ein Glücksfall. Sie arbeitet ehrenamtlich für die Selbsthilfeorganisation „Big Apple Greeter." Behinderte Einheimische zeigen behinderten und nichtbehinderten Touristen ihre Stadt. So etwas müsste man in Deutschland auch etablieren.

Ohne Julie hätte ich auch nie erfahren, wie unkompliziert es in New York für einen Rollstuhlfahrer ist, mit dem Bus zu fahren. Der Fahrer steigt aus, lässt die Einstiegsrampe runter, schiebt den Rollstuhl rein, zurrt ihn fest und ab geht die Fahrt. Alles ganz selbstverständlich. Und niemand murrt. Aber die Medaille hat auch eine Kehrseite.

Was meinst du damit?

Wenn du voll in die Gesellschaft eingegliedert bist, dann nimmt man auch nicht mehr so viel Rücksicht auf dich. Bei uns bewegen sich Menschen mit einer Behinderung doch oft noch in einer Art Schutzraum. Diesen Eindruck hast du in New York nicht.

Gefällt dir das besser?

Ich glaube, die USA sind etwas für Betroffene, die schon etwas emanzipierter sind. Und wenn ich dann noch an die mangelhaften Sozialleistungen denke…

Du bist doch auch emanzipiert. Reizt es dich dann nicht, dorthin auszuwandern?

Bestimmt nicht. Am Anfang fand ich New York unheimlich faszinierend. Aber mit jedem Tag, an dem ich länger dort war, fragte ich mich: Willst du in einer solchen Stadt wirklich leben? Diese Hektik, diese Reizüberflutung. Das ist nichts mehr für mich. Da bin ich in unserem guten, alten Europa – bei allen Turbulenzen, die es im Augenblick gibt – doch besser aufgehoben.

Dann wird dir sicher das Ende unserer Kreuzfahrt in Southampton besonders gefallen haben?

Du meinst unsern Ausflug mit dem behindertengerechten Bus nach Stonehenge, jenem uralten Rundheiligtum aus riesigen Menhiren? Ja, du hast Recht. Das war ein wirkliches Kontrastprogramm zu Manhattan. So umspannte unsere Reise mehr als fünftausend Jahre, von der Jungsteinzeitzeit bis ins 21. Jahrhundert.

Und was ist dein Resümee zu dieser Kreuzfahrt?

Ganz einfach: Durchatmen, Geld sparen und als nächstes - eine Weltreise planen.

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 arbeitgeber-finanzierte Fortbildungen
- Betriebliche Altersvorsorge
- Individuell angepasste Anstellungsverhältnisse
- Firmenwagen (nach Probezeit, auch zur privaten Nutzung)
- Steuerfreie Zuschläge
- Arbeitgeberfinanzierte Krankenzusatzversicherung

HEIMBEATMUNGS SERVICE
Brambring Jaschke GmbH

www.heimbeatmung.com

AUSBILDUNGSREPORT PFLEGEBERUFE 2015

"Erfreulich, dass so viele junge Menschen in der Pflege arbeiten wollen. Im Schuljahr 2014/2015 sind über 137.000 in einer Ausbildung in der Altenpflege, Gesundheits- und Kranken- oder Kinderkrankenpflege", schreibt Sylvia Bühler, ver.di-Bundesvorstandsmitglied und Bundesfachbereichsleiterin Gesundheit, Soziale Dienste, Wohlfahrt und Kirchen in ihrem Vorwort zum Ausbildungsreport Pflegeberufe 2015, der im März 2016 vorgelegt wurde. Ver.di, die Fachgewerkschaft für das Gesundheits- und Sozialwesen, führte die Studie durch, um in Erfahrung zu bringen, wie es aktuell um die Qualität der Pflegeausbildung steht. "Wer kann das besser beurteilen als die Auszubildenden selbst?", so Bühler, und das Ergebnis fiel, wie sich zeigte, "eindeutig" aus.

Die zentralen Ergebnisse sind:

- Die Zufriedenheit in den Pflegeberufen ist niedriger als in anderen Ausbildungsberufen
- Auszubildende sind häufig von unplanmäßigen Versetzungen betroffen
- Die Praxisanleitung ist völlig ungenügend
- Unzulässige Überstunden – auch noch ohne Ausgleich
- Arbeiten unter hohem Zeitdruck und ohne Pause
- Trotz Mangelberuf müssen Auszubildende auch noch Kosten tragen
- Keine freie Urlaubsplanung

Mario Gembus, Fachbereich 3 ver.di, fasst zusammen: "Die Ausbildung der Pflegeberufe leidet akut unter dem herrschenden Personalmangel in Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Überstunden, kurzfristige und ungeplante Versetzungen, mangelnde Zeit von Praxisanleiter/innen zur Wahrnehmung ihrer Ausbildungsaufgaben, Erholungsschwierigkeiten in der Freizeit, fehlende Pausen und Arbeiten unter Zeitdruck belegen dies. Die Umfrageergebnisse machen deutlich, dass Auszubildende in die betriebliche Verantwortung genommen werden – ohne Rücksicht auf Lernziele, Erreichen der Ausbildungsziele oder ihre Gesundheit. Dass sie ihren Beruf erst noch erlernen sollen, wird oft ignoriert." Wichtig sei vor allem eine bundeseinheitliche gesetzliche Personalbemessung, weil nur so gewährleistet werden könne", dass die Belastung in der Ausbildung sinkt, Überstunden in der Ausbildung vermieden werden, strukturierte Praxisanleitung regelhaft stattfinden kann und Auszubildende nicht als 'flexibler und günstiger Personalpool' zur Kompensation von Personalmangel missbraucht werden, sondern in geplanten Praxiseinsätzen ihrer Ausbildung nachgehen können."

