GEPFLEGT DURCHATMEN

Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

#37 | Juli 2017

GEPLANTES ANLEITEN - LERNPROZESSBEGLEITUNG

SCHUTZ FÜR FAMILIEN VON PFLEGEBEDÜRFTIGEN

MRSA-SANIERUNG IN DER HÄUSLICHKEIT

WERTSCHÄTZUNG IN DER PFLEGE

>> Editorial

Liebe Leserinnen und Leser,

wie es aussieht, konnten inzwischen einige der Abrechnungsbetrüger in der außerklinischen Intensivpflege dingfest gemacht werden. Es bleibt zu hoffen, dass sie zur Verantwortung gezogen werden und nie mehr in unserem Bereich tätig sein dürfen. Nicht vom Tisch ist hingegen der immense Schaden, den sie unserer Branche zugefügt und wie viel Vertrauen sie zerstört haben.

Wir beginnen deshalb diese Ausgabe mit Berichten darüber, welche Initiativen Entscheider in der außerklinischen Intensivversorgung ergriffen haben, um endlich so etwas wie ein Zusammengehörigkeitsgefühl zu wecken. Wir müssen uns zusammentun unter dem einenden Ziel, Lebensqualität und eine bestmögliche Versorgung außerklinisch beatmeter Kinder und Erwachsener zu realisieren.

Und dies geschieht bereits Tag um Tag und zeigt sich in vielen Teilbereichen. So schildert eine junge Praxisanleiterin eindrucksvoll, wie penibel sie Pflegeschülerinnen instruiert, ein Hygienebeauftragter informiert über die zu beachtenden Details der MSRA-Sanierung und ein Medizintechnikbeauftragter erklärt die neue Gesetzeslage. Sekretmanagement bei neurologischen Erkrankungen, die Erfassung der Ernährungssituation beim ambulanten Intensivpatienten und was tun, wenn ein Kinderintensivpflegedienst beobachtet, dass das Wohl eines Kindes missachtet wird?

Es ist faszinierend, aus wie vielen Bausteinen sich die Lebensqualität der Betroffenen, ihre Sicherheit in der außerklinischen Versorgung und die Qualität der Pflege zusammensetzt. Und nicht minder beeindruckend ist, mit welch einer Begeisterung und mit welch großem Engagement die Ärztin, der Arzt, Pflegende, Hygieniker, Provider, Selbsthilfegruppen ... jeder von seiner Position aus, etwas zum großen Ganzen beiträgt. Diese Ausgabe zeigt, wie weit doch schon die Kommunikation zwischen den beteiligten Berufsgruppen und den Menschen, die sie versorgen, gediehen ist. Hier wird Wertschätzung, wie sie in einem langen Artikel thematisiert wird, tatsächlich vielerorts schon gelebt. Genau hier müssen wir anknüpfen und gemeinsam für das selbstbestimmte Leben trotz Beatmung kämpfen.

In diesem Sinne herzliche Grüße!

Ihre Dr. Maria Panzer
Redaktionsleitung

Dr. Maria Panzer

Wie gefällt Ihnen diese neue Ausgabe? Bitte schreiben Sie an *maria.panzer@ihcc.mobi*

Editorial

Politik

>> Außerklinische Intensivpflege in der Diskussion | 4
>> Forderungen an die Politik | 6
>> Die Zukunft des Gesundheitswesens | 7
>> Wer trägt die Verantwortung? | 8
>> Willkür vs. Wahlfreiheit | 9
>> Soziale Spaltung stoppen | 10
>> Schutz für Familien von Pflegebedürftigen | 11

Fachgesellschaft

>> Neues aus der DIGAB | 12
>> Auch mit Querschnittlähmung geht es weiter | 18

MAIK >> 20

Pflege

>> PSG 3 - eine erste Bilanz | 22
>> Eine starke Pflege weist den Weg | 24
>> Die Pflege hat die Wahl | 26
>> Neues aus dem Zentrum für Qualität der Pflege | 28
>> Geplantes Anleiten - „Lernprozessbegleitung“ | 30
>> Portrait Dr. Schneiderat | 34
>> Wertschätzung - Die Grundlage des pflegerischen Handelns | 36

Medizin

>> Sekretmanagement bei neurologischen Erkrankungen | 42

Hygiene

>> Gefahr: Antibiotika-Resistenzen | 46
>> MRSA-Sanierung in der Häuslichkeit | 48
>> 5. HWX-Kongress in Würzburg | 50

Ernährung

>> Die Erfassung der Ernährungssituation beim ambulanten Intensivpatienten | 52

Kinder

>> Schutzauftrag eines Kinderintensivpflegedienstes | 56
>> Sozialmedizinische Nachsorge | 58
>> Dr. Wollinsky wird DIGAB-Ehrenmitglied | 59
>> Stiftung Noah | 60
>> Kinderlähmung | 61

Betroffene

>> Nathalies Glückskuchen | 62
>> Wege zu mehr Lebensqualität | 64
>> Locked-in Syndrom - LIS e.V. | 65
>> Studieren mit Behinderung | 66
>> Empowerment - was ist das? | 67

Medizintechnik >> 70

Mitarbeiter >> 72

Rezensionen >> 73

Stellenmarkt >> 79

Messen - Kongresse - Fortbildungen >> 82

AUSSERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE IN DER DISKUSSION

Wichtige Impulse setzte in den vergangenen Monaten Vincentz Network mit Veranstaltungen zur außerklinischen Intensivpflege. Bei der „Entscheider-Konferenz 2.0: Außerklinische Intensivpflege und das PSG III“ in Berlin am 21. März 2017 waren Äußerungen zu hören, die um den Weiterbestand der außerklinischen Intensivpflege fürchten ließen. Und diese Diskussion wurde, mit z.T. anderen Teilnehmern, bei der ALTENPFLEGE 2017 am 25. bis 27. April 2017 in Nürnberg fortgesetzt.

Es ist nicht so, dass sich fast alles nur noch um die Umsetzung der Pflegestärkungsgesetze dreht. Zwar wurden schon bei etlichen Pflegediensten die Abrechnungen überprüft, doch längst gehen im Hintergrund die Überlegungen seitens der Politik weiter. Und dies offensichtlich grundsätzlicherer Art. Das war eine Erkenntnis aus der Veranstaltung in Berlin, und sie erhärtete sich in Nürnberg. Darauf ging in seinem Grundsatzreferenten in Berlin und Nürnberg Prof. Ronald Richter, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Steuerrecht und Professor für Sozialrecht und Lehrbeauftragter an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften (HAW), Hamburg, ein. Er forderte die Branche auf, geschlossen gegenüber der Politik aufzutreten. Denn was diese in der kommenden Legislaturperiode im Falle eines Wahlsieges vorhat, könne aus der Begründung des PSG III bereits herausgelesen werden. Es sei ein Leichtes, Passagen daraus dann in einen neuen Gesetzesentwurf zu übernehmen. Für die außerklinische Intensivpflege könnte dies gravierende Folgen haben.

Derweil führen Leistungserbringer und Leistungsträger weiterhin zähe Verhandlungen. Oftmals geht es um die Anerkennung einer Vielzahl von notwendigen Ausgaben, die ambulante Pflegedienste schultern müssen, z.B. für die Qualifizierung der Mitarbeiter, für die Suche nach Fachpersonal, für dessen adäquate Bezahlung, für ein selbstbestimmtes Leben der Klienten. Die Kassen erklären sich für nicht zuständig, und außerdem sei der geforderte Preis zu hoch.

Obwohl diese Ausgaben klar nachgewiesen werden und Qualität nun einfach ihren Preis hat, gibt es immer irgendeinen anderen Anbieter, der für seine Dienstleistung in der außerklinischen Intensivpflege weniger verlangt. Wissend, dass man für einen so niedrigen Preis keine hohe Qualität erwarten kann, schließen die Krankenkassen dennoch Verträge mit diesen Billiganbietern ab. Und ihnen werden dann schwerstkranke Menschen anvertraut! Um trotz des niedrigen Preises Gewinne zu machen, fährt man dann obskure Versorgungsmodelle wie z.B. Pseudo-Wohngemeinschaften, Versorgungsformen mit Heimcharakter, die aber als ambulante Pflege abgerechnet werden. Wenn dann solche Unternehmen auffliegen oder wenn Politiker so etwas bei ihren Touren durch diverse Pflegeeinrichtungen und -modelle sehen, sind sie schockiert. So wurde bei der Entscheiderkonferenz tatsächlich gesagt, die 1:1-Versorgung von intensivpflegebedürftigen Menschen hätte bei solchen Besuchen besonders schlecht abgeschnitten. Dass es solch miserable Versorgungen gibt, empört uns alle.

Es geht hier nicht um einseitige Schuldzuweisungen. In einem System, in dem alles nur noch auf das Monetäre ausgerichtet wird, bleibt notgedrungen das Menschliche auf der Strecke. Schwarzen Schafen in der Branche geht es nur um Geld, und dafür nutzen sie die Notlage schwerstkranker Menschen skrupellos aus. Damit haben sie unsere Branche schwer beschädigt. Jeder, der es mit der Pflege von Menschen ernst meint und der sich für Menschenrechte einsetzt, möchte diesen Unternehmen das Handwerk legen. Da sind wir uns mit der Politik einig.

Aber, und das wurde bei der Konferenz auch deutlich, wir ziehen andere Schlüsse als die Politik daraus. Aus unserem engen Kontakt mit den Betroffenen und ihren pflegenden Angehörigen, mit relativ selbständig lebenden Menschen mit Beatmung, mit Eltern schwerstkranker Kleinkinder und Kinder wissen wir, dass die Unterbringung in einer stationären Einrichtung keine Lösung ist. Im Gegenteil. Zur Lebensqualität gehört es, nach vielen Klinikaufenthalten, ein Leben mit möglichst großer Privatsphäre und Selbstbestimmung führen zu können. Die außerklinische Intensivversorgung war ja gerade dem Wunsch vieler Menschen entsprungen, endlich die Kliniken und stationären Einrichtungen verlassen zu können!

„Politik trifft Außerklinische Intensivpflege“ – so etwas gab es in den letzten Jahrzehnten kaum. Die Diskussionsrunde mit der Politik war deshalb überfällig und muss fortgesetzt werden. Ja, es gab Gemeinsamkeiten, wie z.B. die Skepsis, ob man Missstände tatsächlich „wegkontrollieren“ kann und dass es ohne eine adäquate Bezahlung der Pflegenden nicht geht. Es ist höchste Zeit, dass wir der Politik zeigen, was gute Pflege ist und was bei guter Intensivpflege für die Menschen, trotz schwerster Beeinträchtigungen, möglich ist. Und es gilt zu zeigen, welch engagierte Menschen diese Pflege tagtäglich leisten.

Und daran gilt es weiter zu arbeiten:

1. Jede Versorgung ist individuell, jeder Klient ist anders. Deshalb sollte die Diagnose eines Klienten bei der Vergütungsverhandlung und beim Personalschlüssel berücksichtigt werden.

2. Jedes Unternehmen ist anders. Deshalb müssen Besonderheiten wie Struktur, Anzahl der 1:1-Versorgungen, Wohngemeinschaften (mit wie viel Bewohnern!), Besonderheiten bei den Klienten, ländlicher oder städtischer Bereich (in welchem Bundesland) etc. in die Berechnungsgrundlage einfließen.

3. Da die außerklinische Intensivversorgung längst nicht mehr ein „Nischendasein“ führt, sollte sie von Grund auf neu geregelt werden. Ideal wäre eine Verortung im SGB V.

Die Branche muss sich formieren und verdeutlichen, dass unter einem bestimmten Preislevel eine qualitativ gute Versorgung unmöglich ist. „Drunter geht’s nicht!“, unter diesem Motto müssen sich die Anbieter außerklinischer Intensivversorgung solidarisieren. Nur dann kann die Preisabwärtsspirale gestoppt werden. Ohne gemeinsames Handeln ist die außerklinische Intensivversorgung ernsthaft in Gefahr. Denn noch immer steht unwidersprochen die Feststellung von Karl-Josef Laumann, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung, im Raum: "Ich glaube, dass die Intensivpflege nicht in Privatwohnung gehört".

Christoph Jaschke

1

2

3

4

5

1. Rechtsanwalt **Prof. Ronald Richter**
2. **Erwin Rüddel**, MdB, pflegepolitischer Sprecher der CDU/CSU-Fraktion im Deutschen Bundestag
3. **Pia Zimmermann**, MdB, pflegepolitische Sprecherin der Fraktion DIE LINKE
4. **Hans-Joachim Fritzen**, Geschäftsführer Pflege der AOK Nordost – Die Gesundheitskasse
5. **Elisabeth Scharfenberg**, MdB, Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/ Die Grünen (li.), **Christoph Jaschke**, Geschäftsführer Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH (re.)

NETZWERKEN ZUM WOHLE DER KLIENTEN

Am 23. Mai 2017 hatte die IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH zu ihrem ersten Experten-Forum „Netzwerken zum Wohle der Klienten“ eingeladen. Über mehrere Stunden dauerten die gemeinsamen Überlegungen darüber. Ausgangspunkt war die Frage, wie real die Gefahr einer Umkehr von stationär zu ambulant für die betroffenen Kinder und Erwachsenen ist. Und sind sich die Betroffenen dieser Tatsache bewusst, dass sie die Hauptleidtragenden sein werden?

Schon jetzt werden von den Krankenkassen die Leistungen für die außerklinische Intensivpflege immer weiter heruntergefahren. Gut ausgebildetes Personal ist kaum mehr zu finden und kann nicht adäquat bezahlt werden. Auch die Fort- und Weiterbildung wird allein den Anbietern außerklinischer Intensivpflege überlassen. Dabei ist, darin waren sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer des 1. Experten-Forums einig, genug Geld im System. Was fehlt, ist eine saubere und transparente Finanzierung der Leistungen außerklinischer Intensivpflege. Neue Wege einer konstruktiven Zusammenarbeit sind überfällig. Natürlich sind sie sich der Tatsache bewusst, dass die Krankenkassen dem Wirtschaftlichkeitsprinzip unterliegen. Aber warum gibt es keine sachlichen Verhandlungen auf Augenhöhe, bei denen man einander wirklich zuhört? Warum sitzt man nicht miteinander am Verhandlungstisch und – soweit möglich – gemeinsam mit dem entlassenden Arzt, dem weiterversorgenden Hausarzt, dem Provider, den Therapeuten, dem Betroffenen und/oder seinen Angehörigen und plant gemeinsam die bestmögliche Versorgung? Das wäre ein wahrer Durchbruch für neue Wege zum Wohle der Klienten!

Was leisten Anbieter außerklinischer Intensivpflege und was würde es für die Betroffenen bedeuten, gäbe es diese spezielle Form der Pflege nicht mehr? Die Teilnehmer/innen des 1. Experten-Forums haben sich entschlossen, dies, auch auf die Gefahr hin, dass sie sich wiederholen, kurz und knapp zu erklären. Entsprechende FAQs werden in Kürze veröffentlicht. Hier ein Überblick über das, was außerklinische Intensivpflege ausmacht:

1. Schwerstkranke Kinder und Erwachsene leben im Kreis ihrer Familie

2. Psychosoziale Unterstützung der Familienangehörigen

3. Beatmete Menschen, oft noch sehr jung, können aktiv ihr Leben gestalten

4. Besuch von Kindergarten, Schule, Ausbildungsplatz, Universität sowie Arbeitsplatz

5. Sicherheit, weil geschulte Pflegekräfte bei einer Krise sofort reagieren zu können

6. Vermeidung langer kostspieliger Klinikaufenthalte

7. Verhinderung von strapaziöser und teurer Rehospitalisierung

8. Unterstützung der Entwöhnung vom Beatmungsgerät

9. Sterbebegleitung in Kooperation mit SAPV-Teams

10. Entlastung der Kliniken durch Übernahme ihrer Patienten

11. Unterstützung der Krankenkassen bei ihrem Sicherstellungsauftrag

12. Bewahrung der Würde schwerstkranker Menschen

13. Schaffung von sozialversicherungspflichtigen Arbeitsplätzen

14. Unterstützung innovativer Versorgungsprojekte

Die Anbieter außerklinischer Intensivpflege können stolz darauf zu sein, was sie seit mindestens zwei Jahrzehnten zur Lebensqualität für schwerstkranke Menschen beitragen und was die Pflegekräfte tagtäglich leisten. Es ist ja leider so, dass es jeden Menschen „treffen“ kann, d.h. er plötzlich nicht mehr eigenständig atmen kann. Insofern sollte es der Gesellschaft ein ganz besonderes Anliegen sein, sich in solch einem Fall auf die Pflege verlassen zu können.

Das 2. Experten-Forum „Netzwerken zum Wohle der Klienten“ findet am 12. Juli 2017 in Landsberg am Lech statt. Die Anmeldung ist jederzeit unter www.ihcc-akademie.de/angebote/experten-forum.html möglich.
Herzlich willkommen sind, natürlich zu Sonderkonditionen, Betroffene und ihre Angehörigen.

Die Zukunft des Gesundheitswesens

Ein Kommentar von Dieter Weber

Der Hauptstadtkongress fand in einem ansprechenden, überwiegend politisch geprägten Umfeld statt und das Programm bot viele pflegerelevante Themen. Auf mich machte es allerdings den Eindruck, dass kaum Pflegekräfte vor Ort waren, zumindest nicht in der Diskussionsrunde „Die Zukunft des Gesundheitswesens: Paritätische Finanzierung, Bürgerversicherung?“, moderiert von Ulf Fink (Kongresspräsident, Senator a.D.). Da Sabine Dittmar (MdB) direkt vor dem Vortrag ihre Teilnahme abgesagt hatte, blieb die Darstellung und „Verteidigung“ einer Bürgerversicherung oder einer „integrierten Versicherung“, wie sie Dr. Stefan Etgeton (Verbraucherzentrale Bundesverband, Bertelsmann Stiftung) gerne nannte, an ihm hängen. Er stellte eine Untersuchung der Bertelsmann Stiftung vor, die zu dem Ergebnis kommt, dass eine Überführung der PKV und der Beihilfe für Beamte in eine Bürgerversicherung, auch ohne Berücksichtigung der Altersrückstellungen der PKV, aufkommensneutral umzusetzen wäre.

Dem widersprachen praktisch alle anderen Diskutanten. Rudolf Henke, MdB (stellv. Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheit) machte als politischer Vertreter in erster Linie verfassungsrechtliche Bedenken geltend, gerade beim Umgang mit den Altersrückstellungen der PKV und führte umschweifend aus, wie wichtig verfassungsrechtliche Aspekte seien. Dr. Volker Hansen (Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände) legte in emotionaler Weise dar, dass auch er PKV-versichert sei und seine Altersrückstellungen auch nur ihm gehörten. Mit diesen will er dann auch machen was er möchte – keinesfalls aber möchte er dieses Geld an eine Bürgerversicherung „verlieren“. Auch versuchte er deutlich zu machen, dass die Beitragssätze in der PKV und GKV annähernd gleich anstiegen. Von Dr. Volker Leienbach (Verband Private Krankenversicherung e.V.) war nicht zu erwarten, dass er sich gegenüber einem Konzept Bürgerversicherung aufgeschlossen zeigte. So versuchte er, einen Anteil der medizinischen Innovation der PKV zuzuschreiben, ebenso wie den Leistungsumfang der GKV, den es in dieser Form nicht gäbe, wäre da nicht die Konkurrenz der PKV.

Wären mehr Pflegekräfte im Saal gewesen und nicht, wie ich vermute, die „Entscheider“ des Gesundheitswesens, hätte es weniger Applaus für die Position der PKV gegeben. Denn die wenigsten Pflegekräfte werden in den „Genuss“ der PKV kommen, da die Einkommensgrenzen schlicht zu hochgesteckt sind. Für dieses „gemeine Volk“, wie auch die Servicekraft hinter dem Tresen des CityCube Berlin oder den Handwerker in der Uckermark, stellt sich somit die Frage nach einer PKV-Versicherung oder deren Altersrückstellungen schlichtweg nicht. Angesichts des Fach-/Pflegekräftemangels und der inzwischen unerträglichen Arbeitsverdichtung im Pflegesektor, bei noch immer bescheidener Entlohnung, ist die fantasielose und ausschließlich eigene Pfründe sichernde Haltung und Diskussion beinahe unerträglich. Auch wenn Henke als höchster politischer Vertreter auf dem Podium verfassungsrechtliche Bedenken anführt, kann der politisch interessierte Zuhörer bestenfalls schmunzeln.

Beim Thema Datenschutz stört sich seine Partei nicht an verfassungsrechtlichen Bedenken von Fachleuten, zwischenzeitlich getroffenen Urteilen des Bundesverfassungsgerichts oder des Europäischen Gerichtshofes. Es ist also nebulöses „Politikgeplänkel“, sich jetzt ausgerechnet bei der Finanzierung unseres Gesundheitssystems hinter der Verfassung zu verstecken – nur um möglichst nicht über Alternativen nachdenken zu müssen. Auch Hansens Darstellung war wenig überzeugend. Die angebliche Belastung der Arbeitgeber durch das Entgeltfortzahlungsgesetz wird bei allen Dienstleistungen und Produktionskosten eingepreist – das zahlt doch auch die Allgemeinheit und richtig: Ohne Arbeitnehmer würde kein Unternehmen dieser Welt Umsatz und Ergebnis erwirtschaften. Leienbach war fast noch der sympathischste Vertreter: In seinen Beiträgen war wenigstens klar, welche Interessen er vertritt. Und wie den unwidersprochenen Äußerungen aller entnommen werden konnte, darf man über Bürgerversicherung, Einheitsversicherung oder Individualversicherung noch in zehn Jahren diskutieren – was zeigt, dass die Lobbyarbeit der privaten Krankenversicherer sehr erfolgreich ist.

Wird das unsere Gesellschaft weiterbringen? Wie daneben diese Diskussion ist, sieht man an der mit dem Publikum diskutierten Thematik, ob und wie der Arzt am Starnberger See mit überwiegend PKV-Versicherten, mehr Einkommen erzielt, als der Arzt in der Uckermark. Ist das wirklich ausschlaggebend oder nicht doch ein Problem, welches aufgrund der recht kleinen Gruppe betroffener Ärzte schlicht und einfach gelöst werden muss? An fehlender Lobby jedenfalls scheiterten Ärzte noch nie. Müsste es nicht vielmehr darum gehen, ob wir uns als Gesellschaft wirklich alle möglichen Leistungen unserer High-End-Medizin noch leisten können oder wollen? Warum müssen sich außerklinisch beatmete, in WGs lebende Patienten, von ihrem Pflegedienst jetzt schon sagen lassen, dass Selbstbestimmung und Teilhabe leider nicht von ihrer Kasse getragen werden – sie diese Grundrechte aufgrund ihrer Erkrankung verlieren? Und warum sagt ihnen das nicht der Leistungsträger selbst? Hier haben wir doch längst die Zweiklassenmedizin - oder schlimmer – die Zweiklassengesellschaft: Es entscheidet nicht der Versicherungsstatus PKV oder GKV, sondern allein, ob der Bürger erkrankt oder gesund ist! Die Probleme an der „Basis“ sind also banaler, aber einschneidender Natur. Es wäre demnach löblich, wenn sich Politiker aller Parteien damit auseinandersetzten und nicht weiter mit Nebelkerzen wie PKV versus GKV oder Mindestlohnverbesserungen für Pflegekräfte um sich werfen.

Vielleicht könnte man zur Abwechslung auch einmal den Pflegekräften zuhören!

WER TRÄGT DIE VERANTWORTUNG?

Ein Kommentar von Christoph Jaschke

Wir neigen dazu, die Verantwortung für Probleme nicht bei uns, sondern bei anderen zu suchen. Wer kennt nicht dieses reflexhafte Verhalten! Und nicht selten ist dies auch in der außerklinischen Intensivpflege zu beobachten. Tatsache aber ist, dass alle in der außerklinischen Intensivpflege tätigen Berufsgruppen ihren Anteil an der gegenwärtigen unbefriedigenden Situation haben.

Dem Versorgungsnetzwerk um den Betroffenen gehören viele Akteure an. Und es kommt auf jeden an. Wenn der entlassende Arzt, der Sozialdienst in der Klinik, der Hilfsmittellieferant oder der Pflegedienst einen Fehler gemacht, seine Fürsorgepflicht verletzt oder unrechtmäßig Gelder abgerechnet hat, führt dies in letzter Konsequenz immer zu einer schlechteren Versorgung der Betroffenen. Solche Fehler können auch in Versorgungsnetzwerken passieren, in denen die Akteure Wert auf die Qualität der Dienstleistung und sorgfältig zum Wohle der Patienten und Klienten arbeiten.

Ich sehe zwei große Gefahrenquellen:

1. *Die „legale" Ökonomisierung*, durch die Kliniken, medizintechnische Unternehmen und Pflegedienste zu reinen Renditemaschinen getrimmt werden. Folge wird sein, dass es nicht mehr lange eine humane menschenwürdige und gute Versorgung in der außerklinischen Versorgung geben kann.

2. *Machenschaften durch Akteure*, denen es mit vielerlei Tricks und Betrügereien immer wieder gelingt, die Gelder der Versicherten abzugreifen. Wenn es nur noch um Geld geht, wenn die Egomanie und die Gier nach Geld sich so weiterentwickeln, müssen wir davon ausgehen, dass die betroffenen Menschen, die so sehr unsere Hilfe benötigen, diese tatsächlich immer weniger erhalten.

Diese Entwicklung führt aber auch dazu, dass die Krankenkassen und die Politik den Dienstleistern zunehmend mit Misstrauen und Unverständnis begegnen. Sie führt dazu, dass den Dienstleistern in ihren Preisverhandlungen schlichtweg kein Glauben mehr geschenkt wird. Und sie führt dazu, dass die Politik wegschaut und darauf hofft, dass sich das Problem durch normalen Wirtschaftsdarwinismus von selbst erledigen werden.

Wir alle tragen die Verantwortung dafür, wenn Menschen zu Tode kommen, weil sie nicht fachgerecht versorgt werden. Wir alle tragen die Verantwortung dafür, wenn Menschen ihr Grundrecht auf Selbstbestimmung verwehrt wird. Wir alle tragen die Verantwortung dafür, dass die außerklinischen intensivpflege in Deutschland ein dubioses Image hat.

Wir müssen die Verantwortung übernehmen und uns Gedanken darüber machen, wie wir aktiv die Lage verbessern können. Bleiben wir passiv, laufen wir Gefahr, dass andere das Szepter übernehmen und wir schließlich gar keine Einfluss- und Gestaltungsmöglichkeiten mehr haben.

Wir haben keine Wahl: Wir alle müssen uns zusammentun, um dies zu ändern. Wir müssen unsere Qualitätsstandards zeigen, wir müssen zeigen, was wir für die Menschen tagtäglich leisten, wie wir uns für die Qualifizierung unserer Mitarbeiter ins Zeug legen, wie sehr uns die außerklinisch beatmeten Kinder und Erwachsenen am Herzen liegen und wie verantwortungsvoll wir Jahr um Jahr arbeiten, wie sehr wir uns um unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege kümmern, damit sie tagtäglich dieser psychisch und physisch anspruchsvollen Arbeit gewachsen sind.

Wir müssen das Versorgungsnetzwerk um die außerklinisch beatmeten Kinder und Erwachsenen stärken und neu gestalten. Die Akteure, die das Versorgungsteam um einen jeden Klienten bilden, müssen auf gleicher Augenhöhe, transparent und effektiv miteinander kooperieren. Sie müssen sich einig sein in ihren Qualitätsansprüchen und sollten in Fallkonferenzen ihr Tun gegenseitig überprüfen.

THEMA

NETZWERKEN ZUM WOHLE DER KLIENTEN

Ob ärztliche Versorgung, medizintechnische Ausstattung oder Verhandlungen mit Leistungsträgern – es gibt eine Vielzahl von Herausforderungen, vor denen Geschäftsführer, Führungskräfte und Mitarbeiter in Pflegediensten tagtäglich stehen.

Beim 2. Experten-Forum setzen wir den Austausch über aktuelle Fragen und die Planung konkreter Schritte fort, wie wir tragfähige Netzwerke zum Wohle Ihrer Klienten knüpfen können.

ZEIT 12.07.2017, 13 – 16 Uhr
ORT IHCC Akademie, Am Penzinger Feld 13, 86899 Landsberg am Lech
PREIS 45,00 € netto inkl. Getränke & Snacks

Bitte melden Sie sich bis 28.06.2017 hier an: www.ihcc-akademie.de/angebote/experten-forum.html

KONTAKT
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH | Christoph Jaschke
Ottobrunner Straße 41
82008 Unterhaching
Tel +49 (0)89 / 540 42 68 0
Fax +49 (0)89 / 540 42 68 30
Mail info@ihcc.mobi
www.ihcc.mobi

EXPERTEN-FORUM
AUßERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE

Willkür vs Wahlfreiheit

Ein Kommentar von Nicole Leuther

In den vergangenen 4 Jahren kam mein Mann häufig von der Arbeit nachhause und hat mich mit Tatsachen der außerklinischen Intensivpflege konfrontiert, die mich nach 17 Jahren und vielen Erlebnissen in der Wirtschaft tatsächlich noch sprachlos machten sogar zum Lachen brachten.