Der Ausbildungsreport 2015 kann unter dem Link http://www.verdi.de/++file++56e682de6f68441f5300004c/download/Ausbildungsreport%20Pflege%202015.pdf herunter geladen werden.

Ausbildung in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung

Die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH bildet an verschiedenen Standorten aus und hat einige ihrer Azubis gefragt, wie sie zu den Ergebnissen des Ausbildungsreports Pflegeberufe 2015 stehen und ob sie ähnliche Erfahrungen machen. Die zwanglose Umfrage hat sich in einer Klasse herum gesprochen und neben zwei Azubis der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH haben sich zwei weitere zu Wort gemeldet, die ihre Ausbildungen anderswo absolvieren. Wie sich zeigt, spielt der Ausbildungsort eine große Rolle, denn die Strukturen in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung sind völlig andere als in einer großen stationären Einrichtung.

Es ist natürlich erfreulich, dass das Ergebnis dieser kleinen Umfrage überwiegend positiv ausgefallen ist. Noch erfreulicher aber ist, dass zumindest diese vier Frauen auch nach ihrer Ausbildung dem Pflegeberuf treu bleiben wollen.

BEA

Ich habe 2012 als Reinigungskraft in einer Wohngemeinschaft für beatmete Bewohner angefangen zu arbeiten. An eine Ausbildung als Pflegekraft habe ich zu dieser Zeit noch nicht gedacht bzw. kam für mich auch nicht Frage. Durch die Erkrankung meiner Schwiegermutter wurde ich mit dem Thema Pflege konfrontiert und in mir wurde der Gedanke wach, doch noch einmal eine Ausbildung zu beginnen. Nach reiflichen Überlegungen und Gesprächen mit meinem Mann, Kollegen und Kolleginnen, die mich alle bestärkten, doch den Schritt zu wagen, habe ich mich entschlossen, eine Ausbildung zu beginnen.

Ich erhielt von meinem Arbeitgeber, der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, einen Vertrag als Assistenzkraft. Dies waren meine ersten Schritte in der Pflege. Es machte mir großen Spaß sich mit Menschen zu beschäftigen.

Da ich bereits eine abgeschlossene Berufsausbildung hatte, konnte ich am 1. September 2015 im Rahmen der Wegebauförderung mit der 3-jährigen Ausbildung zur Altenpflegerin an dem Berufsbildungszentrum in Münnerstadt anfangen. Das heißt, ich bekomme von meinem Arbeitgeber mein Gehalt und muss keinerlei Schulgeld bezahlen. Finanzielle Sicherheit ist bei einer Ausbildung eben auch wichtig! Dieser Schritt bedeutete für mich eine große Herausforderung, vor allem die Frage, wie ich Familie und Ausbildung miteinander vereinbaren kann, zumal unser Jüngster noch relativ klein ist. Nach 9 Monaten kann ich sagen, dass ich diesen Schritt trotz Lern- und Prüfungsstress bis jetzt nicht bereut habe.

Der Standort Nordbayern der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH in Bad Kissingen hat seit dem 28. März 2014 das Gütesiegel "Ausbildung mit Wert“. Dies macht sich in der Umsetzung und Unterstützung der praktischen Ausbildung positiv bemerkbar. Ich werde im Dienstplan nicht immer voll verplant, sondern habe meine AZUBI-Stunden, in denen ich durch meine Praxisanleiterin Anja Eißrig entsprechende Arbeitsaufträge bekomme. So kann ich das Erlernte optimal umsetzen. Diese Unterstützung finde ich toll und nicht selbstverständlich.
Ich kann in der Wohngemeinschaft für beatmete Bewohner ohne Hektik und Zeitdruck arbeiten. Hier steht der Mensch mit all seinen Bedürfnissen und Sorgen im Mittelpunkt. Die Bewohner, nicht irgendwelche festgelegten Strukturen wie beispielsweise in einem Heim, bestimmen den Tagesablauf. Anders kann es auch gar nicht gehen, wenn man die Selbstbestimmung der Bewohner ernst nimmt.

In Gesprächen mit meinen Mitschülerinnen habe ich erfahren, dass dies nicht in allen Ausbildungsbetrieben so abläuft. Häufig werden meine Mitschülerinnen als vollwertige Arbeitskraft eingesetzt.

Beispiele:

- In den Schulferien müssen wir unseren Urlaub verplanen. Sehr häufig müssen meine Kolleginnen aber arbeiten.
- Auch heißt es, dass das Wochenende nach einer Schulwoche als frei zu planen ist. Nein sie müssen arbeiten.
- Auf anstehende Prüfungen wird keine Rücksicht genommen.

Solche negativen Erfahrungen kann ich nicht bestätigen. Alle Vorgaben im Rahmen des Gütesiegels „Ausbildung mit Wert“ werden von meinem Arbeitgeber umgesetzt. Gleichzeitig wurde mir noch die Möglichkeit geboten, an einem Kurs „Selbstmanagement in der Ausbildung“ mit 12 Lernmodulen teilzunehmen.

Ich habe trotz der Belastung (Lernen, Prüfungen) immer noch große Freude an dem Beruf und werde sicherlich auch nach der Ausbildung in der Pflege weiterarbeiten.

Ob ich Freunden empfehle, in diesem Beruf eine Ausbildung zu beginnen? Wenn ich an meinem Ausbildungsort denke, sicherlich ja. Was die Ausbildung in einem Pflegeheim angeht, bin ich eher skeptisch.

Auf die Idee, eine Ausbildung in der Pflege zu beginnen, kam die Beraterin bei einem Gespräch im Arbeitsamt. Nach anfänglicher Skepsis und einem Praktikum im Altenheim war ich sicher, dass ich diesen Beruf erlernen möchte. In dem Heim, in dem ich lerne, gibt es in der Ausbildungszeit kein "Stations-Hopping" und die Praxisanleitung ist fachgerecht. Überstunden, wenn überhaupt, werden gut geschrieben.

Da ich in der Ausbildung bin, ist es wichtig, dass ich die Pflege richtig mache. Das hat Vorrang vor möglichst schnellem Erledigen von Aufgaben. Die Pausen werden eingehalten. Mein Praktikum in der Wohngemeinschaft für beatmete Menschen der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH in Bad Kissingen zeigt mir, dass dort der Zeitdruck sehr viel niedriger ist als in der ambulanten Pflege, allein schon, weil man keine langen Anfahrtswege hat.

Schulgeld muss ich nicht bezahlen, aber für die Kosten meiner Bücher und anderer Unterlagen muss ich selbst aufkommen. Meinen Urlaub kann ich selbst frei planen.

Ich freue mich sehr auf die Arbeit nach der Ausbildung, weil ich mich dann auch in dem Pflegebetrieb fachmännisch miteinbringen kann. Ob ich die Ausbildung weiter empfehlen würde? Also wenn man gerne mit Menschen arbeitet und kein Problem mit Wochenendarbeit hat, ist der Beruf durchaus empfehlenswert!

CARO

ANJA

Zeitmangel ist bei uns weniger das Problem. Ich als Praxisanleiterin habe sehr viel mit Einarbeitungen von neuen Kollegen zu tun, was ja auch zu meinen Aufgaben gehört. Wir haben viele engagierte KollegInnen mit sehr guten Fachkenntnissen in pflegerischen Bereichen wie z.B. Bobath oder Basale Stimulation, die dies unseren Azubis erklären und zeigen können. Das ersetzt keine Praxisanleitung, hilft ihnen aber auch, Pflege zu verstehen und umzusetzen.

Offiziell bin ich seit März 2015 Praxisanleiterin und lerne bei meiner Arbeit immer noch dazu. Meine Praxisanleitungen plane ich mit Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung. Das erfordert auch immer Toleranz und Unterstützung der Diensthabenden KollegInnen, da so etwas nicht mal schnell in fünf Minuten abgearbeitet wird. Bisher wurde ich kaum deswegen kritisiert. Deshalb: Ein großes Dankeschön an alle Kolleginnen und Kollegen, die mich dahingehend unterstützen.

Mein Ziel ist es, mit guter Planung und Kommunikation, mehr als eine "zufriedenstellende" Ausbildung zu gewährleisten. Es gibt auch bei uns noch ein paar Punkte, an denen wir arbeiten müssen, und für Verbesserungsvorschläge bin ich jederzeit offen.

Es ist ein großer Vorteil von Wohngemeinschaften, dass man mehr Zeit für die Menschen und ihre Pflege hat. Ich gehe sehr oft mit einem guten Gefühl nach Hause und weiß, was ich geleistet habe. Für mich ist es ein großer Vorteil, in einer Wohngemeinschaft zu arbeiten, da ich dadurch auch Zeit für Erklärungen und Anleitungen habe und auch meine KollegInnen unterstützen kann.

SINDY

Sog. „Stations-Hopping“ der Auszubildenden ist bei uns noch nicht vorgekommen. Was mir allerdings weniger gefällt ist, dass wir einen ständigen Wechsel bei den Praxisanleitern haben. Wenn wir Überstunden machen müssen, gibt es immer einen Ausgleich dafür. Was den Alltag angeht, so sollten meiner Meinung nach die Pausen eingehalten werden. Bei mir ist es eher so, dass ich zwischendurch esse und trinke oder eine Zigarette rauche. Schulgeld muss ich nicht bezahlen, da ich die Wegebauförderung erhalte. Es fällt allenfalls Kopiergeld an. Meinen Urlaub kann ich frei wählen. Ob ich mich darauf freue, nach der Ausbildung in der Pflege arbeiten zu können? Ja, deswegen lerne ich doch den Beruf! Und meinen Freunden würde ich ihn auch empfehlen.