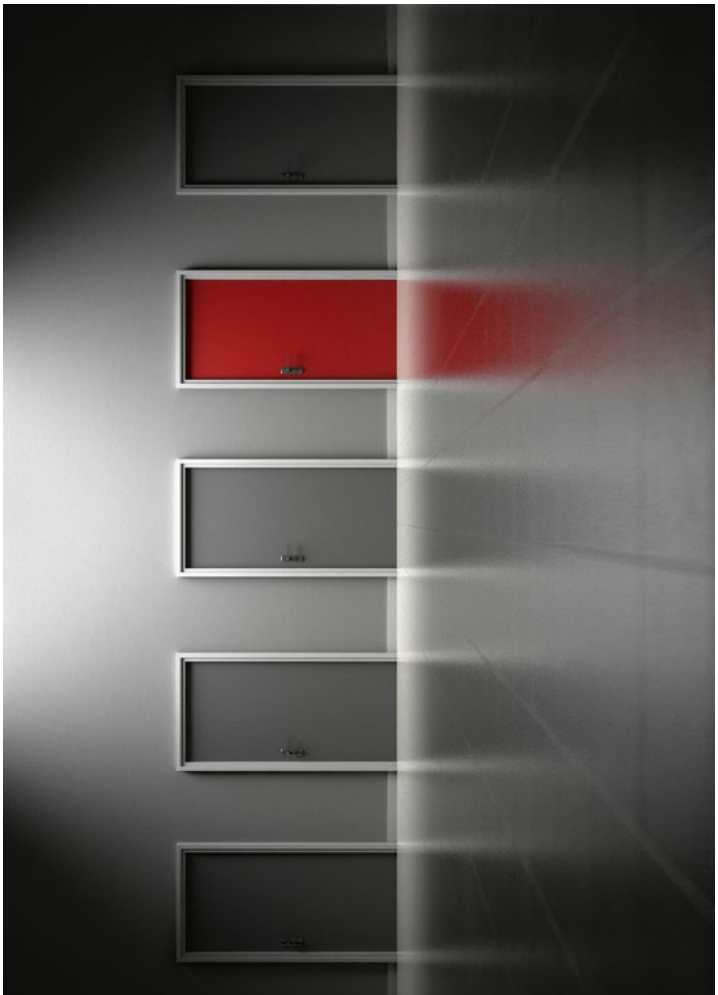
Als zertifizierter Personaldiagnostiker und aufgrund meiner langjährigen Erfahrung als strategische Managementberaterin bin ich ein Fan von Messbarkeit und Validität. Ohne konkrete Kriterien oder einheitliche Maßstäbe basiert alles in der Wirtschaft, im Bereich Personal, bei Verhandlungen etc. ausschließlich auf einem Bauchgefühl.

In meinen Jahren bei Audi habe ich viele Entscheidungen treffen müssen, viele Verhandlungen geführt und hunderte von Mitarbeitern eingestellt und weitergebildet. Dies alles auf einem Bauchgefühl basieren zu lassen, wäre nicht nur leichtsinnig, sondern zugleich verantwortungslos gewesen.

Klar definierte Kompetenzen und Kriterien waren immer die Grundlage um fair, verantwortungsvoll und vor allem vergleichbar zu entscheiden.

Da ich in meiner heutigen Position als HR Manager der Acuritas Intensiv mit unserem Geschäftsführer alle Personalkosten, Rekrutierungskosten und Personalentwicklung im Budget einkalkulieren muss, bin ich in enger Verbindung mit meinem Mann, der bei uns im Unternehmen derzeit die Kassenverhandlungen „durchboxt“.

In der Pflege bin ich täglich, fast stündlich sprachlos, wie mit so vielen ständig neu definierten Anforderungen, nicht festgelegten Forderungen, sich ständig ändernden „Wünschen“ der Krankenkassen und Ämtern uns die „Daumenschrauben“ angelegt werden.



Nicht, dass dieser ständigen Willkür genug getan wäre, nein, es ändert sich sogar von Bundesland zu Bundesland, von Kasse zu Kasse und bei extremem Pech, auch noch von Sachbearbeiter zu Sachbearbeiter.

Allgemein bin ich sicher, dass vieles davon schon existiert und zumeist auch intern willkürlich als Standard vorgegeben oder gelebt wird, nur sehe ich in der Pflegebranche kein oder kaum einheitliches Wirken in diesem Bereich. Wir passen uns den Rahmen- und Einzelvereinbarungen irgendwie an, warum? Wenn es unterschiedliche Patientenanforderungen gibt, dann gibt es unterschiedliche Aufwände und unterschiedliche fachliche Anforderungen. Standards und Qualitätsmaßstäbe festzulegen bedarf auch einer Differenzierung der pflegerischen, fachlichen sogar verhaltensorientieren Kompetenzen und Kriterien!

Sicherlich hat jeder dies irgendwo in seinem Schubladdchen und in seiner Personalstrategie, aber ich fordere Euch alle auf, macht die Schublade auf und lasst uns kooperieren! Denn wenn wir alle immer einzeln „mal auf gut Glück“ mehr verhandeln, dann ist das prima, aber wenig im Interesse der gesamten außerklinischen Branche, die nun endlich mal die Fahnen hissen muss, um sich zu präsentieren und für Aufmerksamkeit und Klarheit sorgen sollte.

Das IHCC-Expertenforum am 23.05.17 in Landsberg hat mir gezeigt, dass schon viel getan wird an den einzelnen Fronten, aber mal ehrlich, warum wollt Ihr einzeln gegen Kassen kämpfen und die Politik überzeugen?

Wir schenken unseren Patienten Freiheit, Lebensqualität und Raum für Heilung, und dafür kämpfen, nein, dafür leben wir! Und zugleich wollen wir alle ein Wirtschaftsunternehmen sein und uns nicht ständig rechtfertigen müssen für das, was wir täglich an Qualität und Aufwand einbringen!

VdK-Aktion zur Bundestagswahl 2017

SOZIALE SPALTUNG STOPPEN!

VdK-Präsidentin Ulrike Mascher | © Peter Himsel

„Soziale Spaltung stoppen!“ heißt das Motto des Sozialverbands VdK im Vorfeld der Bundestagswahl 2017. Denn die soziale Ungleichheit abzubauen, ist eine der wichtigsten politischen Herausforderungen für die nächsten Jahre.

Der VdK hat Forderungen zu Rente, Gesundheit, Armut, Behinderung und Finanzierung ausgearbeitet. Knapp **2,9 Millionen** Menschen sind pflegebedürftig. Annähernd drei Viertel aller Pflegebedürftigen werden zu Hause versorgt, **1,38 Millionen** allein durch Angehörige. Es gilt auch nach den eingeleiteten Reformen, für Pflegebedürftige, pflegende Angehörige und das Pflegepersonal Nachbesserungen durchzusetzen. Die VdK-Forderungen zur Pflege lauten:

- Pflegeleistungen anpassen: Eine jährliche automatische Anpassung der Pflegeversicherungsleistungen an die Kostensteigerungen in der Pflege ist notwendig, damit nicht immer mehr Pflegebedürftige auf Sozialhilfe angewiesen sind.

- Pflegende Angehörige besser unterstützen: Entlastungsangebote müssen weiter ausgebaut und ein flächendeckendes Netz von Pflegestützpunkten geschaffen werden. Für die Vereinbarkeit von Pflege und Beruf sollte eine aus Steuermitteln finanzierte Lohnersatzleistung analog zum Elterngeld eingeführt werden.

- Wohnen zu Hause im Alter bezahlbar machen: Der Bund muss deutlich mehr Mittel für den altersgerechten Umbau von Wohnungen bereitstellen. Technische Assistenzsysteme müssen von den Krankenkassen übernommen werden.

- Rückgriff auf Kinder einschränken: Bei der „Hilfe zur Pflege“ sollte auf Unterhaltsansprüche gegenüber den Kindern verzichtet werden, sofern deren Jahreseinkommen unter **100.000** Euro liegt.

- Pflegeberufe durch bessere Bezahlung und mehr Wertschätzung attraktiver machen: Im Jahr 2030 werden bei steigender Zahl der Pflegebedürftigen gut **400.000** Vollzeitkräfte in der Pflege fehlen, wenn nicht gegengesteuert wird.

- Pflegeversicherung bedarfsorientiert finanzieren: Dazu sollte es unter anderem einen Steuerzuschuss und einen Solidarausgleich zwischen privater und gesetzlicher Pflegeversicherung geben.

Mehr unter https://www.vdk.de

Das Themenblatt Pflege kann unter diesem Link heruntergeladen werden:

https://www.vdk.de/deutschland/pages/vdk-aktion_zur_bundestagswahl_2017/72996/vdk-standpunkt_pflege

https://www.vdk.de/deutschland/pages/vdk-aktion_zur_bundestagswahl_2017/72429/soziale-spaltung-stoppen_vdk_aktion-zur-bundestagswahl-2017

SOZIALVERBAND VdK DEUTSCHLAND

Bundestagswahl 2017: Wir wollen es wissen!

Wahlprüfsteine zur Situation von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (MeH)

Wie schon 2013 zu den damaligen Wahlen hat die „Arbeitsgemeinschaft Teilhabe, Rehabilitation Nachsorge und Integration nach Schädelhirnverletzung“ (AG Teilhabe) auch in diesem Jahr zusammen mit den Teilnehmern des 11. Nachsorgekongresses Wahlprüfsteine zur Situation von Menschen mit erworbenen Hirnschädigungen (MeH) formuliert. Es geht um folgende Themen:

1. Beratung von Menschen mit erworbenem Hirnschaden
2. Bedarfsfeststellung für Menschen mit erworbenem Hirnschaden
3. Fallbegleitung für Menschen mit erworbenem Hirnschaden
4. Regionale Angebote und Strukturen für Menschen mit erworbenem Hirnschaden
5. Kompetenz für die Versorgung von Menschen mit erworbenem Hirnschaden

Die AG Teilhabe ist ein Zusammenschluss von Selbsthilfeorganisationen und Fachverbänden unter der Schirmherrschaft der ZNS - Hannelore Kohl Stiftung. Die Arbeit der Arbeitsgemeinschaft dient der Unterstützung von Menschen mit erworbenen Hirnschäden einschließlich dem Apallischem Syndrom (Wachkoma). Viele dieser Betroffenen - Jugendliche, Heranwachsende, Menschen im erwerbsfähigen Alter und ältere Menschen - bedürfen wegen der Folgen der Hirnschädigung und der spezifischen Einschränkungen im Erleben, Denken und Handeln oft lebenslanger Hilfe und besonderer Förderung.

Welche weiteren gesundheits- und sozial-politischen Entscheidungen sind für sie nach der Bundestagswahl zu erwarten? Die Fragen an die Politik in Form von Wahlprüfsteinen sind auf der Homepage eingestellt; die Antworten der Politiker werden unter http://www.nachsorgekongress.de/nachsorgekongress_aktionen/2017_wahlpruefsteine_ordner/nsk_wahlpruefsteine_2017_artikel/ veröffentlicht.

Huml dringt auf Schutz für Familien von Pflegebedürftigen vor finanzieller Überforderung

Neuer Vorstoß von Bayerns Gesundheitsministerin: Beteiligung an Pflegekosten erst ab 100.000 Euro Jahreseinkommen

Bayerns Gesundheits- und Pflegeministerin Melanie Huml dringt darauf, dass Angehörige pflegebedürftiger Menschen besser vor einer finanziellen Überforderung geschützt werden. Huml betonte am 4. Juni 2017: **"Es ist ein wichtiges Ziel, dass sich Kinder von Pflegebedürftigen erst ab einem Jahreseinkommen von mehr als 100.000 Euro an den Pflegekosten beteiligen müssen. Zwar ist meine entsprechende Initiative in der laufenden Legislaturperiode im Bundesrat blockiert worden. Ich lasse aber nicht locker – und werde nach der Bundestagswahl im September dieses Jahres einen neuen Vorstoß unternehmen!“** Die Ministerin erläuterte: "Bei Leistungen der Grundsicherung im Alter werden bereits jetzt Kinder nur dann zu Unterhaltsleistungen herangezogen, wenn ihr Jahreseinkommen über 100.000 Euro liegt. Diese Regelung ist auch bei Pflegebedürftigkeit sinnvoll. Unter diesem Betrag sollten nach meiner Ansicht Kinder keinen Rückgriff des Sozialhilfeträgers zu befürchten haben, wenn ihre Eltern pflegebedürftig werden und die Kosten für die Hilfe nicht selbst tragen können. Denn mein Ziel ist, die Angehörigen von Pflegebedürftigen so gut wie möglich zu unterstützen."

Huml fügte hinzu: "Die Versorgung eines pflegebedürftigen Angehörigen stellt die Familie ohnehin vor eine Herkulesaufgabe. Mit der von mir geforderten Entlastung wollen wir sie von der Sorge befreien, durch die Pflegebedürftigkeit ihrer Eltern finanziell überfordert zu werden. Gleichzeitig können wir den Eltern die Angst nehmen, bei eigener Pflegebedürftigkeit ihren Kindern auf der Tasche zu liegen." Die Ministerin unterstrich: **"Klar ist natürlich: Die Pflegeversicherung ist kein Erbenschutzprogramm. Wenn pflegebedürftige Eltern selbst über ein ausreichendes Einkommen oder Vermögen verfügen, um den Eigenteil der Kosten der Pflege zu tragen, sollen sie hierzu nach wie vor verpflichtet sein. Kinder, die sehr gut verdienen, sind auch an den Kosten der Hilfe zur Pflege ihrer Eltern zu beteiligen."**

https://www.stmgp.bayern.de

Neues aus der DIGAB

„Mit großem Stolz“ darf die Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung e.V. auf „nunmehr 25 Jahre regelmäßigen Austausch zurückblicken“, schrieb Kongresspräsident Prof. Dr. Jan Storre in seiner Einladung zum 25. Jahreskongress der DIGAB e.V. gemeinsam mit dem 12. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. (DGP) vom 22. - 24. Juni 2017 in Köln. Es war ein hervorragender Kongress mit vielen Highlights. Besonders spannend war der Blick nach Australien, Frankreich, Italien, die Niederlande und Großbritannien, denn die Versorgungsstrukturen sind dort vielfach anders als hierzulande.

Das Jubiläumsjahr ist auch eine Zäsur in der Arbeit der DIGAB e.V., die ihre Arbeit umstrukturiert. Dem Beispiel anderer wissenschaftlicher Fachgesellschaften folgend, hat sie sich organisatorisch neu aufgestellt und wird nun in Sektionen arbeiten. Diese befassen sich mit speziellen Themen, die DIGAB-Mitglieder vor dem Kongress vorgeschlagen haben. Die Sektionssprecher werden von den jeweiligen Sektionsmitgliedern gewählt. Vier Sektionen haben sich schon auf dem Kongress formiert und einen Sprecher gewählt, die Sektionen „Neurologie und Neuro-Reha“, „Dysphagie“, „Pädiatrie“ und „Selbstbestimmtes Leben Betroffener mit Beatmung“. Alle anderen werden sich bis zur nächsten Vorstandssitzung im Herbst organisieren. Auf Antrag bei der Mitgliederversammlung am 22. Juni 2017 wurde auch noch eine Sektion „Angehörige“ in die Liste mit aufgenommen. Wer Interesse an der Mitarbeit in einer der Sektionen hat, kann sich gerne an die DIGAB-Geschäftsstelle wenden.

Bei der Mitgliederversammlung wurde ein neuer geschäftsführender Vorstand gewählt. Der bisherige 1. Vorsitzende Dr. Karsten Siemon ist nun Past-President. Neue Präsidentin ist Dr. Simone Rosseau, Dr. Martin Bachmann ist President-elect. Nachfolgerin des langjährigen Schatzmeisters Jörg Brambring ist Meike Grimm. Ständiger Vertreter der Betroffenen im Vorstand ist Hans-Joachim Wöbbeking.

Der 26. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V. zusammen mit dem 13. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V. findet am 7. - 9. Juni in Hannover statt. Prof. Dr. med. Bernd Schönhofer, der Mitbegründer des Arbeitskreises „Heimbeatmung und Langzeitbeatmung“, ist der Kongresspräsident.

Mehr unter **www.digab-kongresse.de**

Präsident-elect Dr. Martin Bachmann, Asklepios Klinik Harburg

Präsidentin Dr. Simone Rosseau, Brandenburger Lungen- und Beatmungszentrum, Ernst von Bergmann Klinikgruppe, Potsdam/Bad Belzig mit der neuen DIGAB-Schatzmeisterin Meike Grimm, Fa. Börgel, Limburg (re.)

Dinah Radtke, Sprecherin der Sektion „Selbstbestimmtes Leben Betroffener mit Beatmung“, Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V., Erlangen

WKM

Heimbeatmung

Mobile Beatmung

Inhalations- und Atemtherapie

Sauerstofftherapie

Pädiatrie

Tracheostomaversorgung

Enterale Ernährung

Patientenüberwachung

Nahrungsergänzung

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

Neues aus der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP)

Im Vorfeld des 58. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) hatte die Fachgesellschaft am 15. März 2017 in Berlin zu einer Pressekonferenz eingeladen, bei der Professor Dr. med. Martin Hetzel, Kongresspräsident, Chefarzt der Klinik für Pneumologie, Internistische Intensivmedizin, Beatmungsmedizin und Allgemeine Innere Medizin am Krankenhaus vom Roten Kreuz Bad Cannstatt, Stuttgart, über die Frage „Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Pneumologie: Muss Qualitätsmedizin teuer sein?" sprach. Hier ein Auszug:

„Aufgrund der Bevölkerungsstruktur in Deutschland werden die Menschen immer älter und leiden dann oft an mehreren Krankheiten zugleich. Das macht auch eine intensivmedizinische Behandlung wahrscheinlicher, bei der eine Beatmung erforderlich wird. Nun hat in den letzten zehn Jahren die Anzahl der Patienten, die invasiv über einen Luftröhrenschnitt – einen sogenannten Tracheostoma – mit Kanüle beatmet werden, extrem zugenommen. Und das, obwohl es auch die Möglichkeit einer schonenderen, nicht-invasiven Beatmung über eine Mund-Nasen-Maske gibt, deren Vorteile für das Überleben der Patienten und deren Lebensqualität wie auch aus Gründen der Wirtschaftlichkeit nachweislich auf der Hand liegen. Darauf weist die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP) in einem Positionspapier gemeinsam mit weiteren pneumologischen und anderen medizinischen Fachverbänden (VPK, BdP sowie DIGAB, DIVI, DGNI, DEGAM und Hausärzteverband) hin. Das größte Risiko bei der invasiven Beatmung sind Erreger, die über die Beatmungsschläuche in die Lunge eindringen können. Im Gegensatz dazu wird dem Patienten bei der nicht-invasiven Beatmung die Atemluft über eine spezielle, druckdichte Atemmaske zugeführt – also ohne dass die invasive Einführung eines Beatmungsschlauches in die Luftröhre (Intubation) notwendig wird. Das erlaubt dem Patienten, die Atemmaske zwischendurch abzunehmen – zum Beispiel zum Sprechen, Essen oder Husten – und ist mit einer deutlich geringeren Komplikationsrate verbunden. Daher ist die nicht-invasive Beatmung mit einer höheren Lebenserwartung und mehr Lebensqualität verbunden.

Umstellung auf die nicht-invasive Atemmaske kann Entlassung nach Hause ermöglichen

Diese Zunahme der Fälle mit invasiver Beatmung über Tracheostoma in den letzten zehn Jahren ist überwiegend auf ein Versagen der Entwöhnung vom Beatmungsgerät beziehungsweise auf die fehlende Umstellung von der invasiven auf die nicht-invasive Beatmung zurückzuführen. „Die betroffenen Patienten werden nach einer medizinischen Intensivbehandlung, bei der sie auch invasiv beatmet werden mussten, nicht erfolgreich vom Beatmungsgerät entwöhnt und deshalb nach der Entlassung aus der Akut-Intensivstation überwiegend in sogenannten Intensiv- Pflegewohngemeinschaften mit großem Behandlungsaufwand und kostenintensiv weiterbehandelt. Stattdessen könnten aber 60 bis 70 Prozent dieser Patienten durch eine Umstellung auf die nicht-invasive Beatmung erfolgreich vom Beatmungsgerät entwöhnt und somit auch nach Hause entlassen werden, wo sie die Maskenbeatmung autonom und überwiegend nachts fortführen können. Das schlägt sich natürlich auch in erheblich geringeren Versorgungskosten nieder.

Entwöhnung vom Beatmungsgerät wird oft unterlassen

Als Grund, warum Patienten nach einer invasiven Langzeitbeatmung auf der Intensivstation nicht vom Beatmungsgerät entwöhnt und deshalb mit verbleibendem Tracheostoma und einer noch liegenden Luftröhrenkanüle direkt in eine 24-stündige Intensivpflege entlassen werden, wird meist eine Schluckstörung des Patienten oder eine Bewusstseinsstörung mit Aspirationsgefahr (durch das Einatmen von Speicheltröpfchen) angeführt. Allerdings werden Schluckstörungen durch Luftröhrenkanülen zusätzlich noch gefördert! Außerdem können die Patienten aufgrund des Luftröhrenschnittes nicht selber abhusten, sodass ihnen vermehrt Atemwegsinfektionen drohen Für ihre Prognose ist es also sehr viel günstiger, wenn die Luftröhrenkanüle entfernt und der Luftröhrenschnitt verschlossen wird.

Kompetenznetzwerk WeanNet gegründet

Zur Umstellung von der invasiven auf die nicht-invasive Beatmung und Entwöhnung vom Beatmungsgerät (Weaning) sind spezielle Behandlungstechniken mit bewegungs-, physio-, ernährungs- und pharmakotherapeutischen Methoden erforderlich, die freilich nicht in allen Pflegestationen verfügbar sind. Deshalb hat die DGP bereits im Jahr 2009 das Kompetenznetzwerk WeanNet gegründet, das sich bundesweit für die erfolgreiche Entwöhnung von langzeitbeatmeten Patienten einsetzt und bisher 36 stationäre Einrichtungen umfasst. Ziel ist der weitere Ausbau, um spezialisierte Weaning-Zentren in inhaltlichen und organisatorischen Anliegen zu unterstützen und die Versorgung und Behandlungsqualität von Weaning-Patienten zu verbessern."

Das oben genannte Positionspapier wurde in der vorangegangenen Ausgabe der GEPFLEGT DURCHATMEN veröffentlicht und kann unter http://www.digab.de/informationen/positionspapier/ heruntergeladen werden.

Die Deutsche Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) hat einen neuen Internetauftritt. Damit möchte die DGP ihre wichtigsten Themen und Aufgaben rund um Wissenschaft, Forschung, Fortbildung und Nachwuchs noch stärker als bisher nach außen kommunizieren. Ein Link auf der Startseite bringt die Besucher zum Kompetenznetzwerk WeanNet. Dort finden sie eine Übersicht aller von der DGP zertifizierten Weaning-Zentren in Deutschland, in denen Patienten von der Beatmungsmaschine entwöhnt werden. Ein Besuch der Startseite ***www.pneumologie.de*** *lohnt sich.*

Quellen: (1) B. Schönhofer, WeanNet: Strukturierte Entwöhnung vom Respirator, Dtsch Arztebl 2011; 108(51-52) (2) B. Schönhofer, J. Geiseler, M. Pfeifer, et al., WeanNet: Das Netzwerk pneumologischer Weaning-Zentren, Pneumologie 2014; 68(11): 737-742. (3) B. Schönhofer für die WeanNet Study Group, WeanNet: Das Netzwerk von Weaning-Einheiten der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin (DGP): Epidemiologie und Outcome bei Patienten im prolongierten Weaning, Dtsch med Wochenschr 2016; 141(18): e166-e172. Siehe auch Presseerklärung „Intensivmedizin: Entwöhnung vom Beatmungsgerät erhöht Lebensqualität und senkt Kosten" unter https://www.pneumologie.de/fileadmin/user_upload/Presse/2017-03_PM_DGP_Beatmung_Weaning_F.pdf

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!

Beatmung/Nasaler High-Flow

• TRENDvent physio mit AMT und AP — Mit integriertem AtemMuskel-Training

Mit **A**tem**M**uskel**T**raining, **A**telektasen**P**rophylaxe und Lippenbremse

• Ventilogic • prisma VENT40 — mit COPD-Modus AT-C

AT-C: **A**ir**T**rap **C**ontrol gegen Lungenüberblähungen (Intrinsic PEEP) insb. bei COPD

• COPD-Beatmungsgerät „Vigaro"

Mit DLB (**D**ynamische **L**ippen**B**remse)

• Nasaler High-Flow

MyAirvo2 mit Optiflow+

Auch bei Lungenentzündung. Sauerstoffbeimischung möglich, mit Pädiatrie-Modus

LIMBO Dusch- und Badeschutz

- 100 % wasserdicht **
- einfache Anwendung
- wiederverwendbar, langlebig
- hochwertige Materialien und Verarbeitung
- komfortabel, ohne die Gliedmaßen abzuschnüren

Shop ab 11,35 € *

Anwendung: Verbände, Gips, offene Wunden, Kanülen/PICC etc.

Atemtherapiegeräte

GeloMuc/Flutter/RespiPro
PowerBreathe Medic
Quake/RC-Cornet

Thromboseprophylaxe

• A-V Impulse System

Löst einen Kompressionsimpuls auf den venösen Plexus (Fuß oder Hand) aus. Effekt wie beim Gehen, nur wesentlich stärker. Dadurch Verbesserung von Blut-/ und Lymphfluss auch im Liegen.

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

Inhalation

NEU
Mesh-Inhalation auch atemzuggesteuert, invasiv, non-invasiv, HomeCare

• m-neb pressure+ Membranvernebler

- Inhalation atemzuggesteuert oder mit Dauerflow
- Maximaler Wirkungsgrad durch ideale Tröpfchengröße
- **Invasiv, non-invasiv, HomeCare**

Zur
- Bronchodilatation
- Verbesserung der Hyperkapnie
- Verbesserung des Sekretmanagements

Atemtherapiegeräte

IPPB Atemtherapie mit Inhalation: PSI

• IPPB Alpha 3er-Serie + PSI

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

- Prä- und postoperatives Atemtraining wirkt sich kräftigend und erweiternd auf das Alveolargewebe aus
- Einstellbarer Exspirationswiderstand (Lippenbremse, Intrinsic PEEP, Air Trapping)
- Unterstützt bei der Einatmung mit einem konstanten Inspirationsfluss, PSI = **P**ressure **S**upport **I**nhalation dadurch Optimierung der Zufuhr von Aerosolen

Sekretolyse

4.200,00 € *

• VibraVest

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

Hustenassistent:
mit Vibrationsmodus, für Kinder und Erwachsene

- **Pulsar Cough 700** neues Modell
- **Cough Assist E70** von Philips Respironics
- **RespiClear** von FLO Medizintechnik

• Das SOS-WC für Sie und Ihn — 3er-Set 4,16 €*

Diskret, sauber und hygienisch
Aus Flüssigkeit wird geruchsneutrales Gel durch Superabsorber.

Für **Rollstuhlfahrer**, bei Volksfesten, im Auto, auf dem Festival, beim Camping oder in anderen Notsituationen.

Mit Film

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

29,41 € *

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

* zzgl. MwSt.
**Fuß-/Beinmanschette nur für die Dusche

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

„AUCH MIT QUERSCHNITTLÄHMUNG GEHT ES WEITER“

Diskussionen um individuelle Versorgung mit Hilfsmitteln und neue Studienergebnisse zum Exoskelett-Training bei der 30. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie (DMGP) e.V.

Mit großem Erfolg ging die 30. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie (DMGP) e. V. in Ulm zu Ende. „Auch mit Querschnittlähmung geht es weiter! Eine Standortbestimmung gestern, heute und morgen!“ – das diesjährige Tagungsmotto wies auf die enormen Fortschritte und Entwicklungen der letzten Jahre und Jahrzehnte in diesem Bereich hin. „Entsprechend dem zukunftsweisenden partnerschaftlichen und multiprofessionellen Ansatz der DMGP wurden alle Berufsgruppen, die in der Behandlung und Rehabilitation Querschnittgelähmter beteiligt sind, mit einbezogen“, betonte Tagungspräsident Dr. med. Yorck-Bernhard Kalke, MBA, Orthopädische Universitätsklinik Ulm, Sektionsleiter des Querschnittgelähmtenzentrums. „Ausgehend von der Vergangenheit wurde der heutige Standpunkt kritisch beleuchtet und nach den Aufgaben für die Zukunft gefragt, um den Patienten und Angehörigen bestmöglich zu helfen und ihre Situation nachhaltig zu verbessern, sodass sie aktiv am sozialen und gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Wir haben gezeigt, dass es auch mit Querschnittlähmung weitergeht!“

Das Thema Querschnittlähmung sowie deren gesellschaftliche und soziale Aspekte wurden aus Sicht der Betroffenen, der Ärzte und Therapeuten sowie des gesamten Umfeldes ganzheitlich vorgestellt. Mit den rund 750 Teilnehmern wurden wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse zur bestmöglichen Betreuung, Behandlung und möglichen Heilung diskutiert. Es wurde über neue Entwicklungen berichtet wie zur vielversprechenden europaweiten Exoskelett-Studie, an dem neun Top-Zentren für Querschnitt beteiligt sind – darunter auch das Querschnittgelähmtenzentrum der Orthopädischen Universitätsklinik am RKU –, und zum NISCI-Programm (No-go-Inhibitors in Spinal Cord Injury), das an einigen großen Zentren in diesem Jahr anläuft und Hinweise darauf gibt, dass die Lähmung – zumindest innerhalb des ersten Zeitfensters – heilbar werden könnte.