Ein leuchtendes Beispiel für familiären Zusammenhalt und gelebte Nächstenliebe

Am 13. Juli 2016 verlieh Ministerpräsident Horst Seehofer im Rahmen einer Feierstunde an 45 Frauen und Männer den Bayerischen Verdienstorden. Seehofer: "Bayern ist so stark wie die Menschen, die Bayern prägen. Mit der Verleihung des Bayerischen Verdienstordens sagen wir Dank und Anerkennung an 45 Mitbürgerinnen und Mitbürger, die sich um den Freistaat in hervorragender Weise verdient gemacht haben. Und das in vielfältiger Weise - von sozialem und kirchlichem Engagement über Forschung, Kunst und Medizin bis hin zu Wirtschaft und Wissenschaft. Die 21 Frauen und 24 Männer haben unsere Heimat entscheidend mitgestaltet und geprägt - sie sind Kraftquelle und Motor für unser Land! Dafür verdienen sie unseren Respekt und unsere Anerkennung." Geehrt wurden erfolgreiche Unternehmer und Stifter, sozial oder kulturell engagierte Ehrenamtliche, Künstler und Wissenschaftler sowie viele Menschen, die schon über Jahrzehnte hinweg ihre pflegebedürftigen Angehörigen versorgen.

Damit ist Hans Wölfle aus Dietmannsried im Oberallgäu gemeint. Der Landwirt und Vater zweier Kinder kümmert sich seit fast 20 Jahren um seine an Multipler Sklerose erkrankte Ehefrau. Seit zehn Jahren ist sie an den Rollstuhl gebunden und seit sieben Jahren – nach einer schweren Lungenentzündung – ist sie rund um die Uhr auf Pflege angewiesen. Seit 2009 unterstützen Pflegekräfte der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH Herrn Wölfle bei der Pflege. Sie freuten sich sehr über dessen Ehrung, und sie stimmen der Aussage der Jury uneingeschränkt zu, dass Herr Wölfle „ein leuchtendes Beispiel für familiären Zusammenhalt und gelebte Nächstenliebe“ ist.

Den Bayerischen Verdienstorden gibt es seit 1957 und seine Verleihung gilt "als Zeichen ehrender und dankbarer Anerkennung für hervorragende Verdienste um den Freistaat Bayern und das bayerische Volk". Eine Besonderheit des Bayerischen Verdienstordens ist, dass die Zahl der lebenden Ordensträger auf 2.000 begrenzt ist.

Hans Wölfle (li.) mit Ministerpräsident Horst Seehofer (re.) Bildnachweis: Bayerische Staatskanzlei/Rolf Poss

"Zwei Drittel aller Pflegebedürftigen in Bayern werden zu Hause in der Familie betreut. Die Pflege eines Angehörigen ist ein unschätzbar wertvoller Dienst der Nächstenliebe. Wer einen Menschen pflegt, stellt seine eigenen Bedürfnisse und Pläne oft hinten an. Dieser Einsatz verdient in besonderer Weise unsere Anerkennung. (…) Es ist mir ein wichtiges Anliegen, pflegende Angehörige so gut wie möglich zu unterstützen. Wichtig sind insbesondere ausreichend Beratungsstellen für Angehörige. Wir fördern daher rund 100 Fachstellen für pflegende Angehörige, in denen die Pflegenden psychosoziale Unterstützung erhalten."

Gesundheits- und Pflegeministerin Melanie Huml anlässlich des "Bayerischen Tags der pflegenden Angehörigen", der am 8. September 2016 im Bayerischen Landtag stattfand.

Damit Kliniken, Praxen und Pflegeheime sicherer werden – *Aktionsbündnis* Patientensicherheit schreibt ***Preis aus***

BERLIN – Eine bessere Sicherheitskultur in deutschen Gesundheitseinrichtungen zu schaffen – das ist zentrales Ziel des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e. V. (APS). Um sie weiter voran zu treiben, vergibt das Bündnis im Jahr 2017 zum vierten Mal den Deutschen Preis für Patientensicherheit. Die mit insgesamt 19 500 Euro dotierte Auszeichnung prämiert Best-Practice-Beispiele für mehr Patientensicherheit in Kliniken, Praxen, Pflegediensten, Apotheken sowie bei Healthcare-Anbietern, Verbänden, Gesundheitsämtern und Krankenkassen. Die Bewerbungsfrist endet am 15. November 2016. Den Preis schreibt das Aktionsbündnis Patientensicherheit zusammen mit der Aesculap Akademie, der Ecclesia Versicherungsdienst GmbH, der MSD SHARP & DOHME GMBH und dem Georg Thieme Verlag aus.