Ein weiteres wichtiges Tagungsthema war die Versorgung mit Hilfsmitteln bei Querschnittgelähmten. Dr. med. Jörn Bremer, Leitender Oberarzt und Facharzt für Urologie, Querschnittgelähmtenzentrum BDH-Klinik Greifswald und Dr. med. Ralf Böthig, Leitender Arzt Neuro-Urologie, BG Klinikum Hamburg, stellten das Ergebnis einer aktuellen multizentrischen Studie vor, die den Heilmittelbedarf bei Querschnittgelähmten erfasst und feststellt, dass diese durch die Leistungen der Krankenkassen bei weitem nicht gedeckt werden – demnach sei z.B. der Bedarf auf 4-5 Katheter am Tag viel zu niedrig eingestuft. In der Diskussion herrschte Einigkeit darüber, dass in diesem Bereich noch nachgebessert werden müsste: von einer standardisierten Durchschnittsversorgung hin zu einer individuellen bedarfsorientierten Versorgung.

Hochkarätige Festredner rundeten das vielfältige Programm ab, wie der Benediktinerpater Anselm Grün und der Neuro-Wissenschaftler Manfred Spitzer sowie internationale Festgäste wie Nazirah Hasnan aus Malaysia, Stephen Muldoon aus Nordirland, Francois Theron aus Südafrika und Manfred Sauer, einer der letzten Patienten, die noch von dem Begründer der Paralympischen Spiele, Sir Ludwig Guttmann, behandelt wurden.

Die 31. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie (DMGP) e. V. findet vom 16. bis 19. Mai 2018 in Klosterneuburg/ Wien statt. Kongresspräsidentin ist Prim. Dr. Karin Gstaltner, Ärztliche Leiterin AUVA-Rehabilitationszentrum Weißer Hof, Klosterneuburg.

Hintergrund

In Deutschland erleiden jedes Jahr 2000 bis 2500 Menschen eine Querschnittlähmung. Es sind vor allem junge Männer, bei denen das Rückenmark durch einen Sport- oder Verkehrsunfall verletzt wurde. Zunehmend sind aber auch ältere Patienten betroffen, bei denen die Querschnittlähmung meistens eine Folge von Erkrankungen ist. Die 1985 gegründete DMGP verbreitet Kenntnisse über die umfassende Behandlung von Querschnittgelähmten, fördert die Fortbildung aller beteiligter Berufsgruppen und bietet Arbeitskreise zu aktuellen wissenschaftlichen Fragen. Außerdem koordiniert die DMGP die Zusammenarbeit mit internationalen Fachgesellschaften und fördert wissenschaftliche Arbeiten zur Querschnittlähmung mit dem Ludwig-Guttmann-Preis. Für das Jahr 2017 wurde der Prof. Friedrich-Wilhelm Meinecke-Gedächtnispreis ausgeschrieben und an die Verfasser der beiden am besten bewerteten Abstracts der Jahrestagung verliehen.

Sir Ludwig Guttmann förderte den Behindertensport und begründete die Paralympischen Spiele. 1948 führte er den ersten sportlichen Wettkampf für Behinderte durch – ein Bogenschießen, an dem 16 Männer und Frauen mit Rückenmarksverletzungen teilnahmen. 1952 beteiligten sich 130 Sportler aus verschiedenen Ländern an den Wettkämpfen. 1956 bekam Ludwig Guttmann eine Würdigung für seinen Beitrag zur Förderung der olympischen Idee und 1960 wurden in Rom zum ersten Mal die Paralympischen Spiele durchgeführt, die seitdem meistens nach den Olympischen Spielen in der gleichen Stadt stattfinden.

Prof. Dr. med. Friedrich-Wilhelm Meinecke, bis 1988 Chefarzt des Querschnittgelähmtenzentrums des BG Unfallkrankenhauses Hamburg, war Gründungs- und Ehrenmitglied der DMGP sowie Society Medal Holder der International Spinal Cord Society (ISCoS) und ist 2012 verstorben.

Tagungspräsident beim DMGP-Kongress war Dr. med. Yorck-Bernhard Kalke, MBA, Orthopädische Universitätsklinik Ulm, Sektionsleiter des Querschnittgelähmten-zentrums.

Foto: RKU

Eins der Highlights bei der 30. Jahrestagung der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie (DMGP) e. V. in Ulm waren neue Ergebnisse zum Exoskelett-Training. An der europaweiten Exoskelett-Studie ist auch das Querschnittgelähmtenzentrum der Orthopädischen Universitätsklinik am RKU beteiligt.

Foto: Conventus

Ulrich Altdörfer, Facharzt für Neurochirurgie, SRH Klinikum Karlsbad Abt. Querschnittlähmungen (Paraplegiologie) (li.) im Gespräch mit PD Dr. Sven Hirschfeld, BG Klinikum Hamburg, Querschnittsgelähmten Zentrum

Foto: Conventus

Der Arbeitskreis Beatmung auf der DMGP Jahrestagung 2017 in Ulm zusammen mit dem Gastgeber, Herrn Dr. med. Yorck-Bernhard Kalke MBA, Sektionsleiter Querschnittgelähmtenzentrum Ulm, Orthopädische Universitätsklinik Ulm am RKU, 2. Vorsitzender DMGP (rechts im Bild)

In der DMGP gibt es den **Arbeitskreis „BeAtmung“**, der sich am 26.5.2011 in Bad Wildbad gebildet hat. Sein Ziel ist es, die komplexe Behandlung, Rehabilitation und langfristige Versorgung beatmungspflichtiger querschnittgelähmter Menschen zu optimieren. Um dieses Ziel zu erreichen, bilden die in dem Arbeitskreis beteiligten Zentren ein Netzwerk, tauschen sich multiprofessionell aus und erfassen beatmungsbezogene Daten in einer allen Zentren zugänglichen Datenbank. Wichtiger Bestandteil der Arbeit des DMGP-Arbeitskreis BeAtmung ist es, die Belange beatmeter querschnittgelähmter Menschen einheitlich in Form von aktiver Mitarbeit in Arbeitskreisen und Arbeitsgruppen, der Erstellung von Leitlinienarbeit und Empfehlungen etc. in anderen medizinischen Gesellschaften und gegenüber allen Beteiligten in der Versorgung und Finanzierung zu vertreten.

An beiden Kongresstagen gab es Veranstaltungen, die der Arbeitskreis BeAtmung organisiert hatte. In einem Update der aktuellen Arbeit ging es um Themen wie Datenbank, Beatmungspass, Leitlinie & Flyer. In einer weiteren Veranstaltung wurde die Lungenfunktion bei Querschnittlähmung - mit Diskussion und Erfahrungsaustausch - thematisiert (COPD, andere pulmonale Komorbiditäten, Trachealkanüle, etc.). Die Finanzierung der Langzeitbeatmung in Deutschland und in der Schweiz stellte PD Dr. Sven Hirschfeld vor. Die verschiedenen Perspektiven der Außerklinischen Intensivpflege bei Querschnittlähmung wurden von S. Roch behandelt und Christoph Jaschke, Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, referierte über die Grenzen und Zukunft der Pflege von beatmeten Patienten. A. Raab hielt einen Vortrag zur Atemmuskeltraining. Am zweiten Kongresstag konferierten die beiden DMGP-Arbeitskreise Logopädie und Beatmung. Sehr anschaulich war eine Fallbesprechung Tracheostomaanlagen unter dem Aspekt der Phonation (Murnau). H. Schwegler präsentierte das Buch "Trachealkanülenmanagement – Dekanülierung beginnt auf der Intensivstation" und G. Ketter schließlich thematisierte die Problematik "Das zu große Tracheostoma. Folgen und Lösungen für die Praxis". Dies zeigt, wie groß die Berührungspunkte zwischen außerklinischer Intensivversorgung und Querschnittlähmung sind und wie wichtig es ist, multiprofessionell die Versorgung der Klienten zu organisieren.

WEGE ZUR MOBILISATION

Unter dem Titel „Wege zur Mobilisation - Schnittstelleneffekte erkennen und nutzen“ fand am 26. April 2017 die 2. Fachtagung des **„JuBiKo trifft…“**, erstmals in Hessen statt. Gastgeber war die LILIEN Pflegegesellschaft mbH mit Sitz in der hessischen Landeshauptstadt Wiesbaden im Stadtteil Mainz-Kastel.

Das Thema Mobilisation wurde in dieser Veranstaltung grundsätzlich, als auch aus pflegerischer und therapeutischer Sicht betrachtet. Hintergrund sind die Herausforderung beider Fachdisziplinen mit Hinblick auf die eigenen Ziele, gemeinsam das Bestmögliche für die Mobilisation des Bewohners und Patienten zu bewirken. Vortragsthemen wie diese sprechen für sich:

- Problemsicht der Förderung bei Menschen im Wachkoma in der Phase F
- Erhaltung der Lebensqualitität durch individuelle Hilfsmittelversorgung
- Autonomie stärken – Meine Lebensqualtität ist nicht Deine Lebensqualitiät!
- Welche Umweltbedingungen tragen zur Lebensqualität von Menschen im sog. Wachkoma bei?

Neben den Fachvorträgen stand das Miteinander im Vordergrund. Mit der Methode „Open Space“ wurden Lösungsmöglichkeiten für einen gelungenen Dialog und eine konstruktive Zusammenarbeit erarbeitet, um Schnittstelleneffekte in der Praxis zum Wohle der anvertrauten Menschen verwirklichen zu können.

Alle Fachtagungen des JuBiKo haben die Patientengruppe der Wachkomapatienten im Fokus, denn zu den Initiatoren gehören das Zentrum Wachkoma Speyer e.V. und der Förderverein JUNGE PFLEGE/WACHKOMA e.V. Mehr zur Veranstaltung unter http://www.ju-bi-ko.de

bipG®
VOR ORT
ERFAHRUNG AN IHRER SEITE
BUNDESWEITE
INTENSIV
PFLEGE
GESELLSCHAFT
"Gestalten Sie mit uns
die Zukunft der Intensivpflege"
Wir suchen!
✓ Anästhesie- & Intensivpfleger (m/w)
✓ Intensivmediziner (m/w)
✓ Atmungstherapeut (m/w)
Bewerben Sie sich:
bewerbung@bipG-vo.de
www.bipG-vo.de/karriere
Unsere Leistungen!
✓ Ambulante 1:1-Pflege
✓ Wohngemeinschaften
✓ Überleitungsmanagement
Kostenlos beraten lassen:
0261 / 89 94 48 54

10. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress

Gemeinsam mit dem Wissenschaftlichen Beirat haben die beiden Kongresspräsidenten Jörg Brambring und Christoph Jaschke den 10. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress vorbereitet, und es gibt kleine Veränderungen. Die Struktur des Programms ist zwar gleich geblieben, aber das Programm selbst wurde auf zwei Vortragsstränge und drei parallel laufende Workshop-Reihen in größeren Räumlichkeiten verdichtet. Damit haben sehr viel mehr Interessierte die Möglichkeit, den Workshop ihrer Wahl zu besuchen, ohne allzu viele andere Themen zu verpassen. Gleichzeitig kann der Veranstalter die vielen Anfragen nach einem Platz auf der Ausstellungsfläche bedienen.

Das Programm ist vielseitig und enthält enthält neben Fachvorträgen und Diskussionsrunden folgende Workshop-Highlights:

- Refresherkurs **"Was Sie schon immer einmal den Beatmungsexperten fragen wollten!?"**. Die beiden Referenten stehen bereits fest. Es sind Dr. med. Matthias Frerick, Kinderklinik Dritter Orden München, und Dr. med. Karsten Siemon, Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft GmbH in Schmallenberg.

- **„Stumm wegen Beatmung oder Aspiration? Nein Danke! Strategien zum frei halten der Atemwege"**, heißt ein Workshop des Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V., den Isabell Schmider und Dr. med. Paul Diesener, beide vom Hegau-Jugendwerk Gailingen, halten werden.

- **„Rechtliche Probleme in der Versorgung von Kindern in Bezug auf das Sorgerecht"** behandelt Christine Krieg, Fachanwältin für Medizinrecht und Mediatorin, in ihrem Workshop.

- **„Musiktherapie in der außerklinischen Intensivversorgung"** ist das Thema des Workshops des Musiktherapeuten Stefan Stahl. Die Teilnehmer können selbst die Musikinstrumente ausprobieren.

- Aus eigener Erfahrung wird Dr. Peter Radtke in seinem Workshop **„Totgesagte leben länger - Autobiografische Notizen eines Beatmeten"** berichten. Die anschließend geplante Diskussion wird Marion Geier, Krankenschwester mit Fortbildung in Logotherapie und Existenzanalyse, moderieren.

- **„Sekretmanagement. Was tun gegen die Langzeitfolgen der Beatmung?"** demonstrieren anhand von Praxisbeispielen Maria-Cristina Hallwachs, Beratung für querschnittgelähmte Menschen mit Beatmung und ihre Angehörigen, Stuttgart, und Ingo Berweiler, Atmungstherapeut (DGP) auf der Intensivstation RKK Stuttgart.

Weitere Workshops bieten die Unternehmen Radiometer, Keller Medical, Heimomed, ResMed Deutschland, Fahl, Smiths Medical Deutschland und die WKM an. Die Titel und Referenten werden in Kürze bekannt gegeben.

Die Informationen werden laufend unter **www.maik-online.org** aktualisiert.
Besondere Konditionen für Betroffene können beim Veranstalter angefragt werden.

Den ersten Impuls wird in diesem Jahr Frau Christine Bronner, Gründerin und Geschäftsführerin der Stiftung „Ambulantes Kinderhospiz München – AKM" München geben.

Mehr unter www.maik-online.org/ueber-maik/mitwirkende/christine-bronner.html

MAIK

Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

10 JAHRE MAIK

27.-28. Oktober 2017

Holiday Inn Munich - City Centre

MAIK-Party im Ampere am 27.10.17

www.maik-online.org

Veranstalter: **IHCC** **I**ntensive **H**ome **C**are **C**onsulting GmbH

HEINEN + LÖWENSTEIN
Lebenserhaltende Medizintechnik

BORGEL
Beatmungsmedizinische Dienstleistungen und Technik

servona
Medizintechnik plus!

HANS MÜLLER
UNTERNEHMENSGRUPPE

WKM
www.wkm-medizintechnik.de

BMV® Bender Medical Vertrieb GmbH

smiths medical
bringing technology to life

Bank für Sozialwirtschaft

VIVISOL
Home Care Services

PVS pria
EIN UNTERNEHMEN DER PVS HOLDING

KRONENHOF Intensivpflege

PSG 3 – Eine Bilanz nach dem ersten halben Jahr

Am 1. Januar dieses Jahres trat das Pflegestärkungsgesetz PSG 3 in Kraft mit dem Ziel, die Sicherstellung einer jeden Versorgung zu gewährleisten sowie die Bekämpfung und Aufdeckung von Abrechnungsbetrug zu optimieren. Was ist bisher daraus geworden?

Das Bundeskriminalamt bezifferte im letzten Jahr den durch den Pflegebetrug entstandenen Schaden auf mindestens 1 Milliarde Euro jährlich. Beteiligt sind neben Ärzten, Apothekern und Betroffenen bzw. deren Angehörigen eine ganze Reihe von Pflegediensten, in erster Linie osteuropäischer Herkunft.

Um diesem Betrug Herr zu werden, hat das Bundesgesundheitsministerium das seit 01.01.2017 geltende PSG 3 auf den Weg gebracht. Ziel dieses Gesetzes ist es, sowohl die Versorgung eines jeden Einzelnen sicher zu stellen, als auch dem weit verbreiteten Abrechnungsbetrug entgegenzuwirken.

Die hierfür festgesetzten Maßnahmen beinhalten u.a. die Kontrolle aller Pflegedienste, sowohl im Bereich der SGB V , als auch der SGB XI Leistungen. Zudem sind die Pflegekassen dazu verpflichtet, keine Verträge mit kriminellen Diensten, weder unter anderem Namen, noch über Strohmänner abzuschließen und keine neuen Zulassungen zu ermöglichen.

Die Kontrolle über das rechtmäßige Vorgehen der Leistungserbringer obliegt den gesetzlichen Kranken- und Pflegekassen. Man darf sich hier die Frage erlauben, ob diese Entscheidung dem Abrechnungsbetrug in der Pflege tatsächlich hilfreich entgegentreten kann?

Zwar sichern sich die Kostenträger in den meisten Verträgen bzw. Ergänzungsvereinbarungen dadurch ab, dass sie - durchaus berechtigt -, sehr hohe Anforderungen an die Pflegedienste und deren Pflegefachkräfte stellen, jedoch sind examinierte Pflegefachkräfte, idealerweise mit Erfahrung in der häuslichen Intensivpflege und Weiterbildungen, sehr gefragt und sie verlangen ihren Preis. Die meisten, vor allem die großen Krankenkassen, sind allerdings nicht bereit, genau diese Kosten zu tragen.

Wer dann, wenn nicht sie, soll hierfür aufkommen? Ein paar wenige Leistungsträger oder/und ein paar wenige verantwortungsbewusste Pflegedienste?

Diese Rechnung kann niemals aufgehen. Solange die Krankenkassen nicht bereit sind, für die Förderung von qualitativ hochwertigen, zuverlässigen und erstklassigen Pflegediensten im Bereich der häuslichen Pflege aufzukommen, solange wird der Betrug kein Ende finden.

Und sofern Krankenkassen mitunter bereit sind, mit kriminellen Pflegediensten zusammenzuarbeiten, um ihre Finanzen zu beschönigen, werden diese auch weiterhin Schlupflöcher für ihren Betrug finden. Wie können zuverlässige Leistungsanbieter das aktuelle Preisniveau großer Kassen bewerkstelligen, um den Markt wieder für sich zu gewinnen und der organisierten Kriminalität ein Ende zu setzen?

Einen großen und wichtigen Beitrag hierzu können sicherlich diejenigen Kassen leisten, die dem Preisdumping ein Ende setzen und ein Umdenken in ihrer Politik zulassen.

Sicherlich wurden dank PSG 3 bereits mehrere zwielichtige Pflegedienste vom Markt genommen, so erst vor wenigen Wochen ein großer russisch-eurasischer mit mafiösen Strukturen. Dennoch wäre die enge Zusammenarbeit aller Beteiligten und die Förderung gut ausgebildeter und leistungsstarker Pflegefachkräfte und Pflegedienste ein großer Schritt gegen den Betrug.

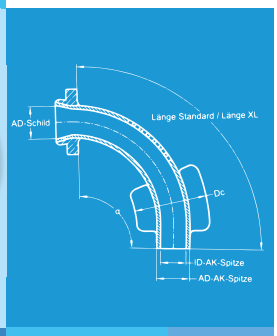
Dorothee von Zobel

BMV® Bender Medical Vertrieb GmbH

Profitieren Sie von uns!

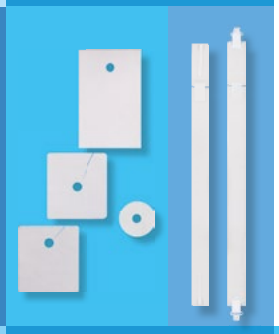
Weaning

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



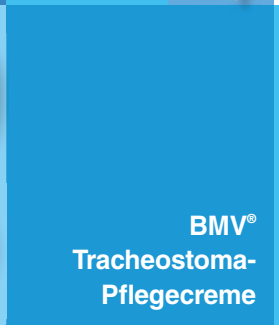
Trachealkanülen Optimierungen

- Durchgängiges Produktsortiment.
- Eigene Entwicklung.
- Eigene Fertigung.
- Eigener Versand.



Hilfsmittel Verbrauchsartikel

BMV® HME Filterkassette



BMV® Tracheostoma-Pflegecreme

BMV® Wundtiefen-messer Flexi

Produzent und Großhändler für Tracheotomie-/Laryngektomieprodukte

Telefon: 0800/182 69 80
E-Mail: info@bmv-med.de · www.bmv-med.de

Eine starke Pflege weist den Weg

Am 12. Mai 2017 eines jeden Jahres wird weltweit der Internationale Tag der Pflegenden begangen. Der Tag wird jährlich vom International Council of Nurses mit Sitz in Genf ausgerufen. Er soll die Leistung der professionell Pflegenden würdigen, deren Pionierin Florence Nightingale am 12. Mai Geburtstag hatte. Das Motto des diesjährigen Tags der Pflegenden lautete „Eine starke Pflege weist den Weg."

Stimmen zum Internationalen Tags der Pflegenden

„Es sind die professionell Pflegenden, die das Gesundheitssystem weltweit zusammenhalten und mit einer hohen eigenen Verantwortung und einem guten Fachwissen dafür sorgen, dass die Menschen die bestmögliche Pflege erhalten. Das wird häufig seitens der Verantwortlichen aus Politik und Verbänden vergessen, wenn diese wieder einmal, ohne die Pflege zu beteiligen, über diese entscheiden. Der International Council of Nurses ruft daher zu Recht dazu auf, dass die professionell Pflegenden ihre Stimme gegenüber der Politik erheben und Einfluss auf Entscheidungsprozesse und auf die Pflege- und Gesundheitspolitik nehmen. Wenn die professionell Pflegenden an den sie betreffenden Entscheidungen beteiligt sind, ist ein wesentlicher Pfeiler für die Patientensicherheit gewährleistet – besser als dies heute der Fall ist. Daran gibt es keinen Zweifel."

Andreas Westerfellhaus, *Präsident des Deutschen Pflegerats e.V. (DPR)*

(v.li.n.re.)

Bernd Riexinger, MdB, Vorsitzender der Partei DIE LINKE

Mechthild Rawert, MdB, Berichterstatterin Pflege der SPD-Bundestagsfraktion

Elisabeth Scharfenberg, MdB, Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik der Bundestagsfraktion von Bündnis 90/Die Grünen

"Der Pflegeberuf muss attraktiver werden. Nur so können künftig ausreichend qualifizierte und engagierte Pflegekräfte gewonnen werden. Der Mangel an Nachwuchskräften ist eines der dringlichsten Themen in der Pflege. (...) Klar ist allerdings auch: Wir brauchen mehr gesellschaftliche Anerkennung für den Pflegeberuf. Denn Pflege ist sehr viel mehr als 'Händchenhalten'." Und: "Professionelle Pflege erfordert hohe fachliche Kompetenz ebenso wie emotionale Intelligenz, Kommunikationsfähigkeit und Organisationsgeschick. Es ist wichtig, dass dies in der Gesellschaft auch anerkannt wird. Denn der Pflegeberuf sollte den hohen Stellenwert erhalten, der ihm zukommt."

Melanie Huml, *MdL, Bayerische Gesundheits- und Pflegeministerin*

„Die Arbeit unserer Pflegekräfte ist mit Gold nicht aufzuwiegen. Ohne sie würde das Gesundheitswesen in Deutschland nicht funktionieren. Mit einem hohen Maß an Professionalität und Fachkompetenz, aber auch an Einfühlungsvermögen sichern unsere Pflegekräfte die Versorgung der Pflegebedürftigen in unserem Land. Dafür möchte ich ihnen nicht nur am Tag der Pflegenden unsere Anerkennung und unseren Dank aussprechen. Diese Wertschätzung darf sich jedoch nicht nur in schönen Sonntagsreden zeigen. Sie muss ganz konkret mit Leben gefüllt werden – nicht zuletzt durch gute Arbeitsbedingungen und faire Löhne."

Staatssekretär Karl-Josef Laumann *(CDU), Patientenbeauftragter und Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung*

"Die Pflegekräfte in diesem Lande brauchen dringend mehr Anerkennung. Doch die Bundesregierung tut zu wenig. Schwarz-Rot hat mit den drei Pflege-Stärkungsgesetzen die großen Probleme der Pflegekräfte noch immer nicht gelöst. (…) Für mehr Pflegeleistung brauchen wir mehr Personal. Und das fehlt heute schon. Ohne ausreichend Personal sind diese Reformen zum Scheitern verurteilt."

Elisabeth Scharfenberg, *MdB, Sprecherin für Pflege- und Altenpolitik*

„Der Tag der Pflege ist allerdings auch ein Tag, der ziemlich wütend machen kann. Der Pflegenotstand ist sichtbar. Politik und Gesellschaft müssen ehrlich Rechenschaft darüber ablegen, wie es um den Pflegealltag wirklich steht. Das betrifft die Arbeit der Pflegekräfte, die Lage für die Menschen mit Pflegebedarf in den Krankenhäusern, in den Pflegeheimen und in ihren Wohnungen. Und es betrifft die Situation der Angehörigen. Es braucht bessere Bezahlung, bessere Arbeitsbedingungen und Zeit für Zuwendung. Die Marktlogik, Pflege von Menschen als gewinnträchtiges Geschäft zu begreifen, verbessert die Pflege nicht. Ein grundlegendes Umdenken ist erforderlich. Dafür hat DIE LINKE mit der Solidarischen Pflegeversicherung einen Vorschlag gemacht. Gute Pflege muss für jede und jeden zugänglich sein. Sie darf weder vom Geldbeutel, noch vom Wohnort, noch von der Herkunft abhängen."

Pia Zimmermann, *MdB, pflegepolitische Sprecherin der Fraktion DIE LINKE*

Highroad zur Pflege in Deutschland

Am 12. Mai 2017 hatte der „Pflege in Bewegung" (PiB) e.V. vor dem Brandenburger Tor zu einer Kundgebung eingeladen. Vor Ort waren u.a. Dr. rer. cur. Markus Mai, Präsident der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz, die Bundestagsabgeordneten Mechthild Rawert (SPD), Bernd Riexinger (Die Linken) und Elisabeth Scharfenberg (Bündnis 90/Die Grünen). Der Vorsitzende des Vereins, Roger Konrad, und Yvonne Falckner, bekannt geworden durch ihren Careslam, begrüßten engagierte Pflegekräfte, die mit Transparenten und einer Kunstinstallation auf die Krise hinwiesen, in der die Pflege in Deutschland steckt. Außerdem verkündeten sie unter dem Titel „Zukunft(s)-Pflege: Was sich ändern muss!" 12 Strategien für eine Highroad zur Pflege in Deutschland. Ein möglicher Ausweg aus der Dauerkrise.

Das Ziel des Vereins „Pflege in Bewegung" (PiB) ist, „Farbe zu bekennen, unbequem zu sein, wo Forderungen am Selbst- und Berufsverständnis der Pflegenden vorbei zielen, wo das Wohl der Patienten, der Pflegebedürftigen ignoriert wird, oder Pflegende dabei schließlich selbst auf der Strecke bleiben. (frei nach Liliane Juchli). In ihren Reden wiesen die Pflegenden auf die katastrophalen Arbeitsbedingungen von Mitarbeitern in Krankenhäusern, ambulanten Pflegediensten und Pflege- und Wohnheimen hin und betonten, dass sie gleichzeitig den Brückenschlag zu den pflegenden Angehörigen und den Pflegebedürftigen erreichen wollen, die ebenfalls unter diesen Bedingungen leiden. „Wirklich gute Alternativen für Pflege fehlen aufgrund fehlgeleiteter und halbherziger Reformen der Regierungen der letzten Jahre. Die Verantwortlichen kennen die Zahlen und schweigen." Der „Pflege in Bewegung" (PiB) wurde gegründet, „um die bisherige Netzwerkarbeit, die wir in den zurückliegenden Jahren mit unserer Aktivität bei ‚Pflege am Boden' aufgebaut haben, auszubauen und unsere Expertise ‚für bessere Pflege' und deren Rahmenbedingungen aktiv einzubringen. U.a. fordert der Verein eine „bundeseinheitliche Definition von Pflegequalität und eine vollumfängliche Finanzierung der angestrebten Qualität." ***Mehr zum Verein unter*** *www.pflegeinbewegung.de*

Stephanie Hollaus, Senior Consultant Psyma (li.) und Dr. rer. cur. Markus Mai, Präsident der Landespflegekammer Rheinland-Pfalz (re.)

Foto: Meike Kenn, Deutscher Pflegetag

Jürgen Graalmann, Sprecher der Geschäftsleitung des Deutschen Pflegetages (li.) und Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerates e. V. (DPR) (re.)

Foto: Meike Kenn, Deutscher Pflegetag

Vom 23. bis 25. März trafen sich über 8.000 Akteure, Entscheider und Experten aus Pflege, Gesellschaft, Wirtschaft und Politik beim Deutschen Pflegetag 2017 in der STATION-Berlin zum Erfahrungsaustausch. Der 4. Deutsche Pflegetag stand - im Zeichen der bevorstehenden Bundestagswahl im September – unter dem Motto: "Die Pflege hat die Wahl". Andreas Westerfellhaus, Präsident des Deutschen Pflegerates, erkärte zum diesjährigen Motto, dass es auf eine wichtige Eigenschaft der Pflege hinweise: „Die Quantität. Wir, die Pflegeprofession, 1,2 Millionen Wählerinnen und Wähler, sind dabei nicht allein. Fast 3 Millionen Pflegebedürftige und 4,5 Millionen pflegende Angehörige werden im Herbst gemeinsam mit uns die Wahl haben. Wir fordern: Mit höchster Priorität muss von der nächsten Bundesregierung die Schaffung bestmöglicher Arbeitsbedingungen in der Pflege angegangen werden. Das ist eine entscheidende Zukunftsaufgabe."

Seit September 2016 ist Psyma offizieller Marktforschungspartner des Deutschen Pflegetags in Berlin, mit dem Auftrag, professionell Pflegende zu ihrem Denken, Fühlen und Wahlverhalten zu befragen. Stephanie Hollaus von Psyma berichtete bei der Pressekonferenz, dass die Ergebnisse des „Deutschen CARE Klima-Index" ab Herbst 2017 einmal jährlich veröffentlicht würden. Ziel sei es, deutschlandweit einen ganzheitlichen Stimmungsindikator für den Zukunftsmarkt Pflege zu erhalten. Dieser Klima-Index werde das erste übergreifende Stimmungsbarometer der Pflege sein, da alle relevanten Zielgruppen und Themenfelder in einem befragt würden: Professionell Pflegende, Pflegende Angehörige, chronisch Kranke mit Pflegebedürftigkeit, Ärzte, Apotheker, Kostenträger, Wirtschaftsunternehmen und Kommunen.

Im Rahmen dieses geplanten CARE Klima-Index hat Psyma im Februar eine erste Kurzbefragung mit n=866 Mitarbeitern aus der professionellen Pflege zur Stimmung vor der Wahl durchgeführt. Die Ergebnisse zeigen eindeutig, dass sich die Branche zu wenig beachtet fühlt. Nicht nur die Energiewende und innere Sicherheit, sondern sogar das Thema Maut hätten eine höhere Priorität in der Politik als die Pflege. 17 Prozent der Befragten fühlten sich von den etablierten Parteien überhaupt nicht vertreten. Beruhigend: Mit nur 2 Prozent hätten rechtspopulistische Positionen in der Branche keinen Rückhalt. Aber mehr als 40 Prozent der Befragten trauten den Parteien keine Pflegekompetenz zu. Dies sei ein klares Zeichen dafür, dass Politik und Parteien hier gefordert seien, sich zukünftig mehr zu engagieren. Nicht nur die Arbeitsbedingungen, sondern auch die Attraktivität des Berufsbildes insgesamt müssten dringend verbessert werden: Denn 30 Prozent der Befragten würden ihren Beruf in keiner Weise weiterempfehlen. Mehr zur Umfrage unter https://www.psyma-care.com/de/

Stephanie Hollaus
Senior Consultant – Head of Research Unit & Consulting

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.

Neues aus dem Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP)

Das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) leistet einen bedeutenden Beitrag dazu, wichtige Themen in der Pflege bewusst zu machen, Informationen zu bündeln und die Betroffenen zu stärken. Um Abrechnungsbetrug und schlechter Pflege beizukommen, ist es entscheidend, dass die Menschen Anhaltspunkte dafür haben, was Pflegequalität ist.

Gute Pflege erkennen: Der neue ZQP-Ratgeber hilft, ambulante Pflege besser zu verstehen Für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen ist es oftmals nur sehr schwer nachzuvollziehen, was ambulante Pflege eigentlich bedeutet und was dabei geleistet wird. Der neue ZQP-Ratgeber „Gute Pflege erkennen" hilft ihnen dabei, dies besser einschätzen zu können. Der Ratgeber soll zum Austausch zwischen Pflegebedürftigen, pflegenden Angehörigen und professionell Pflegenden auf Augenhöhe beitragen. Er fasst verbrauchergerecht zusammen, was in fachlichen Leitlinien und verschiedenen ethischen und rechtlichen Dokumenten festgehalten ist. Alle Informationen entsprechen dem aktuellen Wissensstand. Im Fokus stehen häufig vom Pflegedienst erbrachte Leistungen, wie z. B. die Unterstützung bei der Körperpflege oder die Vorbeugung von Druckgeschwüren. Hierbei wird erläutert, was zur Beratung und zum Handeln professionell Pflegender gehört und was bei der Pflege nicht sein sollte. Zudem erhält der Leser Tipps, was bei Fragen und Problemen zu tun ist. Der Ratgeber kann kostenlos per E-Mail an bestellung@zqp.de bestellt, unter www.zqp.de gelesen oder heruntergeladen werden.

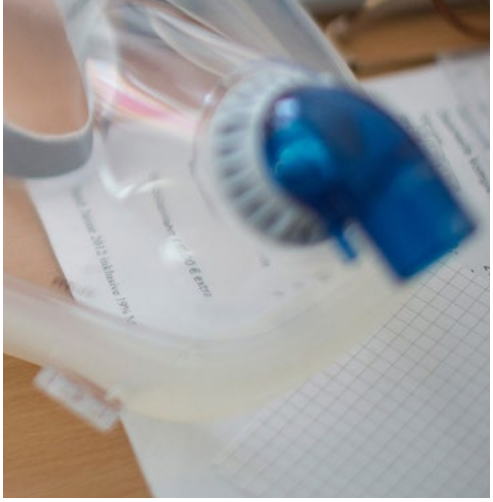
Umgang mit Scham: Der neue ZQP-Ratgeber gibt Tipps zum Umgang mit Schamgefühlen. Schamgefühle helfen, sich zu schützen und Grenzen zu wahren. In der Pflege können Intimgrenzen aber nicht immer eingehalten werden, z. B. wenn jemand inkontinent ist. Dann ist von den Pflegenden besonderes Feingefühl gefordert, um den Gepflegten nicht zu verletzen. Gleichzeitig haben Pflegende häufig mit eigenen Schamgefühlen zu kämpfen. Damit dies auf Dauer nicht zu einer schwerwiegenden Belastung für beide Seiten wird, an der die Pflege vielleicht sogar scheitert, hat das ZQP den neuen Ratgeber „Umgang mit Scham" entwickelt. Dieser bietet pflegenden Angehörigen fundiertes Wissen und praktische Tipps, damit sie mit ihren eigenen Schamgefühlen und denen ihres pflegebedürftigen Nächsten besser umgehen können.

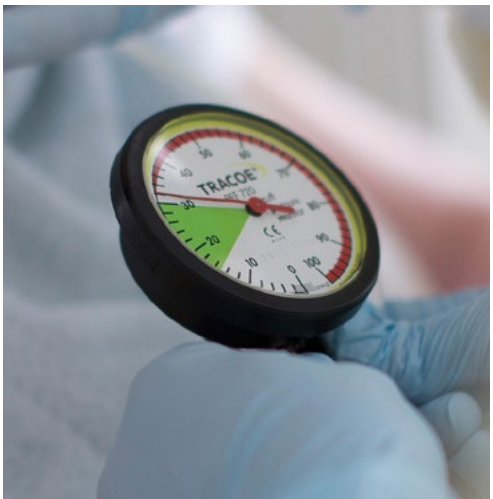
Den Ratgeber gibt es zum Download unter https://www.zqp.de/wp-content/uploads/ZQP_SchamTabu2017.pdf.

Aktuelle Leitlinien und Standards für die Pflege auf einen Blick

Für die professionelle Pflege sind Leitlinien und Standards – wie die Expertenstandards – wichtige Qualitätsmaßstäbe. Sie bündeln aktuelles Wissen und bieten Handlungsorientierung. Bei der Vielzahl der vorliegenden Dokumente fällt es allerdings selbst Experten häufig schwer, den Überblick über deren Gegenstand, Aktualität und Güte zu behalten. Das ZQP bietet daher eine einzigartige, kostenlose Datenbank zu pflegerelevanten Leitlinien und Standards, die z. B. Pflegenden, Lehrenden und Lernenden sowie Wissenschaftlern leichten Zugang und umfängliche Informationen bietet. Die Datenbank hat das ZQP in Kooperation mit dem Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg auf Grundlage einer systematischen Literaturrecherche umfassend aktualisiert. Die Übersicht umfasst jetzt 161 deutsch- und englischsprachige Leitlinien und Standards.

Mehr zur ZQP-Datenbank unter www.zqp.de/pflegeleitlinien





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.

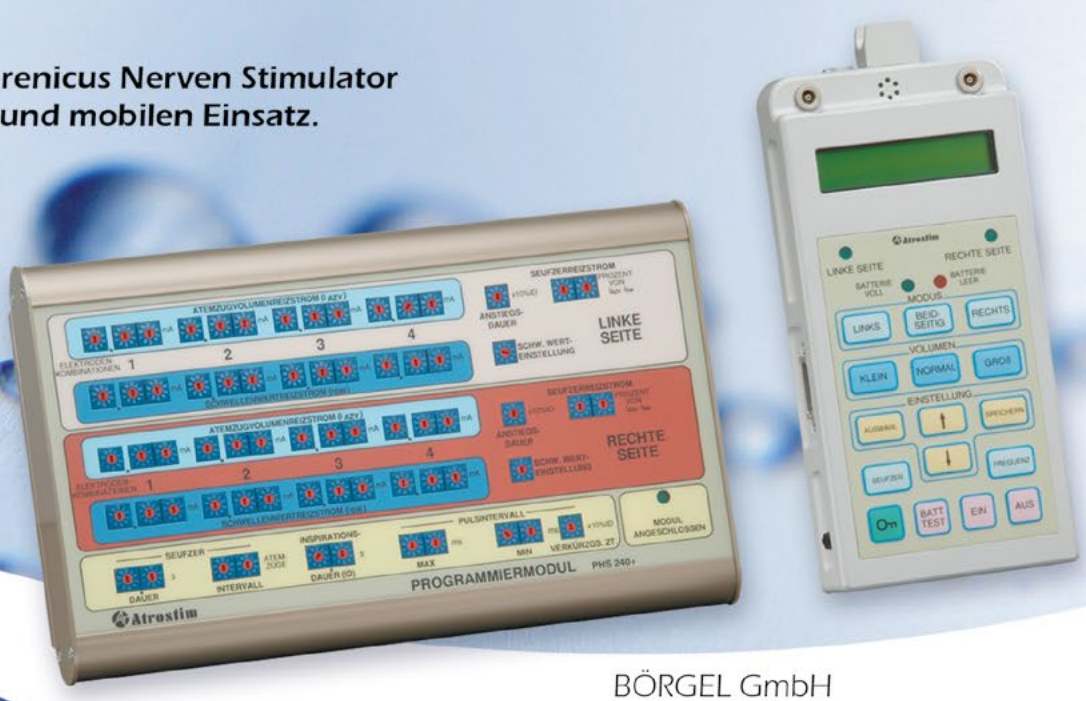
Unsere Leistungen:

- 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

Geplantes Anleiten „Lernprozessbegleitung“

Im Dezember 2016 schrieb Nadine Jopp, Altenpflegerin mit Weiterbildung zur Intensivpflegekraft, im Rahmen eines Weiterbildungslehrgangs eine Projektarbeit zum Thema Geplantes Anleiten: „Lernprozessbegleitung“. An ihrer Arbeitsstelle ist sie für die neuen Kollegen und Schüler zuständig. Deshalb absolvierte sie die Weiterbildung zur Praxisanleiterin. Für die Praxisanleitung stehen ihr monatlich 16 Stunden zur Verfügung. Dieser Text ist ein Beispiel für das hohe Niveau einer Praxisanleitung von Pflegeschülern in der Beatmungspflege.

1. Einleitung

Seit Mai 2015 arbeite ich in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung, die 2012 eröffnet wurde und Raum für sechs Klienten bietet. Da hier eine 24 Stunden Versorgung notwendig ist, arbeiten die Mitarbeiter im 2-Schicht-System: Tagdienst von 08.00 – 20.00 Uhr mit vier Pflegekräften, Nachdienst von 20.00 – 08.00 Uhr mit zwei Pflegekräften. Wir haben Kollegen mit verschiedenen Qualifikationen: langjährige Intensiverfahrung (klinisch oder außerklinisch), Fachweiterbildung, dreijährige Berufsausbildung in der Kranken- oder Altenpflege mit Weiterbildung in der außerklinischen Intensivpflege, die betriebsintern angeboten wird, und ausgebildete Pflegehelfer bzw. medizinische Fachangestellte, ebenso bilden wir Altenpfleger aus. Eine Hauswirtschaftskraft ist für die Grundreinigung verantwortlich, unterstützt das Team bei Bestellungen, Botengängen etc. und kocht im Bedarfsfall für die Klienten.

Neue Mitarbeiter werden anhand eines Einarbeitungskonzepts vier Wochen eingelernt. Außerdem werden Vor- und Planungsgespräche, Praxisanleitungen etc. mit dem Praxisanleiter angeboten.

2. Anleitung mit Schülerin B., 2. Lehrjahr Altenpflege, Tracheostomapflege

2.1. Begründung zur Auswahl der Schülerin und des Klienten

B. möchte erlerntes Wissen aus der Schule in der Praxis anwenden. Da das Thema Tracheostomapflege erst kürzlich im Unterricht behandelt wurde, war es uns wichtig, dies zeitnah in die Praxis umzusetzen. Die Suche nach einem geeigneten Klienten gestaltete sich anfangs schwierig, da ich Bedenken hatte, ob die Durchführung an einem beatmeten Klienten zu anspruchsvoll für die Schülerin sei. Im Gespräch mit B. entschieden wir uns dann doch für Herrn M. (invasiv beatmet aufgrund von COPD), da dieser eine Stütze für die Schülerin ist. Sie haben eine gute Beziehung zueinander, Herr M. atmet spontan, kann die Trachealkanüle festhalten, hat keinen stark ausgeprägten Hustenreiz und kann sich verbal und nonverbal äußern. Außerdem ist B. sehr motiviert und interessiert, hat sich viel Wissen angeeignet und auch des Öfteren einen beatmeten Klienten versorgt, selbstverständlich ausschließlich in Anwesenheit einer Pflegefachkraft.

2.2. Vorbereitung

Im Vorgespräch haben wir uns gemeinsam den Standard Tracheostomapflege und die schulischen Unterlagen angeschaut. Um das Wissen der Schülerin über Tracheostoma & Tracheostomapflege abzufragen, haben wir verschiedene Themen durchgesprochen, wie z.B. welche Trachealkanülen es gibt. Sie konnte mir verschiedene Materialien, Formen und Zusatzfunktionen aufzählen und beschreiben. Hierzu haben wir uns gemeinsam verschiedene Modelle, die in unserer Einrichtung verwendet werden, angeschaut. Anschließend habe ich B. den Unterschied zwischen geblockter und ungeblockter Trachealkanüle, den Cuff und dessen Funktion erklärt. Außerdem zählte sie Vorteile und mögliche Komplikationen eines Tracheostomas auf.

Ich erfragte B.‘s Wissen über den Ablauf der Reinigung einer Trachealkanüle und welche Materialien benötigt werden. Nachdem sie alles korrekt aufgezählt hatte, habe ich ihr die Durchführung an einem beatmeten Klienten gezeigt. Gemeinsam legten wir die Lernzielvereinbarung fest: korrekte, hygienische Durchführung der Tracheostomapflege. Im Anschluss führte B. diese unter meiner Anleitung selbst an Herrn M. durch.

2.3 Durchführung

Nach dem Vorbereitungsgespräch gehen wir zum Klienten. Die Schülerin hat die Händedesinfektion nach Verfahrensanleitung und unter Berücksichtigung der Einwirkzeit von 30 Sekunden durchgeführt, anschließend am Klientenzimmer angeklopft und wir betraten es, nachdem Herr M. uns hereingebeten hatte.

An der Tür hängen Schutzkittel, Mundschutz und Handschuhe liegen auf dem Pflegewagen daneben. Zum Schutz der Pflegekräfte, jedes Klienten und auch der Angehörigen werden diese bei jedem Klienten im Zimmer getragen. B. zog sofort nach dem Betreten des Zimmers Schutzkittel, Mundschutz und Handschuhe an.

Anschließend fragte sie den Klienten nach seinem Befinden und informierte ihn, dass sie heute die Tracheostomapflege durchführen werde. Sie lagerte den Klienten auf dem Rücken, mit leicht erhöhtem Oberkörper. Sie führte einen Handschuhwechsel mit korrekter Händedesinfektion durch. Die Schülerin desinfizierte den Pflegetisch und stellte alle Materialien, wie eine neue Tracheostomakompresse, Reinigungspads, Handschuhe, ein neues Halteband, Desinfektionsmittel, eine Innenseele und eine Dose Reinigungskonzentrat für Innenkanülen darauf.

Das Konzentrat setzte B. korrekt nach den Herstellerangaben, die sie dem Aufkleber auf der Flasche entnahm, zusammen. Die Einwirkzeit des Flächendesinfektionsmittels (15 Minuten) beachtete sie hierbei nicht, auch die benötigten Utensilien hat sie unsortiert bereit gelegt. Den Abwurfbehälter platzierte sie korrekt am Bett, sodass frisches Material nicht kontaminiert wird. Schülerin B. zog frische Handschuhe an, zuvor desinfizierte sie ihre Hände. Zwischenzeitlich saugte ich Herrn M. ab. Die Schülerin forderte den Klienten auf, die Trachealkanüle an der Halteplatte zu sichern. Sie entschied, dem Klienten nicht die Hände zu desinfizieren, da er sich diese unmittelbar zuvor am Waschbecken gewaschen hatte. Nachdem B. die verschmutze Trachealkompresse entfernt und entsorgt hatte, führte sie eine Handschuhdesinfektion mit richtiger Händedesinfektion durch. Anschließend inspizierte sie die Haut auf Infektion/Rötung und reinigte das Tracheostoma mit den Reinigungspads. Da es ein intaktes Stoma ist, hat sie vom Stomakanal weg gereinigt und nach jedem Wisch ein neues Pad genommen. Sie legte eine frische Tracheostomakompresse und ein neues Halteband an. Damit das Haltebändchen nicht zu fest oder zu locker ist, überprüfte sie es mit der „zwei Finger Regel", das heißt, sie schob zwei Finger zwischen Hals und Band und korrigierte es, nachdem auch der Klient die Rückmeldung gab, dass es zu locker sitzt. Sie erkundigte sich schließlich bei Herrn M., ob es nun passt. Dieser stimmte zu. Nun begann B. mit dem Wechsel der Innenseele. Hierzu forderte sie den Klienten auf, die Beatmung zu entfernen. Herr M. kam der Aufforderung nach, nahm die Gänsegurgel ab und legte sie auf eine saubere Unterlage (vom sterilen Handschuh, welchen ich zu Beginn beim Absaugen zur Seite gelegte habe). Die Schülerin entfernte die Innenseele, legte sie in die vorbereitete Dose mit Reinigungskonzentrat, setzte sofort die frische Innenkanüle ein und forderte den Klienten auf, die Beatmung wieder anzuschließen. Nachdem die Einwirkzeit von einer Minute eingehalten worden war, reinigte die Schülerin die schmutzige Innenseele, spülte diese mit der Reinigungsbürste unter fließendem Wasser durch und legte sie in eine frische Dose. Diese deckte sie mit einem frischen Papiertuch ab, damit die Kanüle lufttrocknen kann. Die Schülerin zog die Handschuhe aus und führte die Händedesinfektion durch, allerdings nicht korrekt und nicht unter Berücksichtigung der Einwirkzeit. Während der Durchführung hatte sie genau auf die Mimik des Klienten geachtet und sich bei ihm erkundigt, ob alles in Ordnung ist.

2.3 Nachbehandlung

Schülerin B. zog frische Handschuhe an, desinfizierte die Materialien, räumte sie auf und desinfizierte den Pflegetisch. Sie zog die Handschuhe wieder aus und führte die Händedesinfektion korrekt durch. Im Anschluss dokumentierte sie im Leistungsnachweis die Tracheostomapflege sowie den Wechsel der Innenkanüle. Des Weiteren beschrieb sie in der Wunddokumentation den Hautzustand des Tracheostomas folgerichtig als rosig und reizlos. Die Dokumentation erfolgte mit ihrem Handzeichen, ich zeichnete mit meinem Handzeichen gegen.

2.4. Nachgespräch / Resümee

Hier reflektierte sich die Schülerin selbst. Ihr ist aufgefallen, dass sie einmal die Einwirkzeit der Händedesinfektion nicht beachtet und diese auch nicht richtig durchgeführt hat. Sie äußerte, das ihr nicht immer klar sei, wann sie die Händedesinfektion oder auch den Handschuhwechsel durchführen müsse. Sie müsse sich jeden einzelnen Schritt genau überlegen, da es im Pflegealltag von den Kollegen schnell durchgeführt und zum Teil auch vergessen werden würde. Ich habe B. jedoch gelobt, dass die Durchführung hygienisch gut war und es wichtig ist, jeden einzelnen Schritt durchzudenken und zu hinterfragen. Auch der Klient hat die Schülerin während der Anleitung viel gelobt und ihr schließlich eine Schulnote 1 mit Stern gegeben. Sie hat sich dadurch sehr ernst genommen gefühlt und sich über unser Lob sehr gefreut. Ich habe sie dennoch darauf hingewiesen, den Arbeitsplatz in Zukunft besser vorzubereiten, da die Materialien unsortiert auf dem Tisch lagen und sie die Einwirkzeit des Flächendesinfektionsmittels nicht beachtet hatte. Sie lächelte verlegen, stimmte mir zu und nahm diese Kritik an.

B. bedankte sich bei mir für die tolle Anleitung und dass ich mir viel Zeit genommen hatte. Ihr hat die Vorbereitung, das ausführliche Gespräch, sehr gut gefallen.

Ich habe die Schülerin während der Durchführung als sehr aufgeregt und konzentriert empfunden. Sie hat Verbesserungsvorschläge unserer letzten Gespräche angenommen und umgesetzt. Während der Anleitung habe ich mich sehr wohl gefühlt, da wir ein gutes Vorgespräch hatten und ich genau wusste, auf welche Lernzielvereinbarung ich achten muss und wo B.s Schwächen liegen. Unser Resümee ist, dass die Vorbereitung für eine Anleitung das A und O ist.

Für die nächste Teambesprechung habe ich mir vorgenommen, das Thema unzureichende Hygiene im Pflegealltag aufzugreifen. Ich möchte meinen Kollegen nahebringen, dass wir zu jeder Zeit ein Vorbild für unsere Schüler sind.

3. Anleitung mit Schülerin D., 1. Lehrjahr, Atemstimulierende Einreibung, kurz: ASE

3.1. Begründung zur Auswahl der Schülerin

Ich habe Schülerin D. gewählt, weil sie in der Schule die Pneumonieprophylaxe durchgenommen haben und sie ihr theoretisches Wissen in der Praxis umsetzen wollte. Außerdem legten wir bei unserem letzten Planungsgespräch die Durchführung einer ASE als Lernziel fest.

3.2. Vorbereitung

Wir haben uns die Verfahrensanweisung Pneumonieprophylaxe angeschaut und beschlossen, gemeinsam eine ASE durchzuführen. Die Schülerin wusste, dass die Einreibung dem Klienten zu einer gleichmäßigen, tiefen und ruhigen Atmung verhilft. Zudem fördert sie die Körperwahrnehmung und die Konzentration auf die Atmung. Zu Beginn haben wir uns einen kleinen Film über eine ASE von THEMEs Altenpflege angeschaut und besprochen. Anschließend habe ich die ASE an ihrem Rücken demonstriert, damit sie selbst die Erfahrung machen kann und dabei jeden einzelnen Schritt erklärt. Danach sollte sie die ASE an meinem Rücken versuchen. Dies bedurfte mehrerer Versuche, da noch viele Fragen bei D. offen waren. Da während der Durchführung nicht gesprochen werden soll, konnten wir erst zu einem Klienten übergehen, als die Schülerin zunehmend sicherer wurde. Um die letzten Unklarheiten zu beseitigen, beschloss ich, die Einreibung noch an einem Klienten im Sitzen zu demonstrieren. Wir besprachen die letzten Einzelheiten, sodass sich D. nun zutraute, die ASE, unter Anleitung, selbst an einem Klienten durchzuführen. Gemeinsam setzten wir Pflegeziele fest: korrekte Durchführung der ASE.

Die Schülerin desinfizierte sich korrekt die Hände, unter Berücksichtigung der Einwirkzeit. Sie informierte den Klienten, überprüfte, ob das Fenster geschlossen und die Heizung aufgedreht ist. Da das Zimmer bereits geheizt war, konnten wir direkt beginnen. D. schloss die Zimmertür, damit wir ungestört sind und der Klient sich auf die Einreibung konzentrieren kann. D. stellte den Hocker und die Körperlotion zurecht.

3.3. Durchführung

Nach der Grundpflege hat D. den Klienten gebeten, sich auf den Hocker am Waschbecken zu setzen, die Arme bequem abzulegen und den Rücken frei zu machen. Nach der korrekten Händedesinfektion verteilte sie eine W/O Lotion gleichmäßig in den Handflächen und wärmte diese an. Nun begann sie, die Lotion auf dem Körper, vom Nacken aus zum Steiß, aufzutragen. D. hatte eine sehr einfühlsame, ruhige Art. In großen Kreisen und unter leichtem Druck strich sie über die Haut. Die Ausatmung hatte sie durch intensive Berührung direkt rechts und links neben der Wirbelsäule eingeleitet und übte Druck mit Zeigefinger und Daumen aus. Die Einatmung erfolgte beim Schließen der Kreise ohne Druck. Das Ein- und Ausatemverhältnis betrug 1:2. Die Einreibung erfolgte immer in kreisenden Bewegungen – vom Nacken zum Steiß hin. D. verlor nie den Hautkontakt: unten angekommen, nahm sie die Hände auseinander, versetzt vom Körper, und platzierte sie wieder am Nacken. Diesen Vorgang wiederholte sie acht Mal hintereinander. Währenddessen gab es kein Gespräch zwischen Klient und Schülerin. Nach der ASE zog D. dem Klienten ein Shirt an und ließ ihn ruhen.

3.4. Nachbereitung

D. wusch sich die Hände im Zimmer, verließ es und führte draußen die Händedesinfektion korrekt durch. Nach ca. 15 Minuten gingen wir zum Klienten und fragten nach seinem Befinden. Er teilte uns mit, dass er die ASE als sehr angenehm und entspannend empfunden habe und lobte die Schülerin. Dann desinfizierte D. die Materialien und räumte diese auf. Hierfür trug sie Handschuhe. Als sie damit fertig war, zog sie die Handschuhe aus und führte eine korrekte Händedesinfektion durch, unter Beachtung der Einwirkzeit.

3.5. Nachgespräch / Resümee

Bei dem Nachgespräch reflektierte sich die Schülerin selbst und sagte, dass es ihr sehr viel Spaß gemacht habe. Ihrer Meinung nach hätte sie alles richtig gemacht. Ich habe sie für die Durchführung der ASE gelobt. Einziger Kritikpunkt war ihre Körperhaltung, denn sie stand mit gekrümmtem Rücken hinter dem Klienten. Ich habe sie darauf hingewiesen, rückenschonend zu arbeiten und ihr empfohlen, sich das nächste Mal auf einen Stuhl hinter den Klienten zu setzen. Außerdem teilte ich ihr mit, dass ich anhand der Beatmungsparameter erkennen konnte, dass sich der Klient auf die Einreibung konzentriert und eingelassen hat, da die Atemfrequenz gesunken sei.

Die Schülerin freute sich sehr über die Rückmeldung und nahm den Verbesserungsvorschlag dankend an.

D. fand es klasse, dass ich ihr vorher an ihrem eigenen Rücken eine ASE demonstriert hatte, denn so konnte sie spüren, wie die Technik funktioniert und wie es sich für den Klienten anfühlt. Auch ich konnte an meinem Rücken spüren, ob sie die Einreibung verstanden hatte und den Druck richtig einsetzt. Dadurch war sie bei dem Klienten gut vorbereitet, konnte somit die ASE in Ruhe und ohne Unterbrechungen durchführen.

Unser Resümee nach dieser Anleitung ist, dass der Lerneffekt bei Selbsterfahrung am Größten ist. Mir selbst hat die Anleitung auch viel Spaß gemacht.