„Wir möchten mit dem Deutschen Preis für Patientensicherheit ein Zeichen für mehr Behandlungssicherheit setzen“, so Hedwig François-Kettner, die 1. Vorsitzende des APS. „Anhand von wirksamen Lösungsansätzen – beispielsweise aus dem Praxis- und Klinikalltag – können Gesundheitsinstitutionen zeigen, wie Fehler vermieden werden können.“ Die prämierten Maßnahmen sollen anderen Einrichtungen als Inspiration und Vorbild dienen. Neben der Patientensicherheit steht auch das Risikomanagement im Mittelpunkt: Zu diesen Themen werden nachhaltige Best-Practice-Beispiele und praxisrelevante Forschungsarbeiten gesucht. Dazu gehören etwa Methoden zur Verbesserung der Arzneimitteltherapiesicherheit, zielgerichtete Aus-, Fort- und Weiterbildungen für medizinische Berufsgruppen, Ideen zur Optimierung der Infrastruktur und Ablauforganisation sowie Modelle für eine patientenfokussierte Kommunikation. „Die teilnehmenden Gesundheitseinrichtungen sind eingeladen, ihr ganzes Spektrum rund um Patientensicherheit einzubringen“, betont François-Kettner.

Der erste Platz ist mit 10 000 Euro, der zweite mit 6000 Euro und der dritte Platz mit 3500 Euro dotiert. Das APS verleiht den Deutschen Preis für Patientensicherheit auf seiner 12. Jahrestagung, die vom 4. bis 5. Mai 2017 in Berlin stattfindet. Wer Preisträger wird, entscheidet eine fachkundige Jury aus Pflege, Ärzteschaft, Apotheke, Selbsthilfe, Kostenträger und Patientensicherheitsforschung gemeinsam mit Vertretern der Initiatoren. Einsendeschluss ist der 15. November 2016. Hinweise zur Bewerbung stehen unter: www.aps-ev.de/deutscher-preis-fuer-patientensicherheit

Über das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V.:

Vertreter der Gesundheitsberufe, ihrer Verbände, der Patientenorganisationen sowie aus Industrie und Wirtschaft haben sich im Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. zusammengeschlossen, um eine gemeinsame Plattform zur Verbesserung der Patientensicherheit in Deutschland aufzubauen. Zusammen entscheiden und tragen sie die Projekte und Initiativen des Vereins.

Das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. wurde im April 2005 als gemeinnütziger Verein gegründet. Es setzt sich für eine sichere Gesundheitsversorgung ein und widmet sich der Erforschung, Entwicklung und Verbreitung dazu geeigneter Methoden.

Mehr Informationen finden Sie unter ***www.aps-ev.de***

WOHNGEMEINSCHAFT FÜR MENSCHEN MIT BEATMUNG IN NESSELWANG

ZIMMER

6 große Einzelzimmer mit eigenem Bad und Eingangsbereich, fast ausschließlich mit eigenem Balkon

GEMEINSCHAFTSBEREICH

Weiträumiger Wohn- und Essbereich mit vollausgestatteter Küche | Hauswirtschaftsraum mit Lagermöglichkeiten, Waschmaschine und Trockner | Weitere Lagermöglichkeiten in 4 Kellerabteilen

SANITÄRBEREICH

Geräumiges Badezimmer mit unterfahrbarer, freistehender, Lifter-geeigneter Badewanne und barrierefreier Dusche

STANDORT

Im Ortskern von Nesselwang | In den umliegenden Städten Kempten, Füssen, Kaufbeuren, Pfronten und Murnau zahlreiche Fachkliniken | Tiefgarage mit Parkplätzen

MIETE/ ZUZAHLUNGEN

Der Mietvertrag zwischen dem Mieter und Vermieter wird unabhängig vom Pflegevertrag abgeschlossen. Zusätzlich zur Miete wird eine monatliche Reinigungspauschale erhoben.

Pflegerische Leitung der Wohngemeinschaft:
Herr Andreas Pröbstle

Steinach 3 | 87484 Nesselwang
Tel.: 089 / 189 41 35 – 0 | Fax: 089 / 189 41 35 - 30
uhg@heimbeatmung.com

Ein täglicher Begleiter für Fragen rund um die Ernährung

Ernährung ist für den Menschen elementar. Dies hat schon Hippokrates erkannt. Er sagte vor mehreren tausend Jahren: „Eure Nahrungsmittel sollen eure Heilmittel, und eure Heilmittel sollen eure Nahrungsmittel sein“.

Leider beobachte ich in meiner beruflichen Laufbahn immer wieder, dass das Thema Ernährung im Bereich der Therapie und Pflege sehr stiefmütterlich behandelt wird. Die Ernährungswissenschaft ist eine sehr junge Fachdisziplin. Sie benötigt Wissen aus Biologie, Physik und Chemie. Dies macht es schwierig, alle Zusammenhänge immer sofort zu erkennen.

Das Wissen zum Thema Ernährung ist in den letzten Jahren sehr stark angewachsen. Deshalb war eine Neuauflage des Buches „Ernährung – Physiologische Grundlagen, Prävention, Therapie“ überfällig. Der Anspruch der Autoren Andreas Hahn, Alexander Ströhle und Maike Wolters ist es, mit dieser nunmehr 3. völlig neu bearbeiteten und erweiterten Auflage, einen „täglichen Begleiter“ zu schaffen, bei dem keine Frage offen bleibt. Das über 1000 Seiten starke Buch ist in vier Teile gegliedert. Jedem Teil ist ein kurzer Abriss zur Entwicklung der Ernährungswissenschaft und ihren Verknüpfungspunkten zu anderen Disziplinen vorangestellt.

Der erste Teil befasst sich mit den Ernährungsphysiologischen Grundlagen. Hier werden Makro-und Mikronährstoffe genauer unter die Lupe genommen. Auch über sekundäre Pflanzenstoffe und Antioxidantien erfährt der Leser wichtige Details.
Im zweiten Teil werden lebensmittelwissenschaftliche Aspekte beleuchtet. Von der Bedeutung der Lebensmittel, über toxische Lebensmittelinhaltsstoffe bis hin zu funktionellen Lebensmitteln und Nahrungsergänzungsmitteln vermittelt das Buch ein breites Wissen.
Der dritte Teil befasst sich mit angewandter Humanernährung. Er beginnt mit den Anforderungen an eine gesundheitsfördernde Ernährung. Praktische Möglichkeiten zur Ermittlung des Ernährungsstatus und der Nährstoffzufuhr helfen, sich einen Überblick über die Ernährungssituation des Patienten zu verschaffen. Der Regulation der Nahrungsaufnahme wird auf neun Seiten ausführlich beschrieben.
Ernährung für ausgewählte Personengruppen und alternative Ernährungsformen werden in guter Übersicht erklärt. Auch auf enterale und parentale Ernährung wird auf 14 Seiten eingegangen. Weitere 20 Seiten geben eine Übersicht über die Interaktion zwischen Arzneimitteln und Nahrungsmitteln. Hier wird speziell auf ältere Menschen und chronisch Kranke eingegangen. In einem umfangreichen Kapitel wird die Beziehung zwischen der Ernährung und dem Immunsystem erläutert.

Der letzte Teil des Buches, der ungefähr ein Drittel des Gesamtwerks ausmacht, befasst sich mit ernährungsassoziierten Krankheiten. In 18 Kapiteln werden die klassischen ernährungsbedingten Erkrankungen (metabolisches Syndrom, Diabetes, Karies, Gicht usw.) sowie andere Erkrankungen (rheumatische Erkrankungen, Nierenerkrankungen, chronisch entzündliche Darmerkrankungen, Zöliakie usw.) genauer analysiert. Von der Definition über die Pathogenese bis hin zur Diagnosestellung und natürlich Präventions- und Therapiemöglichkeiten erhält der Leser alle wichtigen Informationen. Auch Lebensmittelunverträglichkeiten und Lactoseintoleranz werden sehr ausführlich behandelt.

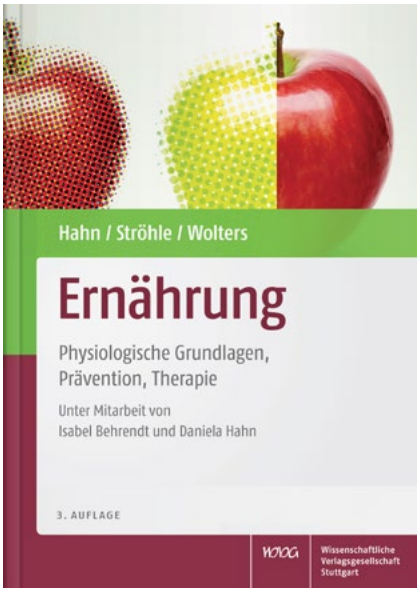
Alle Kapitel enthalten übersichtliche Grafiken, Tabellen, hervorgehobene Merksätze und griffige Zusammenfassungen. Diese geben dem Buch eine klare Struktur. Jedes Kapitels schließt mit einer Aufstellung über weiterführende Literatur. Auch auf Studien wird, wo es passt, eingegangen. Der Schreibstil ist wissenschaftlich und dennoch flüssig lesbar.

Den Anspruch, den die Autoren hatten, haben sie aus meiner Sicht sehr gut erfüllt. Das 1182 Seiten umfassende Standardwerk lässt im pflegerischen und therapeutischen Alltag keine Fragen offen. Deshalb ist es für Ärzte, Ernährungsberater und interessierte Fachpflegekräfte, die dem Thema Ernährung in Bezug auf Gesunderhaltung und Gesundwerdung einen hohen Stellenwert zuschreiben, aus meiner Sicht ein „Must-Have“.

Hahn, Andreas / Ströhle, Alexander / Wolters, Maike
Ernährung
Physiologische Grundlagen, Prävention, Therapie
3., völlig neu bearbeitete und erweiterte Auflage 2016.
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart

ISBN 978-3-8047-2879-0
EUR 88,90

Claudia Müller
Niederlassungsleiterin
Fachwirtin im Sozial- und Gesundheitswesen



3. Berliner Pflegekonferenz -

Den demographischen Wandel gemeinsam meistern:

TOKIO und BERLIN stehen vor gleichen Herausforderungen!

Auf der Berliner Pflegekonferenz am 8. und 9. November 2016 im Westhafen Event und Convention Center (WECC) in Berlin werden innovative Lösungsansätze und Pflegeprojekte auch mit Vertretern aus dem diesjährigen Partnerland Japan diskutiert.