Die zitierten Verfahrensanleitungen können bei der Redaktion angefordert werden.

Nadine Jopp

„Die Fort- und Weiterbildung in der außerklinischen Beatmung ist mir eine Herzensangelegenheit, weil sie direkt der verbesserten Patientenversorgung zugute kommt!

Der Basiskurs Außerklinische Beatmung legt hier wichtige Grundsteine!“

Dr. med. Peter Schneiderat

Facharzt für Neurologie, Palliativmedizin, Notfallmedizin

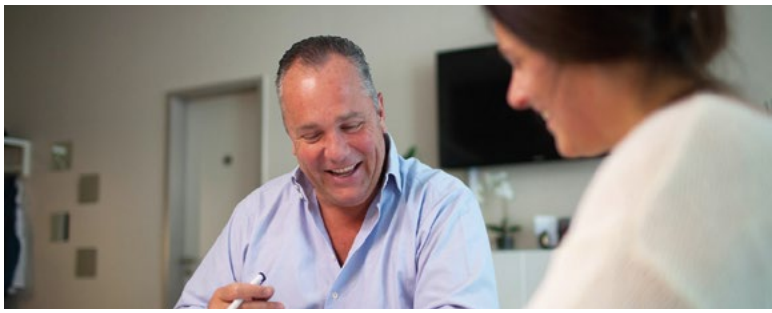
Langjährige Tätigkeit an universitärer neuromuskulärer Schwerpunktklinik mit nichtinvasiver und invasiver Beatmung von Patienten mit Muskeldystrophien und amyotropher Lateralsklerose

Aktuell Oberarzt der Klinik für Innere Medizin am Klinikum Landsberg am Lech

WISSEN VERMITTELN

IHCC AKADEMIE

BASISKURS
Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung/DIGAB



Jetzt auch direkt online buchbar.

TERMINE

04.09. - 08.09. | Kerpen bei Köln

25.09. - 29.09. | Landsberg am Lech

09.10. - 13.10. | Leonberg

06.11. - 10.11. | Bad Kissingen

27.11. - 01.12. | Landsberg am Lech

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

Terminkalenderdownload unter: www.ihcc-akademie.de

IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
Ottobrunner Straße 41 | 82008 Unterhaching
Tel. 089 540 42 68 -0 | Mail info@ihcc.mobi

Wertschätzung – die Grundlage des pflegerischen Handelns

Vermutlich gibt es kein Pflegeleitbild, in dem nicht der Begriff der Wertschätzung steht. Wertschätzender Umgang mit Pflegekunden und ihren Angehörigen, aber auch der Mitarbeiter untereinander, wird als eine der Grundlagen pflegerischen Handelns betrachtet. Fragt man aber nach, wie denn diese Wertschätzung ganz praktisch aussieht, dann fällt es vielen Pflegekräften schwer, konkrete Möglichkeiten der Wertschätzung zu nennen oder auch nur den Begriff zu definieren. Grund genug, sich Wertschätzung genauer anzuschauen.

Wertschätzung wird oft mit Lob und Anerkennung von Leistung gleichgesetzt. Demnach erhält nur jemand Wertschätzung, wenn er eine gute Leistung erbracht hat. In diesem Zusammenhang ist der Begriff der Wertschätzung falsch verwendet, denn Wertschätzung ist viel mehr - sie ist eine Haltung, die immer auch den Menschen sieht und nicht nur seinen Ertrag. In Wikipedia findet sich eine schöne und kompakte Definition: „Wertschätzung bezeichnet die positive Bewertung eines anderen Menschen. Sie gründet auf eine innere allgemeine Haltung anderen gegenüber. Wertschätzung betrifft einen Menschen als Ganzes, sein Wesen. Sie ist eher unabhängig von Taten oder Leistung, auch wenn solche die subjektive Einschätzung über eine Person und damit die Wertschätzung beeinflussen. Wertschätzung ist verbunden mit Respekt, Wohlwollen und drückt sich aus in Zugewandtheit, Interesse, Aufmerksamkeit, Freundlichkeit.“ (1) Zusammenfassend lässt sich sagen, echte Wertschätzung betrachtet den Pflegekunden, Angehörigen oder Kollegen als Person, der aufgrund seiner Persönlichkeit und seiner Einzigartigkeit schon wertvoll ist. In der Klientenzentrierten Psychotherapie nach Carl Rogers gehört bedingungslose Wertschätzung – neben Empathie und Kongruenz (Echtheit) – zu den drei therapeutischen Grundhaltungen gegenüber dem Klienten. Ich meine, diese drei Grundhaltungen können und müssen auch für die Pflege gelten.

Wertschätzung ist ein zentrales Bedürfnis von Menschen – im Privaten genauso wie im Berufsleben. Menschen wollen mit dem was sie sind und tun gesehen und anerkannt werden. Es ist bewiesen, dass Wertschätzung, die von Herzen kommt, das Selbstwertgefühl steigert, motivierend wirkt, Kräfte freisetzt, Zuversicht steigert und Veränderungsprozesse fördert. Aber noch einmal, sie muss von Herzen kommen, die Haltung dahinter muss vom Anderen spürbar sein, damit Wertschätzung wirken kann. Ein achtlos gemachtes Lob, einfach etwas ohne Herz und Seele sagen oder tun wird genau das Gegenteil bewirken. Der Andere wird spüren, dass es sich nur um ein Lippenbekenntnis handelt.

Echte Wertschätzung beginnt immer bei der Pflegekraft selbst. Hand auf’s Herz, wie oft sehen wir nur die Unzulänglichkeiten des Anderen, wie oft stellen wir fest, was der Andere aus der eigenen Sicht falsch macht oder anders machen könnte. Gerade die sog. „schwierigen“ Patienten oder „schwierigen“ Angehörigen bekommen diese Bewertung ja nicht ohne Grund. Wertschätzung beginnt damit, dass sich Pflegekräfte reflektieren und ihren Anteil oder den des Teams an einer solchen schwierigen Versorgung erkennen. Mögliche Fragen zur Selbstreflexion könnten sein: Mit welcher Haltung oder Einstellung gehe ich in den Dienst? Möchte ich einen angenehmen und ruhigen Dienst, der meine Routinen nicht stört oder nehme ich Pflegekunde und Familiensystem mit ihren Vorstellungen von Leben, Familie und Pflege an und unterstütze sie in ihrem Bewältigungshandeln und ihren Lebensvorstellungen?

Wertschätzung lässt sich auf verschiedenste Art und Weise ausdrücken. Jeder Mensch hat im Laufe seines Lebens eine eigene „Sprache der Wertschätzung“ entwickelt. Im Idealfall erkenne ich als Pflegekraft, welche Sprache der Wertschätzung mein Pflegekunde und seine Angehörigen oder meine Kollegen sprechen. Zudem ist es wichtig, die eigene „Sprache der Wertschätzung“ zu finden.

Dabei helfen folgende Fragen:

1. Was kränkt mich ganz besonders am Verhalten von Anderen? Das Gegenteil davon ist wahrscheinlich meine bevorzugte Sprache.

2. Was erbitte ich besonders von meinem Gegenüber? Das, was ich mir am meisten wünsche, ist wahrscheinlich für mich auch der klarste Wertschätzungsbeweis.

3. Auf welche Weise bekunde ich selbst vorzugsweise Wertschätzung anderen gegenüber? Die Sprache, die ich überwiegend benutze, ist auch die, die ich wertschätzend erlebe. (vgl. 2)

Um wirkungsvoll andere Menschen wertschätzen zu können, braucht es nachfolgende Voraussetzungen (vgl. 2):

1. Ich muss meine eigene Sprache der Wertschätzung kennen.

2. Ich brauche die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel, d.h. ich muss mich in den Anderen und seine Situation einfühlen können, um treffende Annahmen über ihn machen zu können.

3. Ich erkenne die bevorzugten Sprachen der Wertschätzung des Anderen, indem ich beobachte, welche Wertschätzungssprache mein Gegenüber häufig benutzt. Diese Art der Wertschätzung will er/sie nämlich in aller Regel auch zurückbekommen.

4. Ich nutze die bevorzugte Sprache des Anderen, wenn ich Anerkennung ausdrücken will.

Es lassen sich sechs verschiedene Sprachen der Wertschätzung unterscheiden (vgl. 2):

Kräftigende und anerkennende Worte

Im täglichen Miteinander benutzen wir meist Worte, häufig ohne nachzudenken, was diese Worte beim Anderen bewirken könnten. Worte können verletzen, sie können aber auch Respekt und Anerkennung vermitteln, sodass sie sich auch als Wertschätzung eignen.

Häufige Herausforderungen sind:

- Wertschätzung wird nicht ausgesprochen, im Sinne „Nicht geschimpft, ist Lob genug."
- Anerkennung kommt nicht von Herzen, sondern wird „gießkannenmäßig" verteilt.

Schritte zu einer authentischen, echten Anerkennung mit Worten:

1. Was hat der Pflegekunde, die Familie oder der Kollege getan oder gelassen, was für ihn (und nicht für mich) eine ganz individuelle Fähigkeit oder auch Leistung ist?

2. Dinge, für die es sich lohnt, sich zu bedanken oder diese zu wertschätzen:

- Energie und Freunde, die jemand einbringt.
- Mut, eine kontroverse Meinung zu äußern, denn sie hilft Klarheit zu gewinnen und zeigt, dass der Andere innerlich dabei ist.
- Das Meistern einer schwierigen oder herausfordernden Situation.
- Da sein.
- Vertraulichkeit, Ausreden lassen, Pünktlichkeit, Unterstützung und Hilfe u.a..

Diese Situationen in Worte fassen (vielleicht zunächst in Gedanken) und dann tatsächlich aussprechen.

Ungeteilte Aufmerksamkeit für den Anderen

Ein Gespräch ist gemeinsame wertvolle Zeit, die sich zwei Gesprächspartner gegenseitig schenken. In den Dialog gehen meint, dem Anderen wirklich zuhören, seine Bedürfnisse und Wünsche erkennen und ihn in seinen Zielen, ggf. auch bei seiner Lösungssuche zu unterstützen – Wertschätzung pur!

Häufige Herausforderungen sind:

- Aktiv zuhören, d.h. so lange zuhören und die eigene Perspektive zurückhalten, bis der Andere sich wirklich verstanden fühlt.
- Nicht in Kategorien „Problem" und „Lösung" denken und keine vorschnellen Ratschläge und Lösung präsentieren (zerstört den Dialog und Austausch).
- Ungestörte Umgebung schaffen und Ablenkungen (Telefon/Handy, PC, Zeitmangel usw.) vermeiden.

Möglichkeiten der Wertschätzung durch ein Gespräch bzw. im Gespräch:

- Regelmäßige Gespräche mit Pflegekunden, Angehörigen oder Kollegen suchen; aktiv und bewusst Zeit für ein Gespräch einplanen, nicht zufällig „zwischen Tür und Angel“ wichtige Dinge bereden.
  Anliegen von Pflegekunden und Angehörigen regelmäßig erfragen, sich für deren Situation, Ängste, Sorgen und Nöte interessieren.
- Anerkennen, dass es dem Anderen so geht wie es ihm geht, und dass er so handelt wie er handelt.
- Aktiv zuhören; sich in die Situation des Anderen einfühlen; durch Fragen versuchen, seine „innere Wirklichkeit“ zu verstehen: „Was macht die Situation mit Ihnen?“, „Was ist Ihre größte Sorge?“, „Was ist für Sie das Schlimmste in dieser Situation?“ usw..
- Schnelle (ungefragte) Ratschläge vermeiden, stattdessen, den anderen bei seiner Lösungssuche mit Fragen unterstützen: „Was ist Ihnen wichtig?“, „Was ist Ihr Ziel in dieser Situation?“, „Was wäre für Sie ein machbarer Schritt?“, „Was möchten Sie ändern?“ usw..
- Erfragen, welche Hilfe, Unterstützung der Andere sich wünscht: „Was wünschen Sie sich von mir?“, „Wie könnte ich Ihnen helfen?“, „Was brauchen Sie gerade?“ usw..
- Auf die Einhaltung typischer Gesprächsregeln achten, z.B. den Anderen ausreden lassen; anerkennen, dass es unterschiedliche Meinungen zu einem Thema gibt; sich für die Meinung der Anderen interessieren; nachfragen, bis man sicher ist, alles richtig verstanden zu haben; zusammenfassen, was man verstanden hat; auf usgeglichene Redezeiten aller achten; Sätze mit „ja, aber…“ vermeiden (heißt meist nein und macht alles zuvor Gesagte wertlos); Gehörtes oder Absprachen notieren (zeigt dem Sprechenden, dass seine Ausführungen als wichtig erachtet und wertvolle Informationen gesichert werden).

Dienstleistungen und Hilfsbereitschaft

Durch eine Hilfsbereitschaft, kleinere oder größere Dienste für einen Anderen, kann nicht nur Hilfe gegeben, sondern auch Wertschätzung und Verbundenheit ausgedrückt werden. Wichtig ist, zunächst anzufragen, ob Hilfe auch erwünscht ist. Die Hilfe muss die eigenen Leistungsmöglichkeiten berücksichtigen und sollte nach Möglichkeit freiwillig sein: die unterstützende Person sollte eher gefragt als beauftragt sein. Wertschätzend unterstützen heißt auch, sich den Vorstellungen und Arbeitsweisen des Anderen anzupassen.

Häufige Herausforderungen sind:

- Handeln und unterstützen ohne frustriert oder verärgert zu sein.
- Gerne und mit Freuden unterstützen, dennoch rechtzeitig Grenzen setzen.
- Das Image des Helfers nicht mehr los werden und dabei seine eigenen Bedürfnisse vernachlässigen.

Möglichkeiten der aktiven Hilfe und Unterstützung:

- Hilfe anbieten, eine Aufgabe übernehmen, wenn jemand überlastet ist oder wenn das Gefühl besteht – aber auch respektieren, wenn die Hilfe abgelehnt wird.
- Bei Überlastung besprechen, wie Aufgaben neu organisiert werden können, indem z.B. Prioritäten geändert werden oder ein Teil der Arbeit an andere Mitarbeiter übergeben wird.
- Jemand Dritten bitten, dem Anderen zu helfen.
- Offen aussprechen, was ein stiller und zurückhaltender Kollege oder auch Angehörige im Hintergrund leisten.
- Jegliche Art von Unterstützung, Hilfe und Dienstleistung anerkennen, auch wenn sie noch so klein erscheint.

Gesten, die von Herzen kommen und berühren

Passende Gesten, Aufmerksamkeiten, kleine Geschenke, die von Herzen kommen (es kommt nicht auf die Größe an) wertschätzen den Anderen. Dabei muss der Schenkende den wirklichen Willen habe, dem anderen etwas Schönes zu geben.

Mögliche Herausforderungen:

- Geste/Geschenk finden, die bzw. das zeigt, dass man sich wirklich gedanklich mit jemand Anderen befasst hat (nicht jeder freut sich über dasselbe) und die Übergabe so gestalten, dass er dies auch spürt. Standardgesten oder Routinegeschenke wirken selten wertschätzend, z.B. jeden Freitag gibt es Kuchen für alle.

Hier können folgende Fragen helfen:

- Was hat das Gegenüber öfter erwähnt, was ihm gefällt oder gut tut?
- Was würde sich das Gegenüber selbst schenken, wenn er oder sie sich belohnen oder trösten will?
- Wann hat eine Geste bzw. ein Geschenk ins „Schwarze getroffen"?

Mögliche Beispiele für die Umsetzung:

- Dinge, die die Firma günstiger bzw. kostenlos bekommt, bzw. zu denen sie leichter Zugang hat als Privatpersonen (z.B. Eintrittskarten zu bestimmten Events).
- Kleine individuelle Gesten zu Weihnachten, Ostern, Geburtstag - überraschend auf den Schreibtisch o.ä. gestellt.
- Geburtstagskarten, mit der Hand geschrieben und mit persönlichem Satz.
- Eis an heißen Sommertagen.
- Notizbuch für jedes Teammitglied als Tagebuch (mit unterschiedlichen Einbänden und persönlicher Widmung).
- Alltagsgesten, z.B. Tür aufhalten, heruntergefallenen Gegenstand aufheben, ein Lächeln, einen Zeitungsartikel für jemanden ausschneiden.
- und vieles andere mehr...

Persönlicher bzw. körperlicher Kontakt

Für manche Menschen ist eine körperliche Berührung, auch wenn es nur ein kurzer Kontakt ist, sehr wichtig. Vor allem bei dieser „Sprache der Wertschätzung" muss sehr genau das Bedürfnis des Anderen eingeschätzt werden.

Mögliche Herausforderungen:

- Eigene Grenzen in Bezug auf körperlichen Kontakt kennen und respektieren.
- Mögliche Stolperfallen beachten: Standardverhalten vs. Kumpanei oder gar sexuelle Belästigung.

Beispiele für die Umsetzung:

- Die Hand geben.
- Auf die Schulter oder den Rücken klopfen.
- Sich mit den Händen abklatschen „Gib Five".
- Beim Kompliment aussprechen, die Hand auf die Schulter legen.
- In den Arm nehmen.

Vertrauen und Zutrauen

Dem Anderen etwas zutrauen zeugt von großer Wertschätzung. Anspruchsvolle Aufgaben werden mit einer Haltung übertragen, die signalisiert, dass man diese dem Gegenüber auch zutraut. In diesem Fall wird eines der wichtigsten menschlichen Bedürfnisse befriedigt, nämlich gestalten und wachsen dürfen, Einfluss haben, gesehen und honoriert werden. Vertrauen entsteht insbesondere auch dadurch, dass der Andere das Gefühl bekommt, dass man ihm bei Schwierigkeiten und Hindernissen den Rücken stärkt.

Mögliche Herausforderungen:

- Grenzen des Gegenübers erkennen, denn manche Menschen neigen dazu, sich selbst an Grenzen zu treiben.
- Den „Rücken stärken“, auch wenn Fehler oder Misserfolge auftreten und trotzdem kritisch-konstruktives Feedback geben.
- Selbst in den Hintergrund treten zu können und dem Anderen die „Lorbeeren“ zu gönnen.
- Ungeliebte Themen delegieren, um sie los zu werden – das wird schnell durchschaut und ist natürlich alles andere als wertschätzend.

Beispiele für die Umsetzung:

- Pflegekunden vertrauen, dass er am besten weiß, was für ihn gut ist und seine Entscheidungen respektieren.
- Angehörige in pflegerische Tätigkeiten einarbeiten und ihnen das Gefühl geben, dass sie diese gut umsetzen.
- Leitung eines Projekts oder Aufgaben an Teammitglieder delegieren, dabei individuelle Wege in der Umsetzung respektieren, gestaltbare Freiräume geben.
- Den Anderen eigenverantwortliche Entscheidungen treffen lassen – auch wenn es nicht die eigene Entscheidung wäre.

Liebe Leserin, lieber Leser, vielleicht werden Sie sagen, das ist doch alles selbstverständlich, natürlich wertschätze ich meine Pflegekunden und ihre Angehörigen und auch meine Kollegen. Doch, Hand auf’s Herz, ist es tatsächlich immer der Fall? Sind wir nicht alle viel zu schnell in Bewertungen und Anklagen, haben wir nicht alle viel zu häufig das Ziel, den anderen zu verändern oder von der eigenen Meinung zu überzeugen, weil wir meinen, Recht zu haben – ohne die andere Seite zu verstehen und deren Meinungen, Bedürfnisse und Wünsche anzuerkennen? Wann haben Sie das letzte Mal tatsächlich echte Wertschätzung gegeben, besonders den Menschen, mit denen der Umgang nicht so leicht ist?

Nehmen Sie sich für einen Tag vor, alle Menschen, mit denen Sie Kontakt haben, wertschätzend zu begegnen. Seien Sie ganz ehrlich zu sich: Fällt mit das leicht oder schwer? Was macht es leicht, wann wird es schwer? Kommt die Wertschätzung wirklich aus dem Herzen oder ist etwas nur so dahin gesagt oder getan? Achten Sie auf Ihr Gegenüber: Wie reagiert es? Was verändert sich im Miteinander?

Wertschätzung kann man lernen! Und ganz nebenbei entstehen mehr Freude und Leichtigkeit. Echte und bedingungslose Wertschätzung kann auch schwierige Beziehungen neu beleben – einer muss nur den Anfang machen, gemäß dem Sprichwort: Wie man in den Wald hinein ruft, so kommt es zurück.

Christine Keller
Gesundheits- und Krankenpflegerin | Lehrerin für Pflegeberufe
Qualitätsberaterin | Wundexpertin
Heilpraktikerin (Psychotherapie) | Systemische Beraterin

LITERATUR
(1) Wikipedia: Wertschätzung. www.wikipedia.org/wiki/Wertsch%C3%A4tzung (Zugriff am 29.05.2017).
(2) Janus GmbH & Co. KG: Die 6 verschiedenen Sprachen der Wertschätzung, 2014.
http://www.janusteam.de/janus-blog-and-newsletter/die-6-verschiedenen-sprachen-der-wertschaetzung (Zugriff am 29.05.2017)

FAHL

SPIRAFLEX®

NEU

MADE IN GERMANY

Individuell verstellbares Kanülenschild

SPIRAFLEX® MRT

- Sehr flexible Spiral-Trachealkanüle
- Hohe Formstabilität durch integrierte Kunststoffspirale
- Während einer Magnetresonanztomografie (MRT) verwendbar
- Individuelle Anpassung der Kanülenlänge durch verstellbares Kanülenschild
- Mit und ohne CUFF verfügbar

SPIRAFLEX® SHORT

- Sehr flexible kurze Spiral-Trachealkanüle
- Hohe Formstabilität durch integrierte Metallspirale
- Besonders während einer Langzeitversorgung gut geeignet
- Vereinfachte Kanülenpflege durch flexible Innenkanülen
- Ausführung mit CUFF

Unser umfangreiches Trachealkanülen-Sortiment finden Sie unter **www.fahl.de**.

ANDREAS FAHL
MEDIZINTECHNIK-VERTRIEB GMBH
August-Horch-Straße 4a · 51149 Köln · **Phone +49(0)22 03/29 80-0**
Fax +49(0)2203/2980-100 · Germany · mail vertrieb@fahl.de · www.fahl.de

Sekretmanagement bei neurologischen Erkrankungen

Das Problem ist bekannt: Im Spektrum der Symptome neurologischer Erkrankungen ist eine Störung des Sekretmanagements der Atemwege häufig Ursache für schwerwiegende Komplikationen. Konkret gehören zu diesen Komplikationen beim Sekretmanagement hier das Management von Speichelfluss (einer echten oder relativen Hypersalivation), Dysphagien sowie das Management von Bronchialsekret. Das Thema ist komplex und kann hier nur in einem ersten Überblick dargestellt werden. Da in kurzer Zeit eine Vielzahl neuer mechanischer Hilfen auf den Markt gekommen ist, werden an dieser Stelle auch nur diejenigen Techniken besprochen, welche aktuell einen offiziellen Empfehlungsgrad erhalten haben. Die Detailanwendung genannter Verfahren ist in den veröffentlichten Leitlinien der beteiligten Fachgesellschaften zu finden.

Die Bandbreite der Komplikationen beim Sekretmanagement ist groß: Die bei Patienten auftretenden Beschwerden reichen von relativ ungefährlichen Symptomen wie einem vermehrten Speichelfluss mit Speichelaustritt aus dem Mund bis hin zu schwerwiegenden, potenziell lebensgefährdenden Komplikationen wie Lungenentzündungen durch den permanenten Übertritt von Speichel in die Bronchialwege oder wegen insuffizienten Abhustens von Bronchialsekret.

Man muss im Hinblick auf die Sekretbildung genau differenzieren: Im Falle der Hypersalivation handelt es sich in aller Regel nicht um eine tatsächliche Überproduktion von Speichel, sondern um eine relative Überproduktion. Das bedeutet, dass der Speichel nicht in normaler Weise aus dem Mund transportiert und/oder geschluckt werden kann. Im Rahmen neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen tritt die echte vermehrte Produktion von Speichel meist als Nebenwirkung einer pharmakologischen Therapie mit Neuroleptika auf. Die Gabe von Dopaminantagonisten kann zu einer verminderten Schluckfrequenz führen – ein Beispiel für eine pharmakologisch induzierte relative Hypersalivation.

Dysphagien können durch eine verringerte muskuläre Kraft im Mund- und Rachenbereich, sensible Defizite des Schluckapparates oder zentralnervöse Störungen, welche die Koordination der am Schluckakt beteiligten Muskulatur beeinflussen, bedingt sein.

Die Folgen können schwerwiegend sein: Je nach Schwerpunkt der Einschränkungen können hier die Symptome der Schluckbeschwerden im Mund- oder Rachenbereich sowie in der Speiseröhre auftreten. Der Speichelaustritt wird von den Patienten oftmals nicht nur als lästig, sondern aufgrund der gesellschaftlich negativen Konnotierung als stigmatisierend empfunden. Darüber hinaus kann er aufgrund des feuchten Milieus bei mobilitätseingeschränkten Patienten ein Problem für die Pflege darstellen. Wenn es bei einem Patienten mit Schluckstörung zu einem Speichelübertritt in die Luftröhre kommt und wenn dieser Speichel nicht effektiv abgehustet werden kann (entweder aufgrund einer herabgesetzten Sensibilität oder aufgrund einer muskulären Schwäche), dann kann der eingeatmete Speichel zu einer rezidivierender Lungenentzündung führen. Diese stellen eine vitale Bedrohung der Patienten dar und müssen unter Einsatz der zur Verfügung stehenden Hilfen verhindert werden.

Die Risiken, die mit Schluckstörungen einhergehen, sind enorm: Dysphagien stellen eine wesentliche Gefährdung von Patienten dar, sind ein für den Rehabilitationsverlauf negativer Prädiktor und gehen mit einer erhöhten Rate an Komorbidität einher (1). Klinische Symptome einer Dysphagie können in unterschiedlicher Form auftreten – dazu gehören Unterernährung, Exsikkose, dauerhaft feuchte Lippen/Speichelaustritt aus dem Mund, Speisereste oder Speichelansammlungen im Mund, Flüssigkeitsaustritt aus der Nase während des Schluckens, andauerndes Husten oder Würgereiz, ein rasselndes Atemgeräusch, eine belegte Stimme oder ein vermehrtes Räuspern. Auch Symptome einer Entzündung können, wie zum Beispiel beim Auftreten von Pneumonien, einen indirekten Hinweis auf eine Schluckstörung geben. Von besonderer klinische Relevanz sind vier Symptome (Dysphagieprädiktoren nach Daniels), die auf das Auftreten von Aspiration oder den stillen Übertritt von Speichel in die Luftröhre hinweisen: das Auftreten von gestörter Lautbildung (Dysarthrie), Stimmstörung (Dysphonie), abnormer willkürlicher Hustenstoß und Husten nach Wasserschlucken.

Exakt diagnostizieren und gezielt handeln: Um den Schutz neurologisch erkrankter Patienten vor Aspiration zu gewährleisten und gegebenenfalls eine adäquate Therapie bei festgestellter Schluckstörung anbieten zu können, bedarf es einer differenzierten Schluckdiagnostik (2). Als klinisches Tool steht hier das für Pflegepersonal geschaffene System des standardisierten Schluckassessments nach Perry zur Verfügung. Des Weiteren können die Dysphagieprädiktoren nach Daniels erfasst werden (s.o.). In der klinisch-apparativen Zusatzdiagnostik werden insbesondere die FEES (fiber endoscopic evaluation of swallowing) und die Videofluoroskopie eingesetzt, wobei letztgenannte bei neurologischen Fragestellungen eine untergeordnete Rolle spielt. Je nach Arbeitsbereich in der Neurologie gehört die Evaluation des Schluckaktes, wie in den Leitlinien empfohlen, vielerorts zum Standard auf Schlaganfallstationen. Die perorale Nahrungszufuhr erfolgt hier nur nach entsprechender Freigabe. Die bei der Erstbegutachtung des Schluckaktes von Schlaganfallpatienten gebräuchlichen klinischen Screening-Systeme zur frühzeitigen Erfassung einer Dysphagie standen jedoch zuletzt in der Kritik bezüglich ihrer Sensitivität, sodass die höhere Sensitivität der FEES hier einen möglichen Gewinn bringen könnte (3). Bei anderen neurologischen Erkrankungen, welche ebenfalls mit einer Schluckstörung einhergehen können, wie zum Beispiel M. Parkinson oder M. Alzheimer, besteht die Gefahr, dass Störungen des Sekretmanagements zu spät oder gar nicht bemerkt werden, weil oft kein konkreter Zeitpunkt des Erkrankungsbeginns auszumachen ist,. Unabhängig von der Ursache ist bei tetraplegischen Patienten bei bis zu 40 Prozent eine Dysphagie nachweisbar (4).