Die Sicherung einer guten, finanzierbaren und menschwürdigen Pflege ist eine der zentralen Herausforderungen unserer alternden Gesellschaft. Hierfür Lösungen aufzuzeigen, ist das erklärte Ziel der Berliner Pflegekonferenz, auf der sich Experten und Entscheidungsträger aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft sowie professionell Pflegende und pflegende Angehörige zu wichtigen pflegebezogenen Themen austauschen und ihre Ideen und Erfahrungen präsentieren.

Partnerland Japan: Pflegerobotik und andere Innovative Pflegelösungen

Mit seinem nach deutschem Vorbild errichteten Sozialversicherungssystem und vergleichbarer demographischer Entwicklung muss sich Japan ähnlichen Herausforderungen stellen wie Deutschland. „Wir freuen uns sehr, in diesem Jahr Japan als Partnerland gewonnen zu haben", so Yves Rawiel, Geschäftsführer von spectrumK und zugleich Initiator der Berliner Pflegekonferenz. „Ich bin überzeugt, dass wir die Herausforderungen des demografischen Wandels nur gemeinsam meistern können. Ein zentrales Anliegen dieser Konferenz ist es daher auch, unterschiedliche Herangehensweisen kennenzulernen. Nur so wird es gelingen, uns für neue unkonventionelle Lösungsansätzen zu öffnen, um diese für uns nutzbar zu machen", erklärt Rawiel.

Fachkräftemangel, Pflegebedürftigkeit und Stärkung der Kommunen

Darüber hinaus stehen aktuelle Fragen aus der Pflegepraxis im Fokus der Konferenz. Wie steht es um den viel beschworenen Pflegenotstand und kann die Neuausrichtung der Pflegefachausbildung den akuten Fachkräftemangel beheben? Wie sieht eigentlich eine „kultursensible" Pflege aus? Wie können digitale und andere Technologien dazu beitragen, eine möglichst lange häusliche Pflege zu ermöglichen? Auch der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff und dessen Auswirkungen auf die Praxis in der Pflegeversicherung sowie die neue Rolle der Kommunen durch das Pflegestärkungsgesetz III werden diskutiert.

Gabriel und Laumann unterstützen als Schirmherren Pflege-Innovationspreise

Höhepunkt des von spectrumK in Kooperation mit dem Deutschen Städte- und Gemeindebund und den Spitzenverbänden der Betriebs- und Innungskrankenkassen ausgerichteten Events bilden die feierlichen Preisverleihungen: Unter der Schirmherrschaft von Karl-Josef Laumann, Staatssekretär des Bundesministeriums für Gesundheit, werden innovative Pflegeprojekte mit dem Marie Simon Pflegepreis ausgezeichnet. Darüber hinaus werden Unternehmen, die sich in besonderer Weise um die Vereinbarkeit von Beruf und Pflege verdient gemacht haben, mit dem Otto Heinemann Preis gewürdigt. Für diesen Preis hat Vizekanzler und Bundeswirtschaftsminister Gabriel die Schirmherrschaft übernommen, um angesichts des wachsenden Bedarfs an qualifizierten Fachkräften innovative und zukunftsweisende Konzepte in Unternehmen zur Vereinbarkeit von Beruf und Pflege zu fördern. Weitere Informationen unter www.berliner-pflegekonferenz.de.

Wann: 8. und 9. November 2016
Wo: WECC, Westhafenstr. 1, 13353 Berlin
Anmeldung unter: www.berliner-pflegekonferenz.de/anmeldung/

Veranstalter:
spectrumK ist ein Full-Service-Gesundheitsdienstleister für gesetzliche Krankenkassen und bietet eine breite Produktpalette mit den Kernkompetenzen in den Bereichen Versorgung und Verträge sowie Beschaffung und Pflege. Er unterstützt umfassend bei der Erstellung von Datenanalysen und bietet spezielle IT-Lösungen an.

Messen - Kongresse - Fortbildungen

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

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

Oktober 2016

4. Oktober 2016 | Augsburg
Wundmanagement
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und *www.ihcc.mobi*

6. Oktober 2016 | Emmering
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
Nähe 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

17. bis 21. Oktober 2016 | München
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)"
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und *www.ihcc.mobi*

17. 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*

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

27. bis 28. Oktober 2016 | Berlin
6. Berliner Pflegekongress 2016
http://www.rrc-congress.de/598-0-6-Berliner-Pflegekongress-2016.html

28. bis 29. Oktober 2016 | München
9. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress
www.maik-online.org

MAIK
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

November 2016

5. November 2016 | Jena
7. Jenaer Intensivmedizinisches Symposium
http://hul.de/veranstaltung/7-jenaer-intensiv-medizinisches-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. 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

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,
Mail: zehra.oezerol@teleflex.com

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

Dezember 2016

6. Dezember 2016 | Augsburg
Beatmungsmanagement Complete
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und *www.ihcc.mobi*

12. bis 16. Dezember 2016 | Bad Kissingen
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)"
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

23. bis 27. Januar 2017 | Unterhaching
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