Tracheotomie ist oft wirksam: Die in der FEES gewonnenen Erkenntnisse über die Ursache und den Schweregrad der Schluckstörung helfen bei der stadiengerechten Planung logopädischer Maßnahmen, wie Schlucktraining und Kostaufbau oder der gegebenenfalls Indizierten

Hilfsmittelversorgung, zum Beispiel mittels Perkutan endoskopisch angelegter Gastrotomie (PEG) und/oder der Planung einer Tracheotomie. Die Tracheotomie wird von Patienten häufig als schwerwiegende Einschränkung der Lebensqualität empfunden, da diese durch eingeschränkte Stimmbildung die Kommunikationsfähigkeit deutlich einschränkt. Sie ist jedoch eine der effektivsten Methoden in der Aspirationsprophylaxe.

Auch Medikamente können helfen: Zur Therapie der Dysphagie werden aufgrund der häufig begleitend bestehenden relativen Hypersalivation pharmakologische Therapien mit Glycopyrronium oder Scopolamin durchgeführt. Als Folge dieser Therapien kommt es zu einer Zunahme der Viskosität des Speichels, wodurch dieser einerseits weniger leicht aspiriert wird. Andererseits kann es durch eine übermäßige Zunahme der Speichelviskosität zu einem erschwerten Abhusten von Sekret kommen. Weitere Schwierigkeiten in der Anwendung der genannten Pharmaka ergeben sich aus deren Nebenwirkungsprofilen und den Anwendungseinschränkungen – so ist zum Beispiel im Rahmen einer begleitend bestehenden Prostatahyperplasie die Anwendung von Glycopyrronium eingeschränkt. Mundtrockenheit und Obstipation stellen weitere Problemfelder dar. Bei langzeitig bestehenden Schluckstörungen bietet sich die Möglichkeit einer gezielten Injektion von Botulinumtoxin in die Speicheldrüsen. Diese etablierte Therapie bietet, vom erfahrenen Anwender durchgeführt, ein gutes Verhältnis aus therapeutischem Nutzen und auftretenden Nebenwirkungen, denn die Wirkung des Toxin tritt lokal in den Parotiden auf und verringert hier den Speichelfluss.

Die Behandlung erfordert viel Erfahrung: Diese Anwendung muss jedoch regelmäßig alle zehn bis vierzehn Wochen wiederholt werden und kann in der Regel nur in Behandlungszentren mit entsprechender Kompetenz durchgeführt werden. Zur Erhöhung der Sicherheit und Vermeidung von Nebenwirkungen sollte die Injektion insbesondere der Unterkieferspeicheldrüse (Gll. submandibulares) sonographiegeleitet durchgeführt werden. Zur Reduktion der produzierten Speichelmenge kann auch eine operative Entfernung der Gll. submandibulares erwogen werden. Als letzte Option besteht die Möglichkeit einer Bestrahlung der Speicheldrüsen, einer Empfehlung hierfür enthält sich die Leitlinie zu Hypersalivation (5) der Deutschen Gesellschaft für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde und Kopf-, Halschirugie aufgrund nicht standardisierter Behandlungsprotokolle und hochgradig variablen Therapieerfolges.

Es gibt nachweisbare therapeutische Erfolge: Die funktionelle Dysphagietherapie ist wesentlicher und in seiner Wertigkeit wissenschaftlich gesicherter Bestandteil der Dysphagietherapie. Sie kommt insbesondere in der Rehabilitation nach akuten Hirnschädigungen zum Tragen. In diesem Fall wird angestrebt, eine Wiederherstellung der Schluckfunktion über eine stadiengerechte Therapie mittels angepasster Ernährung (Variation der Bolusmenge und/oder Konsistenz), dem Erlernen von Kompensationstechniken (besondere Schluck- Hustentechniken) und Stimulationsverfahren etc. zu erreichen.

Bei Patienten, welche aufgrund des Schweregrades der Dysphagie tracheotomiert sind, wird regelmäßig evaluiert, ob und wie lange es möglich ist, in der Therapie oder tagsüber, den Cuff der Kanüle zu entblocken und diese Phasen auszubauen, bzw. hierdurch über die Verwendung von Sprechaufsätzen oder die Einlage von Sprechkanülen dem Patienten eine Kommunikation durch Sprechen zu ermöglichen. Der Cuff der Trachealkanüle bietet einen gewissen Aspirationsschutz – zusätzlich kann bei Vorhandensein einer subglottischen Absaugmöglichkeit an der Kanüle Sekret, welches auf dem Cuff steht, abgesaugt werden.

Das gehört zum klinischen Alltag: Störungen des Sekretmanagements der Bronchialwege treten bei neurologischen Patienten regelmäßig auf (6). Die neurologischen Erkrankungen, welche hier zu eingeschränktem Sekrettransport führen, haben in aller Regel eine muskuläre Schwäche zur Folge, welche über eine vermindere Motilität des Zwerchfells zu einem verringerten Luftfluss in den Bronchialwegen während des Hustens führt. Jedoch auch Hirnnervenfunktionsstörungen, welche mit bulbären Symptomen einhergehen, können in einem verminderten Hustenstoß resultieren. Dies ergibt sich aus dem Ablauf des physiologischen Hustens, bei welchem nach initialer tiefer Inspiration (ca. 80% der VK) die Stimmlippe verschlossen wird, der intrathorakale Druck durch Anspannung der thorakalen Muskulatur ansteigt und mit einer Zeitverzögerung von ca. 0,2 s die Glottis unter weiterer Anspannung der thorakalen Muskulatur geöffnet wird. Der hierbei entstehende intrathorakale Druck führt durch Vorwölbung der Pars membranacea in das Bronchialsystem zu einer Verengung desselben, was den Luftfluss hier beschleunigt, wodurch wiederum die Effektivität des Sekrettransportes erhöht wird.

Sowohl Bronchialsekret als auch aspiriertes Sekret werden somit aufgrund der Hustenschwäche weniger effektiv aus dem Bronchialsystem mobilisiert. Ist beim Hustenstoß der maximale messbare Luftfluss auf Werte unter 270 l/min reduziert, so handelt es sich um eine klinisch relevante und beobachtungsbedürftige Hustenschwäche, als dringend therapiebedürftig und den Patienten gefährdend sind Werte kleiner als 160 l/min anzusehen (7, 8).

Das Timing ist entscheidend: Erkrankungen, bei denen es typischerweise im Verlauf zu einem eingeschränkten endotrachealen Sekrettransportes kommt, sind fortschreitende Erkrankungen wie die Amyotrophe Lateralsklerose oder M. Duchenne (9, 10). Die Herausforderung bei diesen Erkrankungen ist es, nicht den Zeitpunkt zu verpassen, an welchem der eingeschränkte Sekrettransport eine Gefährdung des Patienten darstellt. Besonderer Augenmerk ist auf die Patienten zu richten, welche sich nicht in einer klinischen Einrichtung oder Pflegeeinrichtung mit regelmäßigen Messungen der entsprechenden Parameter oder von medizinischen Visiten befinden, da hier der richtige Zeitpunkt für die Anpassung therapeutischer Hilfen verpasst werden kann. Ist eine Progredienz einer Dysphagie oder Hustenschwäche zu erwarten, so ist es essentiell, den Patienten und die engen betreuenden Personen (Partner etc.) über die Erkrankung, insbesondere deren Gefahren sowie Therapiemöglichkeiten und Hilfsmittel aufzuklären. Auch ein krisenhaftes Auftreten, wie bei der myasthenen Krise oder einem Guillain-Barré-Syndrom, stellt aufgrund der hohen Befunddynamik eine besondere Herausforderung an die behandelnden Berufsgruppen dar. Zur Diagnostik der Hustenschwäche gehö-

ren - neben der Anamnese mit typischen Angaben- vermehrtem Hustenreiz, brodelnder Atmung, gehäuften Infektionen des Bronchialsystems etc. - die körperliche Untersuchung mit klinischer Beurteilung des Atemmusters, diagnostische Messverfahren wie die Bestimmung des maximalen Luftflusses während des Hustenstoßes und die Vitalkapazität. Insbesondere in den oben genannten hochdynamischen Situationen werden die Werte der Vitalkapazität und des Hustenstoßes über spezielle Protokolle im Liegen und Sitzen teils mehrfach täglich bestimmt. Außerdem wird über die Messung des Kohlendioxid-Partialdruckes in der Blutgasanalyse bestimmt, ob eine relevante Hypoventilation vorliegt (relevant bei pCO2 > 45 mmHg). Die Bestimmung der Sauerstoffsättigung kann über einen Abfall der Sättigung (Werte der SaO2 < 95%). abbilden, dass eine Teilverlegung des Bronchialsystems vorliegt. Bei erfolgreichem Hustenmanöver sollte dann die Sauerstoffsättigung wieder ansteigen (Werte der SaO2 > 95%). Klinisch findet dies in der Durchführung eines Oxymeter-Feedback-Protokolls während angewandter Hustentechniken Einsatz.

Hand in Hand arbeiten: Die Therapie der Hustenschwäche sollte, wie auch die Therapie der Dysphagie, multiprofessionell in Zusammenarbeit der Pflege, Logopädie, Physiotherapie und der Ärzte erfolgen.

Vielfältige therapeutische Möglichkeiten nutzen: Für die Sekretmobilisation bei bestehender Hustenschwäche gibt es in Abhängigkeit der Schwere der Hustenschwäche verschiedene Maßnahmen zur Erhöhung des Luftflusses. Ausgehend von der Grunderkrankung des Patienten und der gemessenen Parameter gibt es verschiedene Möglichkeiten der Assistenz. Die Festlegung, welche der Techniken angewandt werden soll, soll am besten in einer darauf spezialisierten Einrichtung mit ausreichender Erfahrung erfolgen. Solange keine bulbären Symptome bestehen, welche bewirken, dass die eingeatmete Luft nicht gehalten werden kann, und es bei Anspannung der thorakalen Muskulatur zu keiner adäquaten intrathorakalen Drucksteigerung kommt, kann z.B. durch spezielle Atemtechniken das Volumen der vor dem Hustenstoß eingeatmeten Luft erhöht werden (11) – auf diese Weise kann wiederum der Spitzenfluss beim Husten gesteigert werden. Ist der Patient hierzu nicht mehr in der Lage, so bietet sich die Technik des „Air-stacking“ an, hier wird mittels eines Beatmungsbeutels nach der aktiven Einatmung des Patienten durch eine Hilfsperson zusätzliches Volumen gegeben. Weitere manuelle Techniken der Hustenassistenz sind der atemzyklusabhängige Druck ins Epigastrium oder ein beidseits ausgeübter Druck auf den unteren Rippenbogen. Diese beiden Techniken erfordern eine gut auf den Patienten abgestimmte zeitliche Koordination der Maßnahme und sollten nur von entsprechend geschultem Personal angewandt werden.

Bei nicht tracheotomierten Patienten kann eine endobronchiale Absaugung im innerklinischen Setting bronchoskopisch durchgeführt werden. Da dies außerklinisch jedoch nicht möglich ist, kann bei der Notwendigkeit einer wiederholten endobronchialen Sekretabsaugung nicht auf eine Tracheotomie verzichtet werden. Diese wird initial häufig als Dilatationstracheotomie angelegt.

Für die Langzeittherapie ist eine chirurgisch angelegte (umgewandelte) Tracheotomie geeigneter, insbesondere, wenn der Tracheoflexwechsel sich kompliziert gestaltet.

Bei höhergradiger Einschränkung des Hustenspitzenflusses kann mittels eines mechanischen Insufflators-Exsufflators (Hustenassistenten) eine Mobilisation endobronchialen Sekretes erreicht werden. Hier wird der Druck in der Regel zwischen + und – 45 mbar gewählt und der Überdruck nach mechanischer Inspiration zwischen 2 – 3 s belassen, wodurch eine Eröffnung von Teilatelektasen erreicht werden soll. Diese Technik ist gut mit den manuell assistierten Hustentechniken kombinierbar.

Fazit: Man kann wirkungsvoll intervenieren und helfen. In der Neurologie liegen häufig Sekrettransportstörungen vor. Insbesondere bei einer Dysphagie in Kombination mit einer Hustenschwäche besteht ein hohes Risiko für das Entstehen von Lungenentzündungen und es ist bekannt, dass diese Patienten einen komplizierten Rehabilitationsprozess sowie ein erhöhtes Komplikationsrisiko aufweisen. In speziellen Einrichtungen wird eine multiprofessionelle Diagnostik und Behandlung gewährleistet und entsprechende Konzepte für die Therapie der Patienten in ihrem Lebensumfeld erarbeitet. Von hier aus findet auch die Schulung von Angehörigen in Techniken wie z.B. dem endobronchialen Absaugen oder der Anwendung von maschinellen Hustenassistenzsystemen und die Verordnung von Hilfsmitteln für die weitere Versorgung statt. Obwohl die Evidenzlage für die genannten Techniken in der Langzeitanwendung noch immer unzureichend ist, ist ein positiver Effekt für die Patienten anzunehmen.

Dr. med. Oliver Summ

Leitender Oberarzt der Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation

Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Referent auf dem MAIK

LITERATUR

1. Suntrup S, Kemmling A, Warnecke T, Hamacher C, Oelenberg S, Niederstadt T, et al. The impact of lesion location on dysphagia incidence, pattern and complications in acute stroke. Part 1: dysphagia incidence, severity and aspiration. Eur J Neurol. 2015;22(5):832-8.
2. (DGN) LdDGfN. Neurogene Dysphagien. 2015;AWMF-Register Nr. 030/111.
3. Lindner-Pfleghar B, Neugebauer H, Stosser S, Kassubek J, Ludolph A, Dziewas R, et al. [Management of dysphagia in acute stroke : A prospective study for validation of current recommendations]. Nervenarzt. 2017;88(2):173-9.
4. Shem K, Castillo K, Wong SL, Chang J, Kolakowsky-Hayner S. Dysphagia and respiratory care in individuals with tetraplegia: incidence, associated factors, and preventable complications. Top Spinal Cord Inj Rehabil. 2012;18(1):15-22.
5. Deutsche Gesellschaft für Hals- N-uOuK-, Halschirugie Hypersalivation. AWMF Register. 2013;AWMF-Register Nr. 017/075.
6. Morrow B, Zampoli M, van Aswegen H, Argent A. Mechanical insufflation-exsufflation for people with neuromuscular disorders. Cochrane Database Syst Rev. 2013(12):CD010044.
7. Bach JR, Ishikawa Y, Kim H. Prevention of pulmonary morbidity for patients with Duchenne muscular dystrophy. Chest. 1997;112(4):1024-8.
8. Bach JR, Bianchi C, Aufiero E. Oximetry and indications for tracheotomy for amyotrophic lateral sclerosis. Chest. 2004;126(5):1502-7.
9. Mustfa N, Aiello M, Lyall RA, Nikoletou D, Olivieri D, Leigh PN, et al. Cough augmentation in amyotrophic lateral sclerosis. Neurology. 2003;61(9):1285-7.
10. Finder JD, Birnkrant D, Carl J, Farber HJ, Gozal D, Iannaccone ST, et al. Respiratory care of the patient with Duchenne muscular dystrophy: ATS consensus statement. Am J Respir Crit Care Med. 2004;170(4):456-65.
11. Strickland SL, Rubin BK, Drescher GS, Haas CF, O'Malley CA, Volsko TA, et al. AARC clinical practice guideline: effectiveness of nonpharmacologic airway clearance therapies in hospitalized patients. Respir Care. 2013;58(12):2187-93.

GEFAHR ANTIBIOTIKA RESISTENZEN

Laut Angaben des Bundesministeriums für Gesundheit erkranken allein in Deutschland jährlich 400.000 bis 600.000 Menschen an nosokomialen Infektionen – das sind Infektionen, die im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung erworben werden und die umgangssprachlich auch als Krankenhausinfektionen bezeichnet werden. 10.000 bis 15.000 Menschen sterben jährlich daran.

"Wenn Antibiotika nicht mehr wirken, bricht eine tragende Säule unserer Gesundheitsversorgung weg", sagte Gesundheitsminister Hermann Gröhe kürzlich. Durch die Entdeckung der Antibiotika konnten lebensbedrohende Infektionen wie Blutvergiftung oder Lungenentzündung bekämpft werden. Auch große Operationen wie Organtransplantationen wären ohne Antibiotika undenkbar. Inzwischen breiten sich jedoch immer mehr multiresistente Erreger (MRE) aus - im Krankenhaus, aber auch auf Reisen und sogar in der heimischen Küche, gegen die Antibiotika nichts mehr ausrichten. Fragen rund um Antibiotika-Resistenzen werden auf der Seite des Bundesministeriums für Gesundheit beantwortet unter http://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/antibiotika-resistenzen/fragen-und-antworten.html

Auch in Wohngemeinschaften für Menschen mit Beatmung stehen die Pflegekräfte immer häufiger vor der Herausforderung, Klienten mit multiresistenten Keimen zu versorgen. Dies zeigt eine repräsentative Studie der Stiftung Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) aus dem Jahr 2016. Problemkeime und Hygienestandards gehören für die Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten inzwischen zum Alltag, das zeigt eine Befragung mit dem Titel „Erfahrung mit Hygiene in ambulanten Pflegediensten“ (https://www.zqp.de/wp-content/uploads/Analyse_Hygiene_Ambulant_Pflege.pdf)

Ärzten spricht Gröhe im Kampf gegen den unbedachten Einsatz eine Schlüsselrolle zu. Allerdings bräuchte es auch in der Bevölkerung ein stärkeres Bewusstsein dafür, "dass Antibiotika nicht bei jedem Husten oder einer tropfenden Nase helfen". So sei im vergangenen Jahr die Verschreibung von Antibiotika z.B. bei erkältungsbedingt krankgeschriebenen Beschäftigten deutlich zurück gegangen.

Beim diesjährigen MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress wird die Hygiene wieder mehrfach Thema sein. Sowohl Vertreterinnen des Referats für Gesundheit und Umwelt (RGU) der Landeshauptstadt München als auch Vertreter des Hygiene-Netzwerks des Niedersächsischen Landesgesundheitsamt (NLGA) werden ihre neuesten Erkenntnisse, insbesondere was ambulante Intensiv Wohngemeinschaften angeht, vorstellen. Auch die WKM GmbH wird sich in ihrem Workshop wieder dem Thema „Hygiene“ widmen.

Bildquelle: BMG/Inga Kjer (photothek)

Bildquelle: BMG/Michael Gottschalk (photothek)

Bildquelle: BMG/Michael Gottschalk (photothek)

GLOBALES **HAND**ELN NOTWENDIG

Auf Einladung von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe fand am 19. und 20. Mai 2017 in Berlin das erste Treffen der Gesundheitsministerinnen und -minister der 20 führenden Industrie- und Schwellenländer (G20) statt. Im Mittelpunkt der zweitägigen Tagung unter dem Motto "Together Today for a Healthy Tomorrow - Joint Commitment for Shaping Global Health" stand die Bekämpfung globaler Gesundheitsgefahren. Dazu gehört auch der Kampf gegen Resistenzen, der global geführt werden muss.

Es ist ein wichtiger Durchbruch im Kampf gegen Antibiotika-Resistenzen, dass alle G20-Staaten zugesagt haben, bis Ende 2018 mit der Umsetzung Nationaler Aktionspläne zu beginnen, sich für eine Verschreibungspflicht stark machen und die Forschung vorantreiben wollen. „Gemeinsam für eine gesündere Zukunft“ ist der Titel der Berliner Erklärung der G20 Gesundheitsminister. Darin einigten sich die Teilnehmer/innen u.a. darauf, Anreize zur Förderung von Forschung und Entwicklung neuer Antibiotika und Diagnostika zu prüfen.

Zum G20-Gesundheitsministertreffen, forderten Uwe Kekeritz, Sprecher für Entwicklungspolitik, und Kordula Schulz-Asche, Sprecherin für Prävention und Gesundheitswirtschaft, u.a. „Standards zur Sicherheit der weltweiten Produktion und der Vermeidung von resistenten Erregern auf den Weg bringen. Die Zeit drängt. Dringender Handlungsbedarf besteht vor allem dann, wenn durch unverantwortliche Entsorgung von Abfällen und Abwässern aus der Produktion von Antibiotika multirestente Erreger geradezu gezüchtet werden“. Im indischen Hyderabad konnte nachgewiesen werden, dass diese Umweltverschmutzung mit katastrophalen Folgen von den Herstellern vor Ort in Kauf genommen würde. „Dies ist nicht nur eine Katastrophe für Mensch und Umwelt vor Ort. Die resistenten Erreger verbreiten sich rund um den Globus und lassen Antibiotika als wichtigstes Heilmittel zur Bekämpfung von bakteriellen Infektionen, wirkungslos zurück.“ Um die Ausbreitung von Epidemien präventiv zu bekämpfen und die gesundheitliche Lage in Entwicklungsländern zu verbessern, müsste die Bundesregierung 0,1 Prozent der Wirtschaftsleistung für die gesundheitsbezogene Entwicklungszusammenarbeit investieren.

Die Berliner Erklärung der G20 Gesundheitsminister ist kann heruntergeladen werden unter dem Link
http://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/G/G20-Gesundheitsministertreffen/Berliner_Erklaerung_der_G20_Gesundheitsminister_20-05.2017.pdf

MRSA-SANIERUNG IN DER HÄUSLICHKEIT

Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut hat sich in den „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“ von 2014 zum Thema MRSA-Dekolonisierung geäußert.

Die Kommission empfiehlt für alle MRSA-Träger zu prüfen, ob eine Dekolonisierung indiziert und erfolgversprechend ist und ggf. einen Dekolonisierungsversuch vorzunehmen.

Bei Patienten mit bekannter MRSA Besiedlung vor Operationen/invasiven Eingriffen oder während intensivmedizinischer Behandlung sollte nach Risikobeurteilung eine Dekolonisierung durchgeführt werden, auch wenn dekolonisierungshemmende Faktoren vorliegen.

Eine MRSA-Dekolonisierung muss im Rahmen eines Maßnahmenbündels durchgeführt werden, das in der Regel die Dekolonisierung von Nase, Rachen und Haut in Verbindung mit Desinfektionsmaßnahmen der Umgebung berücksichtigt.

Empfohlen wird die Verwendung von Nasensalbe mit geeigneter Mupirocin-Konzentration für die nasale Dekolonisierung als derzeitige Therapie/Behandlung der Wahl, wobei die Anwendung nach Herstellerangaben erfolgt. Typischerweise 2- bis 3-mal täglich über 5 bis 7 Tage; alternativ, z. B. bei nachgewiesener Mupirocin-Resistenz des zu eradizierenden MRSA-Stammes, frustraner Dekolonisierung oder Unverträglichkeit von Mupirocin, die Verwendung eines MRSA-wirksamen Antiseptikums. Für die Dekolonisierungstherapie des Rachens empfiehlt sich die Verwendung eines oral zu applizierenden Antiseptikums, z.B. Chlorhexidin oder Octenisept.

Für die Dekolonisierung der Haut ist die Durchführung antiseptischer Waschungen unter Einsatz eines Antiseptikums mit nachgewiesener Wirksamkeit (z. B. Listung in der VAH-Liste als Händewaschpräparat) und guter Hautverträglichkeit nötig.

Keine systemische Antibiotikatherapie zur Dekolonisierung als routinemäßiger Teil des Maßnahmenbündels zur MRSA-Dekolonisierung, wobei in Einzelfällen eine systemische Therapie mit Antibiotika zur MRSA Dekolonisierung unter Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses in Erwägung gezogen werden kann.

Begleitend zu den Dekolonisierungsmaßnahmen muss ein täglicher Austausch oder eine Desinfektion der unmittelbar am Körper getragenen oder verwendeten Gegenstände erfolgen (z. B. Brillen, Rasierer, Zahnbürsten). Auch Gebissprothesen und Epithesen sind in diesem Zusammenhang zu nennen.

Soweit die Theorie.

In der Häuslichkeit trifft man dann aber plötzlich auf völlig andere Gegebenheiten. Da wird man z.B. mit Teppichböden oder Naturholzmöbeln konfrontiert.

Steht die Entscheidung über eine Sanierung einer MRSA Besiedlung an, liegt diese im Ermessen des behandelnden Arztes. Im Vorfeld sind aber einige Fragen zu klären.

Ist eine Sanierung sinnvoll?

Durch eine MRSA Trägerschaft kann das alltägliche Leben des Trägers durchaus beeinträchtigt werden. Die Anzahl der Sozialkontakte nimmt ab. Abgesehen vom Übertragungsrisiko auf andere Menschen, gibt es immer auch das Risiko bei einer evtl. anstehenden OP eine postoperative Wundinfektion mit MRSA zu erleiden. Hier muss natürlich klar sein, wo der MRSA seinen Sitz hat. Wenn z.B. der MRSA in einer chronischen Wunde sitzt, ist es recht einfach, die Wunde unter entsprechenden Schutzmaßnahmen zu verbinden. Mit einem dichten Verband ist die Kontaminationsgefahr sehr gering. Im Gegensatz dazu ist eine Besiedlung im Nasen-Rachenraum deutlich gefährlicher. Bei jedem Husten oder Niesen kommt es zur unkontrollierten Erregerfreisetzung und damit zur Umgebungskontamination. Zum einen über das entstehende Aerosol, zum anderen über die kontaminierten Hände.

Wie ist die Compliance des zu Sanierenden?

Bei fehlender Einsicht z.B. bei demenziellen Erkrankungen, ist von einer Sanierung abzuraten.

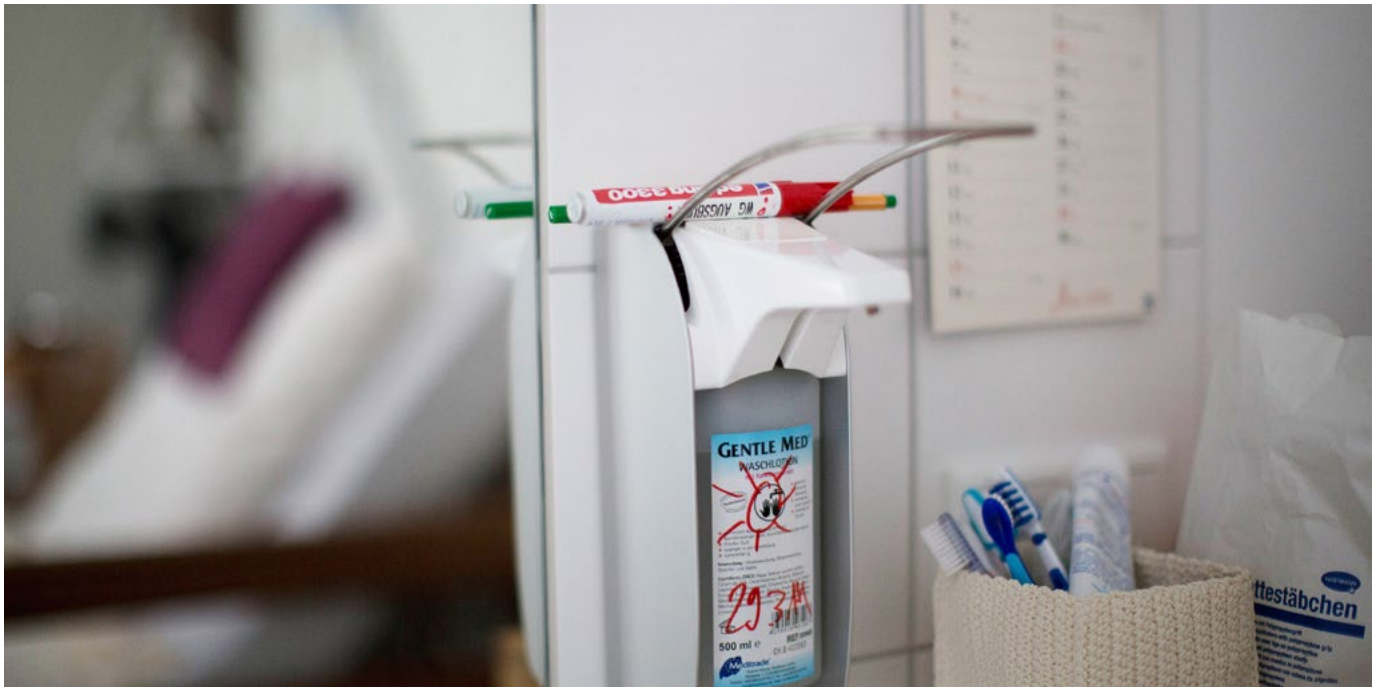
Die Durchführung einer Sanierung:

Die Ganzkörperwaschung

1x täglich unter Einschluss des Kopfhaares mit antiseptischer Waschlösung z.B. Octenidin oder alternativ Polyhexanid-Lösungen. Die erforderliche Einwirkungsdauer muss nach Herstellerangabe beachtet werden.

Nasenvorhof

3x täglich ca. Streichholzkopf-große Menge der Mupirocin-Nasensalbe über 5 Tage – am besten mit Watte-Stäbchen - in jeden Nasenvorhof einbringen und vorsichtig verteilen. Bei Mupirocin-Resistenz sind alternativ Octenidin oder Polyhexanid-Präparat möglich.