3. bis 4. Februar 2017 | Aichach
„Teihabe orientierter Umgang mit Trachealkanülen“ mit Herrn Dr. med. Paul Diesener, Veranstaltung in Zusammenarbeit mit dem Dysphagie Netzwerk Südwest.
Anmeldung und Auskünfte:
Frau Annette Vogt
praxis@logopaedie-vogt.de

06. bis 10. Februar 2017 | Bad Kissingen
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

9. bis 11. Februar 2017 | Stuttgart-Fellbach
13. Stuttgarter Intensivkongress
www.mcn-nuernberg.de/externeseiten/13_sik/index.php

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

8. bis 10. März 2017 | Würzburg
8. ICW-Süd/HWX-Kongress.
Das X steht 2017 für Evidenz vs. Erfahrung.
http://www.institutschwarzkopf.de/7-icw-sued-hwx-kongress/

20. bis 24. März 2017 | Leonberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

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

23. bis 25. März 2017 | Berlin
Deutscher Pflegetag 2017
https://deutscher-pflegetag.de/

24. bis 28. April 2017 | Kerpen
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

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

4. Mai 2017 | Bochum
Junge Pflege Kongress
http://junge-pflege.de/index.php?option=com_content&view=article&id=146&Itemid=67

8. bis 12. Mai 2017 | Unterhaching
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

17. bis 20. Mai 2017 | Ulm
30. Jahrestagung der DMGP Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegie
„Auch mit Querschnittlähmung geht es weiter!“ Eine Standortbestimmung gestern, heute und morgen.
http://www.dmgp.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

26. bis 30. Juni 2017 | Bad Kissingen
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

10. bis 14. Juli 2017 | Leonberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

4. bis 8. September 2017 | Kerpen
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

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

25. bis 29. September 2017 | Unterhaching
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

9. bis 13. Oktober 2017 | Leonberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

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

6. bis 10. November 2017 | Bad Kissingen
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

27. Nov bis 1. Dez 2017 | Unterhaching
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
info@ihcc.mobi und www.ihcc.mobi

Impressum <<

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

Pia Zimmermann, MdB, Dorothee von Zobel, Christoph Jaschke, Ottmar Miles-Paul, Oliver Jünke, Klaus-Dieter Neander, Matthias Küffner, Tina Jahns, Ellen Kraske, Michael Dickas-Henkel, Marcel Renz, Werner Fulle, Sarah Hellwig, Dennis Greiling, Christian Müller, Danuta Borde, Carsten Jehle, Meike Grimm, Nicolin Bähre, Susanne Stark, Adrian Kaunzinger, Jan Grill, Doris Marx-Ruhland, Yvonne Schirm, Christiane Gödecke, Alexandra Eyrich, Daniela Jentsch, Marion Geier, Dr. Peter Radtke, Claudia Müller, Dr. Paul Diesener, Isabell Schmider, Birgit und Andreas Bittel, Stephan Kroneder

www.keller-medical.de | www.das-dysphagiezentrum.de | www.heimomed.com | www.klinikum.uni-muenchen.de
www.aps-ev.de | www.fahl.de | www.hul.de | www.k-taping.de | www.radiometer.de | www.aromaseminare.de
https://bayern.aok.de | www.stiftung-patientenschutz.de | http://www.dgim.de/ | www.bhkev.de
www.kinderhospiz-balthasar.de |www.lebenshilfe.de | www.smiths-medical.com | www.weg-mit-den-barrieren.de
http://www.dzh-online.de/ | www.resmed.de | www.berliner-pflegekonferenz.de | www.als-mobil.de | www.renevanroll.de
www.aip-akademie.de | www.waertvollt-liewen.lu | www.digab.de | http://deutschefachpflege.de/
www.institutschwarzkopf.de | http://www.keller-medical.de/ | https://www.wkm-medizintechnik.de/
https://www.nutricia.de

Anzeigenleitung: Sebastian Herele
Grafik und Layout: Sarah Kriegbaum, Grafik-Design
Druck: Laserline Druckzentrum Berlin KG

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.

GEPFLEGT
DURCHATMEN

Bitte nehmen Sie mich in den Verteiler für ein kostenloses Abonnement der Fachzeitung **GEPFLEGT DURCHATMEN** auf.

Bitte ankreuzen

☐ dienstlich ☐ privat

Name/Vorname

E-Mail

ggf.: Institution/ Einrichtung/Unternehmen

Straße/ Hausnummer oder Postfach

PLZ/ Ort

Datenschutzhinweis: Die erhobenen Daten werden ausschließlich zur Verwaltung des Abonnements verwendet und nach Beendigung dessen gelöscht.

Bitte schicken Sie diesen Abschnitt per Fax oder per Post an:

Heimbeatmungsservice
Brambring Jaschke GmbH
Ottobrunner Straße 43
82008 Unterhaching

Fax: 089 / 540 42 68 30

Sie können das Abonnement auch gern bestellen unter:
www.gepflegt-durchatmen.de

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

LÖWENSTEIN medical

EO-150 - Entdecken Sie die neue Mobilität mit höchstem Komfort im klinischen & außerklinischen Bereich.

HOMECARE
Pneumologie
Neonatologie
Anästhesie
Intensivbeatmung
Schlafdiagnostik
Service
Patientenbetreuung

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