Mund-/ und Rachenspülung

3x täglich mit einer antiseptischen Mundspül-Lösung z. B. Chlorhexidin, Polyhexanid oder Octenidin den Mundraum ausspülen lassen. Die erforderliche Einwirkungsdauer beachten Körperpflege und Hygieneartikel wie z. B. Zahnbürste, Nagelpflegeset, Deo-Roller, Waschlappen, Handtücher, Kamm, Bürste, Rasierklingen, Schermesser, Make-up, Lockenwickler, Lippenstift müssen besonders behandelt werden. Während der Sanierung sollten die verwendeten Artikel (s.o.) unmittelbar nach dem Gebrauch verworfen bzw. nach Möglichkeit desinfiziert werden. Einwegartikel sind zu bevorzugen.

Am Körper getragene Gegenstände z. B. Brille, Hörgerät, Zahnprothese, Schmuck muss vor Beginn der Sanierung gründlich gereinigt und nach Möglichkeit desinfiziert werden.

Der Schmuck sollte während der Sanierung abgelegt, und erst nach abgeschlossener Sanierung wieder angelegt werden.

Andere am Körper getragene Gegenstände müssen mindestens 1x täglich gereinigt und nach Möglichkeit desinfiziert werden (am besten im unmittelbaren Zusammenhang mit der Körperpflege).

Die Leib- und Bettwäsche muss während der Sanierung täglich gewechselt werden. Die Wäsche umgehend in die Wäsche geben, keine Zwischenlagerung. Separat bei mindestens 60°C (besser 90°C) waschen.

Für Gebrauchsgegenstände z. B. Türklinken, Handläufe, Rollator, Gehstock, Telefonhörer / Handy, Fernbedienung, PC-Tastatur gilt während der Sanierung, dass alle Hand- und Haut-Kontaktflächen mindestens täglich gründlich gereinigt oder nach Möglichkeit desinfiziert werden.

Gegebenenfalls können Kleinteile (z.B. Fernbedienung) nach vorhergehender Reinigung in Plastikfolie /-tüte gegeben werden. Die Tüte sollten dann auch täglich gewechselt werden.

Alle Sitzflächen vor Beginn der Sanierung reinigen, wenn möglich nachfolgend mit einer textilen Unterlage (z.B. Tuch) schützen. Die Unterlage sollte dann auch täglich gewechselt werden.

Die Maßnahmen sollten konsequent 5-7 Tage durchgeführt werden. Nach einer 3-tägigen Karenzzeit werden die Kontrollabstriche abgenommen.

Die Durchführung der Kontroll-Abstriche

Die Abstrichorte sind immer:

- Nase und Rachen
- Künstliche Zugänge (z. B. PEG, Trachealkanüle, suprapubischer Katheter etc.)
- Wunden

sowie zusätzlich alle vormals positiv getestete Abstrichlokalisationen.

Diese Abstriche werden 3-6 Monate nach Abschluss der Sanierung und erneut nach 12 Monaten genommen. Sind alle Abstriche negativ, gilt der Klient als MRSA frei.

Guido Rickert

Quellen: „Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle von Methicillinresistenten Staphylococcus aureus- Stämmen (MRSA) in medizinischen und pflegerischen Einrichtungen“, Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch- Institut. In: Bundesgesundheitsblatt Nr. 6, 2014

„Empfehlung zur MRSA-Sanierung im ambulanten Bereich“ MRE-Netzwerk Mittelhessen, Juli 2014

8. ICW-Süd | HWX-Kongress 2017 in Würzburg

Bereits zum 5. Mal fand der HWX-Kongress in Würzburg statt. Die Abkürzung steht für die drei Säulen des Kongresses, nach denen sich Vorträge und Workshops ausrichten.

H steht für Hygienemanagement und umfasst neue Erkenntnisse, Rechtsgrundlagen und Empfehlungen zu den verschiedensten Aspekten der Hygiene in Krankenhäusern, Rehabilitationseinrichtungen, aber auch für ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen bis hin zu Schwerstpflegeeinrichtungen.

W steht für Wundversorgung und umfasst Methoden und Empfehlungen zur Versorgung von vor allem chronischen Wunden. Denn diese hat sich die Initiative chronische Wunde (ICW) e.V., deren Südkongress die Veranstaltung gleichzeitig ist, auf die Fahne geschrieben.

X repräsentiert ein jährlich wechselndes Thema und stand 2017 für den spannenden Konflikt „Evidenz vs. Erfahrung".

Die Schirmherrin, Schwester Liliane Juchli, konnte leider aus gesundheitlichen Gründen nicht persönlich kommen. In der Eröffnung verlas daher Claudia Schwarzkopf ihr Grußwort mit Segen.

Evidenz vs. Erfahrung

PD Dr. Andreas Schwarzkopf übernahm die Einführung in das X-Thema und präsentierte den Wandel der Entstehung von Leitlinien in seiner nahezu 30-jährigen Tätigkeit als Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie. Wurden in den 80er Jahren noch manche Leitlinien am Rande von Kongressen nach dem Motto „Good old boys round a table" geschrieben, werden heute hochrangige Studien gefordert, die Wirkung und den Nutzen einer Behandlungsmethode wissenschaftlich und zahlenmäßig untermauern, und dies bevorzugt randomisiert und doppelblind.

Doch dem gegenüber stehen oft Erfahrungen, die bewährt, aber nicht evidenzbasiert sind. Natürlich wirft dies Probleme bei der Abrechnung auf. In der Medizin häufige multifaktorielle physiologische Prozesse und die damit erforderliche enorme Probandenzahl machen die Gewinnung eindeutiger Evidenz oft unmöglich.

Beispiele für Referate

Hochkarätige Referenten bestritten drei Tage lang das Programm in vier parallelen Programmabläufen. Aus den vielen hervorragenden Referaten und Workshops können im Folgenden nur einige herausgegriffen werden, die für die außerklinische Intensivmedizin interessant waren.

Der Präsident der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene, Prof. Dr. Martin Exner, gab eine Übersicht über die Herausforderungen in der Krankenhaushygiene im nächsten Jahrzehnt. Dies betrifft natürlich unter anderem die multiresistenten Bakterien, die die Globalisierung genauso mitmachen wie ihre Wirte. Wohngemeinschaften der außerklinischen Intensivmedizin müssen sich damit auseinandersetzen, denn dort werden häufiger multiresistente Erreger bei den Bewohnern als Besiedler gefunden. Problematisch sind vor allem die multiresistenten gramnegativen Stäbchen (MRGN), da hier kaum noch Reserveantibiotika für den Fall einer Infektion zur Verfügung stehen. Dr. Markus Schimmelpfennig, stellvertretender Leiter des Gesundheitsamtes in Kassel, erklärte, warum Hygiene wieder und mehr denn je an Bedeutung gewinnt.

PD Dr. Schwarzkopf stellte die neuen Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene zu den Themen Händehygiene und Legen sowie Pflege von Zentralvenenkathetern und peripheren Venenverweilkanülen vor. Auch die neue Medizinproduktebetreiberverordnung mit den Auswirkungen auf ambulante und stationäre Pflege wurde besprochen.

Dr. Johannes Tatzel, Krankenhaushygieniker Klinikum Heidenheim, berichtete über Intensivmedizin im Spannungsfeld zwischen Evidenz und Erfahrung. Sehr gut dazu passte der Vortrag von Prof. Dr. Maria Deja, Oberärztin Anästhesiologie an der Charité in Berlin, die in einem packenden Referat die moderne Intensivmedizin aus der Sicht der Patienten darstellte.

Natur nutzen

Das Wohlbefinden steigern und Bakterien wirksam reduzieren können ätherische Öle.
Wie PD Dr. med. A. Schwarzkopf berichtete, lässt sich das auch in einer Wohngemeinschaft gut umsetzen.

Gisela Blaser, Pflegeberaterin für Naturheilkunde in Bornheim, zeigte naturheilkundliche Methoden bei Wundsein – auch in Folge von Inkontinenz.

Hautpflege kann man auch selber machen, meinte Cornelia Mögel, Krankenschwester und Aromatherapeutin am Klinikum Neuperlach in München. Hierzu verwendet sie Pflanzenöle, mit denen sich ein Lippenbalsam und Handpeeling machen lässt.

Stressabbauende Musik wirkt – übrigens evidenzbasiert – bei Pflegekräften und Betreuten gleichermaßen wohltuend, so Dr. Elisabeth Jentschke, Psychoonkologin am Universitätsklinikum Würzburg.

Gerade in Großstätten muss auf kulturelle Unterschiede eingegangen werden. PD Dr. Friedrich von Rheinbaben stellte das Islamische Reinheitsgebot für Speisen HALAL vor. Mit den „süßen Türken" stellte Zeynep Babadagi, Leiterin „die pflegezentrale" in Duisburg, die Probleme der Diabetesbehandlung in dieser Ethnie vor.

Mitmachen und Spaß haben

Für die Teilnehmer gab es ein breites Spektrum zum Mitmachen. Das reichte vom MRSA-Schnelltest vor Ort bis zum „Heiteren Keimeraten" mittels TED-Abstimmung. Spannung und Spaß gleichermaßen bot die Session „Wunde vor Gericht", bei der der prominente Jurist Prof. Dr. Volker Großkopf, Köln, von einem Expertengremium vorgestellte echte Fälle juristisch aufarbeitete. Auch die Fallgeschichten, bei denen passende Schutzkleidung auszuwählen war, ermunterte viele zum Mitmachen.

Langeweile kam aber auch in den Pausen nicht auf, galt es doch 44 Industriestände zu besuchen und mit den Ausstellern über innovative Produkte zu reden.

Der nächste, 9. HWX-/ICW Südkongress findet vom 7.-9. März 2018 in der Festung Marienberg in Würzburg statt. Das X-Thema lautet dann „Mensch im Fokus".

Nähere Informationen gibt es unter www.institutschwarzkopf.de

PD Dr. med. A. Schwarzkopf

Claudia Schwarzkopf verliest das Grußwort der Schirmherrin, Schwester Liliane Juchli

PD Dr. med. A. Schwarzkopf (mitte) mit den beiden Hygienebeauftragten **Ellen Kraske** (links) und **Guido Rickert** (rechts)

Die Erfassung der Ernährungssituation beim ambulanten Intensivpatienten

Kurze Übersicht über praxistaugliche Möglichkeiten (Teil 2)

Essen und Trinken hält Leib und Seele zusammen. Dieses Sprichwort gilt selbstverständlich auch für kranke und pflegebedürftige Menschen. Doch stellt Essen und Trinken für sie oft eine besondere Herausforderung dar, wenn sie sich selbst nicht angemessen ernähren können und auf Unterstützung angewiesen sind. Der 2. Teil des Artikels „Erfassung der Ernährungssituation" gibt Informationen zur Einschätzung von BMI-Werten und stellt Ihnen verschiedene Screening-Instrumente vor.

Fortsetzung der Frage: Wie erkennt man einen mangelernährten Patienten?

Aus den beiden Parametern Körpergewicht und Körpergröße wird der **Body-Mass-Index** (BMI) bestimmt. Dieser wird berechnet, indem das gemessene Körpergewicht durch die Körpergröße im Quadrat dividiert wird:

$$\frac{\text{Körpergewicht [kg]}}{\text{Körpergröße [m] x Körpergröße [m]}}$$

Beispiel

Der BMI eines Patienten mit Körpergewicht 57 kg und Körpergröße 1,70m beträgt 57 / (1,7x1,7) = 19,7.

Ein BMI < 18,5 kg/m² wurde von der WHO als Grenzwert für eine Unterernährung festgelegt. Für ältere Menschen definiert die Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin einen höheren Grenzwert von 20 kg/m². Der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen bildet in seiner Grundsatzstellungnahme „Essen und Trinken im Alter" folgende Tabelle ab, die verdeutlicht, dass der wünschenswerte BMI-Wert im Alter steigt:

Wünschenswerte BMI-Werte

Alter	BMI
19-24 Jahre	19-24 kg/m²
25-34 Jahre	20-25 kg/m²
35-44 Jahre	21-26 kg/m²
45-54 Jahre	22-27 kg/m²
55-64 Jahre	23-28 kg/m²
>/= 65 Jahre	24-29 kg/m²

Amputationen müssen bei der BMI-Ermittlung berücksichtigt werden. Es ist notwendig, bei der Gewichtsermittlung das mutmaßliche, ursprüngliche Körpergewicht ohne Amputation einzusetzen. Folgende Formeln eignen sich hierfür:

Formeln zur Berechnung des Gesamt-Körpergewichts vor Amputation

Amputation unterhalb Knie: aktuelles Gewicht [kg] x 1,063

Amputation ganzes Bein: aktuelles Gewicht [kg] x 1,18

Amputation Unterarm: aktuelles Gewicht [kg] x 1,022

Amputation ganzer Arm: aktuelles Gewicht [kg] x 1,05

Sowohl Körpergewicht als auch BMI haben als einmalig erhobene Parameter wenig Aussagekraft und sollten stets im Zusammenhang mit anderen Risikofaktoren stehen. Wichtig sind der Gesamteindruck sowie vor allem Verlaufsbeobachtungen. Für einen Patienten, der seit jeher gesund und schlank war und einen BMI von 20 hatte, ist dieser Wert auch künftig in Ordnung. Man spricht hier von der Berücksichtigung des „biographischen BMI". Dagegen ist ein unbeabsichtigter Gewichts- und damit auch BMI-Verlust immer kritisch zu sehen. Ein BMI zwischen 24-29 ist kein Garant für einen guten Ernährungszustand, und auch ein adipöser Patient kann mangelernährt sein, wenn er sich einseitig ernährt und/oder in kurzer Zeit unbeabsichtigt Gewicht verliert.

Es gibt zahlreiche, unterschiedlich komplexe Verfahren zur Diagnostik einer Mangelernährung bzw. eines Risikos darauf („Screening"). Unter einem **Screening auf Mangelernährung** wird ein einfacher und schneller Prozess verstanden, mit dessen Hilfe Personen, die sehr wahrscheinlich mangelernährt sind oder ein Risiko hierfür tragen, erkannt werden sollen. Diese Screening-Instrumente sind häufig als Fragebögen aufgebaut und geben einen schnellen und standardisierten Überblick über die aktuelle Ernährungssituation eines Patienten.

Für die Durchführung von Screenings in der Langzeitpflege werden gemäß Expertenstandard alle Instrumente empfohlen, die mindestens folgende Informationen umfassen:

- Hinweise auf einen Nahrungs- und Flüssigkeitsmangel
- Hinweise auf auffällig geringe Ess- und Trinkmengen
- Hinweise auf erhöhten Energie-, Nährstoff- und Flüssigkeitsbedarf bzw. entsprechende Verluste.

Beispielhaft seien hier das Malnutrition Universal Screening Tool (MUST), der MNA-SF sowie der PEMU genannt.

Beim **Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)** werden drei Punkte erfasst und bewertet:

- BMI
- Gewichtsverlust und
- akute Erkrankungen (Nahrungskarenz von mehr als 5 Tagen).

Durch das Zusammenzählen der einzelnen Punkte wird das Risiko für Mangelernährung ermittelt.

Für Ihre Patientenakte

Erfassung des Ernährungszustandes

Vom Patienten auszufüllen

Name/Vorname: _____ Praxisbesuch/Datum: _____

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Vom Praxisteam auszufüllen

BMI: _____ kg/m² Gewichtsverlust: _____ % In den letzten _____ Monaten MUST*: _____ Gesamtpunkte

$$\text{BMI (kg/m}^2) = \frac{\text{Körpergewicht (kg)}}{[\text{Körpergröße (m)}]^2}$$

Kommentar: _____

Malnutrition Universal Screening Tool (MUST) für Erwachsene*

Body Mass Index

BMI (kg/m²)	Punkte
≥ 20	0
18,5 - 20,0	1
≤ 18,5	2

+

Gewichtsverlust

unbeabsichtigt, in den letzten 3 bis 6 Monaten

Prozent	Punkte
≤ 5 %	0
5 - 10 %	1
≥ 10 %	2

+

Akute Erkrankung

Nahrungskarenz von mehr als fünf Tagen (voraussichtlich)

Nein = 0 Punkte
Ja = 2 Punkte

Punkte addieren

Gesamtrisiko für das Vorliegen einer Mangelernährung

0 Punkte geringes Risiko	1 Punkt mittleres Risiko	≥ 2 Punkte hohes Risiko
→ Screening regelmäßig wiederholen!	→ Beobachten! → ggf. Beratung	→ Behandeln! z.B. Ernährungstherapie mit Trinknahrung beginnen

* Screening auf Mangelernährung im ambulanten Bereich: nach Kondrup J. et al: Clinical Nutrition 2003; 22: 415-421
Empfohlen von der europäischen Gesellschaft für klinische Ernährung und Stoffwechsel (ESPEN)

DB – Art.-Nr. 9706120 - 6 / 2.5 H. 07.15 – D

Diese Screeningmethode können Sie auch bequem online auf http://www.fortimel.de/fachkreise/servicecenter/online-screening-mangelernaehrung/ durchführen. Dort steht Ihnen diese Unterlage als auch Download bereit, ebenso wie Informationen zur Dokumentation zur Verordnung enteraler Ernährung.

Bild: Messung Wadenumfang

Können BMI-Wert und/oder Gewichtsverluste nicht exakt ermittelt werden, ist der Einsatz des MUST problematisch.

Das **Mini Nutritional Assessment MNA** ist ein Screeninginstrument, das für ältere Menschen entwickelt wurde. Die Kurzversion des MNA gliedert sich in eine Vor-Anamnese und eine Anamnese. Neben den üblichen Standard-Screeningparametern (BMI, Gewichtsverlust, reduzierte Essmenge, akute Krankheit) werden bei der Kurzversion des MNA, dem MNA-SF, zwei wichtige geriatrische Syndrome und Risikofaktoren für Mangelernährung berücksichtigt: Immobilität und psychiatrische Probleme. Ist eine Ermittlung des BMI nicht möglich, so kann dieser Wert durch die Messung des Wadenumfangs ersetzt werden. Dies erhöht die Praktikabilität des Instrumentes, wenn eine zuverlässige Bestimmung des BMI nicht möglich ist. Ein Wadenumfang geringer als 31 cm wird als kritisch angesehen.

Der Wadenumfang wird am besten am lose herunterhängenden linken Bein beim sitzenden Patienten oder beim stehenden Patienten, der gleichmäßig auf beiden Beinen steht, gemessen. Das Band wird an der breitesten Stelle um die Wade angelegt und das Ergebnis abgelesen. Eine genaue Messung kann nur erzielt werden, wenn das Band im rechten Winkel zur Wadenlange angelegt wird.

Bei bettlägerigen Patienten wird die Messung des Wadenumfangs folgendermaßen angewandt: Der Patient liegt auf dem Rücken und beugt sein linkes Knie im 90° Winkel. Anschließend wird die dickste Stelle am Unterschenkel mit Hilfe eines Maßbands gemessen. Das Maßband sollte fest an der Wade anliegen, allerdings ohne zu drücken.

Das Ergebnis des Screenings ermöglicht eine Unterscheidung zwischen „normalem Ernährungszustand“, „Gefahr einer Mangelernährung“ und „Mangelernährung“.

Als gut praxistauglich für die Langzeitpflege hat sich auch die sog. **PEMU („Pflegerischen Erfassung von Mangelernährung und deren Ursachen in der stationären Langzeit-/Altenpflege“)** erwiesen.

Dieses Instrument besteht aus zwei Teilen. Im ersten Teil wird zunächst das Risiko für Nahrungs- und Flüssigkeitsmangel untersucht.

PEMU **Screening** auf Nahrungs- und Flüssigkeitsmangel

Risiko für Nahrungsmangel

1. Zeichen von Nahrungsmangel		
Klinischer Eindruck unterernährt	☐ ja	☐ nein
BMI < 20 kg/m²	☐ ja	☐ nein
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust	☐ ja	☐ nein
2. Appetitlosigkeit, auffällig geringe Essmenge	☐ ja	☐ nein
3. Erhöhter Energie- und Nährstoffbedarf (z. B. bei Hyperaktivität, Fieber, offene Wunden)	☐ ja	☐ nein

Risiko für Flüssigkeitsmangel

1. Zeichen von Flüssigkeitsmangel (z. B. dunkler Urin, trockene Schleimhäute)	☐ ja	☐ nein
2. Auffällig geringe Trinkmenge	☐ ja	☐ nein
3. Erhöhter Flüssigkeitsbedarf (z. B. bei Fieber, Durchfällen, Sommerhitze)	☐ ja	☐ nein

Muss eine der Fragen mit einem „Ja“ beantwortet werden, erfolgt eine eingehendere Einschätzung durch den 2. Teil der PEMU. Dieser hat zum Ziel, die Ursachen für das bestehende Risiko zu ermitteln, die als Grundlage für die Planung erforderlicher Maßnahmen genutzt werden können. Das Original Dokument zur PEMU inklusive Leitfaden zur Nutzung finden Sie hier: *https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Ernaehrungsmanagement_in_der_Pflege/Ernaehrung_PEMU.pdf.*

Wichtig zu wissen: Screening-Instrumente geben nur Hinweise zum Erkennen von Risiken und Mangelernährung. Es ist pflegefachliche Aufgabe, auf der Basis dieser Risikoerkennung Ursachen zu analysieren und erforderliche Maßnahmen zu planen. Hierbei kann beispielsweise der 2. Teil der Ursachenermittlung der PEMU eine wertvolle Unterstützung sein.

Ausblick: Dysphagie als Ursache für die Entwicklung einer Mangelernährung

Unbehandelte und unbeachtete Schluckstörungen („Dysphagien“) stellen ein hohes Risiko für eine unzureichende Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme bei den Betroffenen dar. Dysphagie-Patienten erhalten oft eine spezielle Dysphagie-Kost und angedickte Getränke, um eine Aspiration und eine sich unter Umständen daraus entwickelnde Lungenentzündung („Aspirationspneumonie“) zu vermeiden. Untersuchungen zeigen allerdings, dass bei einer speziellen Dysphagie-Kost etwa 40% zu wenig Energie und Eiweiß gegessen wird. Im nächsten Artikel der Gepflegt durchatmen erfahren Sie mehr zu den Hintergründen und Folgen einer Dysphagie sowie zu den Möglichkeiten, eine Aspiration, aber auch eine Mangelernährung und Dehydratation bei diesen Patienten zu vermeiden.

NUTRICIA UNTERSTÜTZT SIE! **Die MEHRnährungsexperten von Nutricia sind ein Team aus examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger/innen. Wir kennen die speziellen Bedürfnisse der Ernährungstherapie von intensivpflichtigen und beatmeten Patienten sehr genau und sind Ihr Partner von der Entlassung aus der Klinik bis zur intensiven Weiterversorgung im ambulanten Bereich. Wir unterstützen Sie bei bei der Versorgung von Patienten, die eine besondere Ernährung in Form von medizinischer Trink-, Sonden- und angedickter Ernährung benötigen. Wir besuchen Sie und Ihre Patienten regelmäßig, dokumentieren den Verlauf der Ernährung bzw. den Ernährungszustand und erkennen Komplikationen. Wir schulen Sie und Ihre Mitarbeiter zu den unterschiedlichen Themen rund um die Ernährungsversorgung wie Mangelernährung, Grundlagen der medizinischen Ernährung sowie besondere Ernährungssituationen wie Dysphagie und Dekubitus.**

Rufen Sie uns einfach an:
09131 7782-0 und fragen Sie nach Ihrem MEHRnährungsexperten vor Ort.

Monika Beyer | 06.2017

HINWEIS

Beim 10. MAIK wird Traute Heine, Training Manager bei Nutricia, am Freitag, 27. Oktober 2017 um 11.00 Uhr den Workshop „Reflux, Durchfall, Verstopfung - wie Sie mit der richtigen Sondenernährung Komplikationen vermeiden können“ halten. Unterschiedliche Gründe können zu unerwünschten Komplikationen führen. Erkrankungen des Verdauungstraktes oder eine veränderte Stoffwechsellage des Patienten können zu einer Störung der Resorption und Verdauung beispielsweise der Nahrungsfette führen mit gastrointestinalen Unverträglichkeiten, die den Patienten zusätzlich belasten. Wenn der Stoffwechsel besondere Ansprüche stellt, ist es daher sehr wichtig, die richtige Art der enteralen Ernährung auszuwählen. Welche Sondennahrung wann und wie eingesetzt werden sollte, werden wir Ihnen in dieser Veranstaltung aufzeigen.

Nutricia Produkte sind Lebensmittel für besondere medizinische Zwecke (bilanzierte Diät). Nur unter ärztlicher Aufsicht verwenden.

Quellen: BAPEN. THE 'MUST' EXPLANATORY BOOKLET. A Guide to the 'Malnutrition Universal Screening Tool' ('MUST') for Adults. http://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_explan.pdf | Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen | Ernährung in der Pflege. 1. Aktualisierung 2017 | Löser C. Unter- und Mangelernährung. Thieme Verlag, 2011 | Medizinischer Dienst der Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS): Grundsatzstellungnahme Essen und Trinken im Alter, Mai 2014. | Nestlé Nutrition Institute. Ernährungsscreening So einfach wie mna. Anleitung zum Ausfüllen des Mini Nutritional Assessment - Short Form (MNA®-SF) | http://www.mna-elderly.com/forms/mna_guide_german_sf.pdf | Schreier, Volkert, Bartholomeyczik: Instrument zur Erfassung der Ernährungssituation in der stationären Altenpflege: PEMU. In: Bartholomeyczik, Halek | (Hrsg.): Assessmentinstrumente in der Pflege. Hannover: Schlütersche 2009, 137-149. Online einsehbar unter https://www.dnqp.de/fileadmin/HSOS/Homepages/DNQP/Dateien/Expertenstandards/Ernaehrungsmanagement_in_der_Pflege/Ernaehrung_PEMU.pdf | Silkroski M: Nutrition screening and assessment. In: Guenter P, Silkroski M (eds): Tube feeding - practical guidelines and nursing protocols. Aspen | Publishers, Inc., Gaithersburg, Maryland 2001: 19/20. | Volkert D et al.: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGN und der DGG. | Klinische Ernährung in der Geriatrie. Aktuel Ernährungsmed 2013; 38:e1-e48. | Wirth et al: Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin (DGEM) in Zusammenarbeit mit der GESKES, der AKE, der DGG. | Klinische Ernährung in der Neurologie. Aktuel Ernährungsmed 2013; 38(04): e49-e89 | Wright et al. Comparison of energy and protein intakes of older people consuming a texture modified diet with a normal hospital diet. J Hum Nutr Dietet 2005, 213-219

Der Schutzauftrag eines Kinderintensivpflegedienstes – Mehr als nur gute Pflege!

Ambulante Kinderintensivpflegedienste und stationäre Kinderintensivpflegeeinrichtungen tragen neben der pflegerischen, medizinischen und therapeutischen auch eine enorme Verantwortung im Sinne des Schutzauftrages gemäß § 8a SGB VIII. Vielen Diensten ist die Tragweite dieser Verantwortung nicht bewusst und transparent. Neben einem Pflegekonzept sowie einem pädagogischen Konzept sollte daher eine Konzeption im Umgang mit Kindeswohlgefährdung ebenso zum Qualitätsmanagementhandbuch eines Kinderpflegedienstes gehören.

Im ambulanten Pflegedienst Bärenstark, der im Rhein Main Gebiet und in Essen bärenstarke kleine Kämpfer versorgt, ist der Umgang mit Kindeswohlgefährdung genauso wie in den stationären Kinderintensivpflegeeinrichtungen Bärenstark in Darmstadt und Essen elementarer Bestandteil von Fortbildungen der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen und dem Gesamtkonzept.

Kindeswohlgefährdung stellt den Oberbegriff aller negativen Verhaltensweisen oder Handlungen der Erziehungsberechtigten oder sonstiger Personen gegen das Wohl des Kindes dar. Hierzu zählen:

- Körperliche Vernachlässigung;
- Seelische Vernachlässigung;
- Seelische Misshandlung;
- Körperliche Misshandlung
- Sexuelle Misshandlung und Gewalt.

Viele Pflegefachkräfte und pädagogische Kräfte haben bereits Erfahrungen mit dem Thema gemacht. Blaue Flecken, eine bewusste Minderernährung durch Eltern, damit das Kind einfacher zu mobilisieren ist oder die strikte Isolation eines Kindes aufgrund der bestehenden Behinderung in der Wohnung sind nur einige Beispiele hierfür. Oft besteht große Unsicherheit unter allen Beteiligten, ob und wie man das Thema anspricht und wie weiter vorzugehen ist. Deshalb ist eine konzeptionelle Grundlage in ambulanten Kinderpflegediensten ganz wichtig. Sie gibt allen Beteiligten Sicherheit und Leitlinien im Umgang mit dem so schwierigen Thema.

Da Kindeswohlgefährdung zumeist kein einmaliger, sondern ein sich wiederholender Vorgang ist, sind kontinuierliches Beobachten, gegenseitiges Informieren und sich Austauschen von besonderer Bedeutung in der Kinderintensivpflege.

Jede Person oder Stelle, die Erziehungsverantwortung für ein Kind kraft Gesetz oder Vertrag inne hat, ist verpflichtet, Gefahren für das Wohl des betreuten Kindes abzuwenden.

Bei Bärenstark wird ad hoc im ersten Schritt eingeschätzt, ob es sich um eine akute oder eine latente Kindeswohlgefährdung handelt. Handelt es sich um eine akute Kindeswohlgefährdung, wird das Jugendamt unverzüglich informiert. Nicht nur die pädagogische Leitung von Bärenstark oder die Pflegedienstleitung sind verantwortlich, jeder einzelne Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin ist hier in der Pflicht.

Gibt es Anzeichen oder Situationen, die auf eine latente Kindeswohlgefährdung hindeuten, werden die Wahrnehmungen von der zuständigen Pflegekraft bzw. der zuständigen pädagogischen Fachkraft in einem Beobachtungsbogen dokumentiert. Unter anderem zählt hierzu:

- Datum und Uhrzeit der Beobachtung;
- Name der Beobachterin / des Beobachters;
- War es eine eigene Beobachtung, die Beobachtung einer Kollegin, der Eltern oder sonstiger Personen;
- usw.

Fotos: Dr. Gottmann

Die Anhaltspunkte für eine latente Kindeswohlgefährdung werden gemeinsam im Team in inhaltlicher und zeitlicher Hinsicht gemeinsam bewertet. Zudem werden die nächsten Schritte gemeinsam erörtert, verabredet und dokumentiert. Sollte sich durch den Austausch im Team und nach den Gesprächen mit den Eltern / Sorgeberechtigten die Sorge in Bezug auf Kindeswohlgefährdung verstärken, wird im Team entschieden, ob zusätzlich die Fachkraft für Kinderschutz eingeschaltet wird.

In unklaren Fällen muss die „insoweit erfahrene Fachkraft“ zur Beurteilung und Beratung einbezogen werden. Sollte im Pflegedienst keine entsprechende Fachkraft vorhanden sein, bieten sich Kooperationsverträge mit dem örtlichen Kinderschutzbund an.

Es wird anschließend gemeinsam geprüft, ob und wie der Gefährdung im Rahmen der eigenen Ressourcen von Bärenstark wirksam begegnet werden kann oder ob eine Inanspruchnahme anderer geeigneter Hilfen notwendig erscheint und wie diese aussehen könnte. Zudem werden ein interner Zeitplan sowie eine Beratungsplanung erstellt. Im Rahmen dieser Risikoabschätzung wird auch entschieden, ob zu diesem Zeitpunkt eine Information des zuständigen Mitarbeiters des Jugendamtes erforderlich ist.

Der erarbeitete Beratungsplan bildet die Grundlage für ein gezieltes Gespräch mit den Eltern / Erziehungsberechtigten. Der Patient wird je nach Alter und Entwicklungsstand in das Gespräch einbezogen. Die Familie wird in dem Gespräch über die Gefährdungseinschätzung und die geplante Einbeziehung des Jugendamtes informiert.

Besteht die Einschätzung, dass eine Gefährdung durch die Information der Personensorgeberechtigten mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgelöst wird, wird ohne Vorabsprache mit den Personenberechtigten das Jugendamt sofort einbezogen.

Gemeinsam mit den Eltern wird im Gespräch eine verbindliche Absprache über die erforderlichen konkreten Veränderungen und der dazu hilfreichen Beratungs- und / oder Unterstützungsmöglichkeiten entwickelt. Anhand des festgelegten Zeitplanes wird anschließend überprüft, ob die getroffenen Absprachen mit den Eltern bzw. Sorgeberechtigten umgesetzt wurden, ob sich positive Entwicklungen erkennen lassen und die ursprünglich gegebene Situation nicht mehr oder nicht mehr in dieser Risikointensität auftreten.

Im Team, d.h. im Rahmen der regelmäßig stattfindenden Fallkonferenzen, wird situations- und fallspezifisch entschieden, ob die vereinbarten Ziele umgesetzt wurden und zu dem gewünschten Erfolg geführt haben oder eine nachhaltige Verbesserung der Situation durch die angebotenen Hilfen nicht erreicht werden konnte.

Jeder Inhaber eines Kinderintensivpflegedienstes sollte sich dieser Verantwortung bewusst werden und den Schutzauftrag gemäß § 8a SGB VIII wahrnehmen. Denn hierdurch werden nicht nur die Kinder geschützt, sondern es bietet auch den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen Sicherheit im alltäglichen Arbeiten.

Daniela Jentsch

Sozialmedizinische Nachsorge steht trotz Steigerung der versorgten Patienten vor dem Aus

In seinem Wirkungsbericht 2016 kann der Bundesverband Bunter Kreis e.V. eine deutliche Steigerung der versorgten Kinder vermelden: Im vergangenen Jahr erhielten in Deutschland erstmals 6.800 Patienten Sozialmedizinische Nachsorge. Trotz des großen Erfolgs steht die Nachsorge vielerorts bald vor dem Aus. Weil die gesetzlichen Krankenkassen (GKVs) sich weigern, die Leistung auskömmlich zu vergüten, müssen die 88 Nachsorge-Einrichtungen 2017 zusammen mehr als 4,8 Millionen Euro an Spenden generieren. Andernfalls müssten einzelne Standorte in Insolvenz gehen oder aufgelöst werden.

Das vergangene Jahr war ein Rekordjahr für die 88 deutschlandweit arbeitenden Nachsorge-Einrichtungen nach dem Modell Bunter Kreis: 13 Prozent mehr Kinder wurden versorgt – die GKVs genehmigten entsprechend 13 Prozent mehr Nachsorge-Maßnahmen. Für 2017 rechnet der Bundesverband Bunter Kreis mit einer weiteren Steigerung um 2.200 auf rund 9.000 Nachsorge-Patienten. Auch flächenmäßig wurden die Nachsorge-Angebote erfolgreich ausgebaut: Fünf neue Einrichtungen starteten 2016 mit ihrer Arbeit in Hannover, Schweinfurt, Oldenburg, Bamberg und Winnenden. Dank regelmäßiger Audits (2016 wurden diese erfolgreich bei 25 Einrichtungen durchgeführt) ist eine sehr hohe einheitliche Qualität der Nachsorge gesichert.

Dennoch ist die Nachsorge in Deutschland vielerorts in Gefahr. Der Bundesverband Bunter Kreis hat zwei grundlegende Forderungen an Politik und Kostenträger:

Forderung 1: Vergütungssätze der GKVs müssen deutlich erhöht werden

Die Sozialmedizinische Nachsorge ist seit 2009 als Regelleistung der GKVs im SGB V festgeschrieben. Sie reduziert nachweislich nachhaltig die Gesundheitskosten für die Gesellschaft. Der Bedarf an Nachsorge wird zwar von den GKVs gesehen und die Nachsorge bewilligt, die Kassen sind aber nicht bereit, die Vergütungssätze anzupassen und die Nachsorge damit auskömmlich zu vergüten. 2017 werden im Bundesdurchschnitt 105 Euro pro Nachsorge-Einheit benötigt, gezahlt werden von den Kassen im Schnitt aber nur 73,50 Euro. Bei 17 Nachsorge-Stunden müssen die Nachsorge-Einrichtungen 535,50 Euro pro Patient durch Spenden finanzieren. Deutschlandweit werden in diesem Jahr durch die fehlende Deckung der Vergütung damit mehr als 4,8 Millionen Euro fehlen, die durch Spenden abgedeckt werden müssten. Die Folge: Der Bundesverband rechnet mit zahlreichen Standort-Schließungen. Die seit Jahren angestrebte flächendeckende Versorgung ist damit konkret in Gefahr.

Forderung 2: Nachsorge muss auch nach ambulanten Terminen möglich sein

Die Sozialmedizinische Nachsorge ist bisher nur nach stationärer Krankenhausbehandlung und Rehabilitation möglich. Die ambulante Versorgung im Bereich der schweren und seltenen chronischen Krankheiten in der Pädiatrie nimmt jedoch ständig zu. Dies ist inhaltlich richtig und im besten Interesse der betroffenen Familien. Auch diese Familien müssen Nachsorge erhalten können. Der Bundesverband Bunter Kreis fordert daher eine Ergänzung des entsprechenden § 43 Abs. 2 SGB V. Der kompletter Wirkungsbericht 2016 kann unter *https://www.bunter-kreis-deutschland.de/fileadmin/user_upload/files/Broschueren/BBK_Jahresbericht_2016_final.pdf* heruntergeladen werden.

Neues Ehrenmitglied der DIGAB e.V.

Anlässlich der Mitgliederversammlung der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e.V. (DIGAB) am 22. Juni 2017 in Köln wurde **Dr. med. Kurt Wollinsky**, RKU – Universitäts- und Rehabilitationskliniken, Ulm, zum Ehrenmitglied ernannt. Die Laudatio hielt Dr. med. Hans Fuchs, Universitätsklinikum Freiburg, Leitung Pädiatrische Intensivmedizin. Beide Mediziner waren Kongresspräsidenten des 22. Jahreskongresses der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. zusammen mit dem 9. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. vom 8. bis 10. Mai 2014 in Ulm. Die Ehrenmitgliedsurkunde überreichte der noch amtierende 1. Vorsitzende des DIGAB e.V., Dr. Karsten Siemon. Geehrt wurde Dr. Wollinsky „für seine langjährige Verbundenheit mit der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung e.V., in Würdigung seiner enormen Verdienste um die Etablierung der Beatmung von Säuglingen und Kleinkindern in Deutschland und Schaffung der wissenschaftlichen Grundlage der Beatmung bei neuromuskulären Erkrankungen, sowie der Langzeitbeatmung von Querschnittgelähmten und muskelkranken Kindern und insbesondere für die Initiierung der Ermächtigungssprechstunde 'Beatmung'.“ Obwohl bereits im Ruhestand, führt Dr. Wollinsky noch immer diese Sprechstunde durch, zu der Eltern mit ihren Kindern aus dem ganzen Bundesgebiet anreisen. Für sein großes Engagement hatte Wollinsky auch schon den MAIK-Award erhalten.

Seit nunmehr 13 Jahren lädt er zu einer Tagung „Außerklinische Beatmung Kinder und Kleinkinder“ nach Ulm ein. In diesem Jahr findet sie am 20. und 21. Oktober 2017 in Ulm-Seligweiler statt. Auskunft gibt Monika Berlinghof unter Tel. + 49 731 177-1301 oder per E-Mail Monika.Berlinghof@rku.de

Beim diesjährigen MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress am 27. und 28. Oktober 2017 referiert Dr. Wollinsky über das erste wohl wirksame Medikament bei Spinaler Muskelatrophie (SMA).

Mehr unter: **www.maik-online.org**

DIE STIFTUNG NOAH

Ein dauerhaft pflegebedürftiges Kind bedeutet für jede Familie eine gewaltige Umstellung und nur zu oft auch ein Gefühl anhaltender Ohnmacht angesichts einer Erkrankung, deren weiterer Verlauf sich nicht immer steuern lässt.

Die Stiftung NOAH ist davon überzeugt, dass pflegerisches Fachwissen ein wichtiger Faktor bei der Überwindung dieser Ohnmacht sein kann.

Je mehr Eltern über die Erkrankung und Pflege ihres Kindes wissen, desto mehr Einfluss können sie auf die Versorgung des kranken Kindes nehmen – sowohl zu Hause als auch im Krankenhaus.

Aus diesem Grund zielt die Arbeit der Stiftung NOAH auf die Erstellung und Bereitstellung umfangreicher und hochwertiger Informationsmaterialien zur Pflege von chronisch erkrankten oder behinderten Kindern.

Stiftungsarbeit

Viele Formen von Erkrankungen und Behinderungen sind durch Vereine und Selbsthilfegruppen bereits recht gut dokumentiert, darunter z.B. Krebs oder Herzerkrankungen.

Die Arbeit der Stiftung NOAH konzentriert sich daher zur Zeit vorrangig auf Themenbereiche, die pflegerisch extrem aufwändig sind, für die jedoch nur sehr wenige Informationen existieren, die sich direkt mit der Pflege von Kindern befassen.

Themenbereiche

- Der Arbeitsbereich „Tracheotomie“ enthält Informationen für Eltern von Kindern mit einem Luftröhrenschnitt.
- Der Arbeitsbereich „Magensonden“ behandelt die Thematik der künstlichen oder enteralen Ernährung.
- Der Arbeitsbereich „Andere Themen“ befasst sich mit allen anderen Behinderungen oder chronischen Erkrankungen.

Innerhalb dieser Arbeitsbereiche identifiziert die Stiftung NOAH bestehende Informationslücken und schließt diese in enger Zusammenarbeit mit Ärzten, medizinischen Fachkräften und Betroffenen durch die Erstellung von ausführlichen Pflegeratgebern und Reportagen.

Veröffentlichungen

Diese Ressourcen werden der Öffentlichkeit anschließend von der Stiftung NOAH über das Internet oder in Buch- bzw. Broschürenform kostenfrei zur Verfügung gestellt. Die Stiftung NOAH konnte hierdurch für ihre Themenbereiche auf Anhieb die größte Sammlung von frei zugänglichem Fachwissen und Pflegehinweisen im deutschsprachigen Raum schaffen.

Die Stiftung NOAH plant, ihr Angebot um weitere Pflegeratgeber zu erweitern, um für möglichst viele Kinder mit den unterschiedlichsten Arten von Erkrankungen oder Behinderungen eine effektive Hilfeleistung anbieten zu können.

Soeben ist der bewährte "Pflegeratgeber Tracheotomie" neu aufgelegt worden, der Eltern und Pflegern tracheotomierter Kinder auf ca. 80 Seiten hilfreiche und umfassende Anleitungen bei der täglichen Pflege bietet. Medizinisch beraten haben hierbei Katrin Baasch, Prof. Karl Bentele, Dr. Egmont Harps, Dr. Brigitte Kornatz-Stegmann, Sandra Kozlowski, Prof. Rudolf Leuwer, Dr. Johann-Peter Luhn, Nicole Nagel, Klaus Reiß, Dr. Stefan Renz.

Kostenlose Exemplare zur Unterstützung des Personals von Pflegediensten sowie zur direkten Abgabe an Eltern können bei der Stiftung NOAH angefordert werden. Der Ratgeber ist auch online einsehbar: http://www.stiftung-noah.de/tracheotomie/ratgeber/vorwort
In Kürze erscheint der “Pflegeratgeber Enterale Ernährung”.

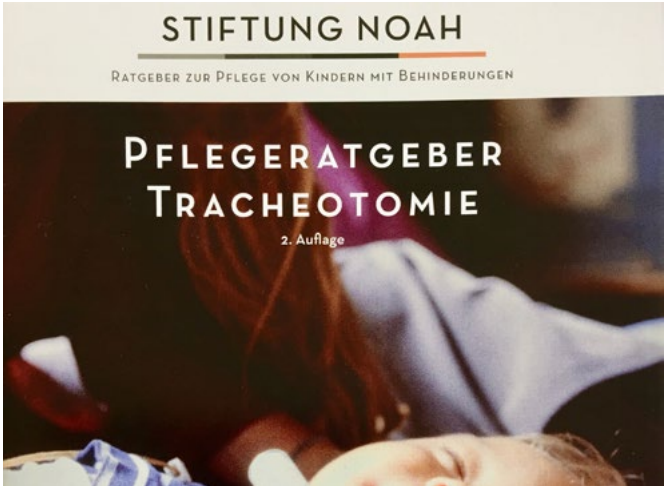
Die Stiftung NOAH ist eine gemeinnützige Stiftung nach bürgerlichem Recht, die es sich zum Ziel gesetzt hat, die Situation behinderter oder schwer erkrankter Kinder sowie deren Eltern und Pfleger durch die Bereitstellung wertvoller Ressourcen zu verbessern. Da die Stiftung NOAH keinerlei öffentliche Finanzhilfen erhält, ist sie auf die Initiative und Unterstützung von privaten Spendern angewiesen, um ihre verschiedenen Projekte finanzieren und durchführen zu können. Informationen gibt es unter http://stiftungnoah.de/stiftung/spenden/

Kontakt

Stiftung NOAH | Bundesstraße 11 | 20146 Hamburg
Telefon: (040) 414 987 95 | Telefax: (040) 414 964 23
E-Mail: redaktion@stiftung-noah.de
Internet: www.stiftung-noah.de

Spendenkonto

Stiftung NOAH | IBAN DE60 70120400 3263714010 BIC DABBDEMMXXX | Institut DAB Bank AG, München | Verwendungszweck »Spende an die Stiftung NOAH«



„KINDERLÄHMUNG“

Fast ein Problem der Vergangenheit:
Eine Briefmarke aus den USA war 1999 der Polioimpfung gewidmet.

Quelle: Shutterstock / neftali

KINDERLÄHMUNG IST BEI UNS KEIN THEMA MEHR

Kinderlähmung war noch in den 50er Jahren bei uns in Deutschland ein gefährliches Gesundheitsrisiko. Doch die Forschung hat dazu geführt, dass Polio in allen Industrieländern praktisch kein Thema mehr ist. Der eine Forscherpionier, dem wir diesen Erfolg zu verdanken haben, war Jonas Salk. Er entwickelte 1955 den ersten Impfstoff gegen Polio. Auf dieser Grundlage entwickelte Albert Sabin den Impfstoff weiter. Statt ihn zu spritzen, konnte der neue Polio-Impfstoff, jeweils drei Tropfen auf einen Würfel Zucker, geschluckt werden. Diese Innovationen machten weltweite Impfkampagnen möglich, deren Erfolg sich bis heute sehen lassen kann: Gab es 1988 weltweit noch 350.000 gemeldete Fälle, waren es 2016 noch 37; ein Rückgang der Krankheitsfälle also um mehr als 99 Prozent. Die Zahl der Länder mit Poliofällen sank von 125 auf vier. Die WHO strebt übrigens die weltweite Ausrottung von Polio in den nächsten Jahren an. Bei uns in Deutschland ist die Kinderlähmung schon jetzt faktisch ausgerottet. Hier wurden bereits 1985 nur noch fünf Polio-Fälle registriert. Eine gute Nachricht!

Darauf weist der Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V. (BPI) hin, der das breite Spektrum der pharmazeutischen Industrie auf nationaler und internationaler Ebene vertritt. Rund 250 Unternehmen mit ca. 78.000 Mitarbeitern haben sich im BPI zusammengeschlossen. **www.bpi.de**

Nathalies Glückskuchen

Man darf ja nicht einfach ein Rezept aus einem Kochbuch veröffentlichen, aber probieren Sie doch einmal Nathalies hausgemachten Glückskuchen!

Zutaten

½ L OPTIMISMUS-SAFT

500 G ÄRMEL-HOCH-KREMPELN-PULVER

250 G WILLENS- UND DURCHHALTE-RASPELN

100 G HOFFNUNGS-GRANULAT

1 EL STEH-AUF-MÄNNCHEN-ESSENZ

1 PRISE HUMOR (ODER AUCH GALGENHUMOR)

Vermischen Sie alle Zutaten zu einem kräftigen Teig. Falls er Ihnen zu zähflüssig erscheint, fügen Sie noch etwas Optimismus-Saft und Hoffnungs-Granulat hinzu. Die Prise Humor gibt dem Teig erst die richtige Würze, je nach Geschmack darf es gerne auch etwas mehr sein!

Wenn Sie das Gefühl haben, Ihr Teig wäre zu nichts mehr zu gebrauchen, geben Sie einfach einen weiteren Löffel Steh-auf-Männchen-Essenz hinzu – und schon ist er wieder frisch und sämig.

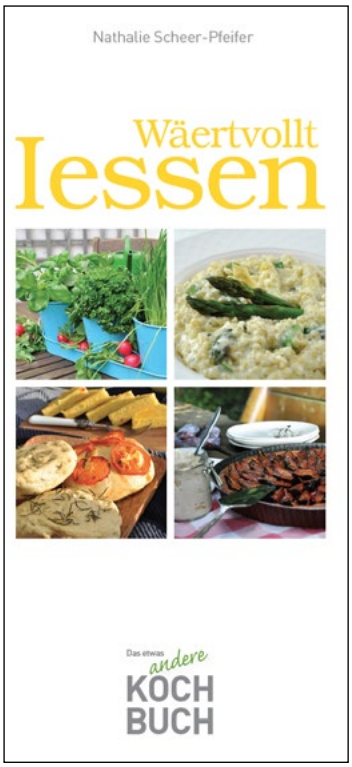
Kosten Sie etwas vom Teig, und wenn er Ihren Vorstellungen noch nicht entspricht, fügen Sie noch ein paar Willens- oder Durchhalte-Raspeln hinzu. Das Resultat hängt ganz von der Qualität Ihres Ärmel-hoch-krempeln-Pulvers ab. Dieses lässt den Teig im Ofen so richtig schön hochgehen.

Den Teig nach Bedarf teilen, beliebig formen und in den Ofen schieben. Wenn Ihr Glückskuchen goldbraun gebacken ist, können Sie ihn aus dem Ofen nehmen und mit allen Sinnen genießen.

In schwierigen Lebenslagen dieselben Arbeitsschritte einfach wiederholen ...

Denn Sie wissen ja, das Glück bäckt sich nicht von alleine!

Herausgeberin des Kochbuchs ist **Nathalie Scheer-Pfeifer** (s. Foto) vor 17 Jahren an einer amyotrophen Lateralsklerose (ALS) erkrankt. Gemeinsam mit ihrem Ehemann Jean-Marc, Freunden und weiteren Betroffenen gründete sie im Februar 2012 in Luxemburg den eingetragenen Verein „Wäertvollt Liewen“. Übersetzt bedeutet dies „Wertvolles Leben“. Der Verein hat sich zum Ziel gesetzt, Menschen mit ALS oder ähnlichen Pathologien zu unterstützen, insbesondere im Zusammenhang mit persönlicher Assistenz und häuslicher Intensivpflege, falls dies der Wunsch des Betroffenen sein sollte. In Ausgabe 34 hatten wir den Verein bereits ausführlich vorgestellt. Es gilt weiterhin **`ALS - Es gibt noch viel zu tun, packen wir's an!`** Und nicht vergessen, ab und zu einfach einen Glückskuchen backen. Der Kauf des Kochbuchs lohnt sich, weil es viele tolle Rezepte enthält, und man außerdem durch den Kauf den Verein unterstützen kann.



Kontaktdaten von Wäertvollt Liewen e.V.
5, rue de Longuyon
L-7236 Bereldange

Tel.: (+352) 621 412 360
info@waertvollt-liewen.lu
www.waertvollt-liewen.lu

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

Es gibt immer Wege zu mehr Lebensqualität

Am 17. Juni 2017 fand in Berlin die 5. Beatmungs- und Informationsveranstaltung, organisiert vom ALS-mobil e.V., unter der Überschrift „Therapien bei ALS“ statt. Die Vereinsmitglieder und ihr Vorsitzender Oliver Jünke hießen zu diesem Informationstag Betroffene und deren Angehörige, Mediziner, Therapeuten und Interessierte in der Villa Donnersmarck willkommen.

Der Chefarzt der Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation in Oldenburg, Dr. med. Martin Groß hielt den Eröffnungsvortrag und führte darin aus, dass verschiedene Therapieformen wie Logopädie, Physio-, Ergo- und Atmungstherapie für beatmete neuromuskuläre Patienten ineinandergreifen sollten, um eine bestmögliche Versorgung zu erzielen. Er plädierte für multidisziplinäre Teams, die ALS-Erkrankten die Teilhabe an allen gesellschaftlichen Lebensbereichen ermöglichen können. Der Mediziner führte aus, dass im Evangelischen Krankenhaus in Oldenburg inzwischen geeignete Strukturen für diese interdisziplinäre Betreuung geschaffen worden seien. Er betonte, dass bei neuromuskulären Erkrankungen stets der fortschreitende Verlauf zu beachten sei. Dies erfordere ein hohes Maß an Erfahrung der Therapeuten, um Überforderungssituationen für Patienten zu vermeiden. Er riet dazu, dass Patienten untereinander beraten sollten. Dieser Erfahrungsaustausch und Informationsgewinn habe einen immens hohen Stellenwert. Groß forderte außerdem dazu auf, den Einsatz von Hilfsmitteln, wie z.B. einem Beatmungsgerät frühzeitig mit dem Patienten zu thematisieren, um ein planvolles Handeln zu ermöglichen und Notsituationen zu vermeiden.

Diesen Aspekt griffen auch zahlreiche weitere Referenten auf. Der Atemtherapeut Ansgar Schütz referierte über Husten- und Atemhilfe bei ALS und betonte, Betroffene sollten nicht erst in Krisensituationen aktiv werden, sondern sämtliche Informationsmöglichkeiten und präventive Ansätze nutzen, um Risiken zu vermeiden. Die Hustenschwäche sei ein ernstzunehmendes Symptom. Durch Hilfsmittel, wie eine Hustenhilfe, könne die Lebensqualität deutlich verbessert werden. Er ermutigte die Betroffenen, gemeinsam mit Therapeuten und Spezialisten immer auch nach individuellen Lösungen zu suchen.

Auch die physiotherapeutische Behandlung von ALS-Patienten erfordere stets sehr individuelle Übungsprogramme, erläuterte die Therapeutin Vivien Victoria Semper. Die korrekte Handhabung und das Training mit Hilfsmitteln seien dabei unerlässlich, um deren Nutzen optimal ausschöpfen zu können. Darüber leite sie zur Atemtherapie an, führe Massagen, manuelle Lymphdrainage und Kontrakturprophylaxe durch. Wichtig sei es zudem, dass während der Physiotherapie Übungen erlernt würden, die die Patienten selbständig oder mithilfe von Angehörigen durchführen könnten.

Die Berliner Logopädin Nike Papadopoulos wies darauf hin, dass insbesondere die Eigenwahrnehmung der Patienten frühzeitig geschärft werden sollte, um von Seiten der Therapeuten effektiver auf Veränderungen des Gesundheitszustandes eingehen zu können. Sie plädierte dafür, dass sich ALS-Patienten schon in einem frühen Stadium der Krankheit, in dem eine mündliche Kommunikation noch weitestgehend möglich sei, mit den verschiedenen alternativen Kommunikationsformen und -hilfsmitteln vertraut machen sollten. Sie stellte außerdem klar, dass bei ALS isolierte mundmotorische Übungen nicht sinnvoll seien. Vielmehr sollten Kompensationstechniken, wie leiseres Sprechen in kürzeren Sätzen, bewusst eingesetzt werden. Durch Lockerung und Entspannung der Stimme sowie durch die Verbesserung der Resonanz und des Stimmklangs in einem frühen Stadium könne die verbale Kommunikation erleichtert werden. Auch Papadopoulos wies darauf hin, dass Schluckbeschwerden und nicht bemerktes Verschlucken ein Risiko darstellten, welches durch Hilfsmittel deutlich gesenkt werden könne.

Die Logopädin Nicole Pötzsch-Waschwill führte den fachgerechten Gebrauch eines Kieferspreizers vor. Dieser wird eingesetzt, um im fortgeschrittenen Krankheitsstadium die Beweglichkeit des Kiefergelenks zu trainieren. Dieses Hilfsmittel erleichtert darüber hinaus die Zahnreinigung und kommt bei Zahnarztbesuchen unterstützend zum Einsatz.

Alle Referenten betonten die immense Bedeutung der Interdisziplinarität, um eine Teilhabe der ALS-Erkrankten an allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens zu ermöglichen. Zum Ende des Kongresses lud der ALS mobil e.V. zu seinem 10-jährigen Jubiläum ein. Dieses wird am Samstag, 17. November 2017 mit einem Fachkongress und einem Abendempfang in Berlin gefeiert.

Lena Panzer-Selz, M.A.

Am 15. September 2017 findet im Evangelischen Krankenhaus Oldenburg das **Symposium "Neurologische Beatmungsmedizin"** statt, zu dem Dr. Martin Groß sehr herzlich einlädt.

Die Anmeldung ist bis 1. September 2017 per Fax oder per E-Mail bei Frau Rita Maas, Kliniksekretariat NFR, Fax: 0441 236-715 und nfr@evangelischeskrankenhaus.de möglich.

Verein zur Interessenwahrnehmung von Menschen mit dem Locked-in Syndrom sowie deren Angehörige und Freunde – LIS e.V. sowie Christine-Kühn Stiftung

Das klassische Locked-in-Syndrom bezeichnet den Zustand einer Lähmung aller vier Gliedmaßen (Tetraplegie) bei erhaltenem Bewusstsein. Ebenso besteht eine Lähmung des Sprechapparates (Dysarthrie) und der Atmung. Häufigste Ursache ist ein Stammhirninfarkt, hervorgerufen durch eine Thrombose der Arteria basilaris, der zentralen hirnversorgenden Arterie. Eine spontane Kommunikation ist im besten Fall nur über den Lidschlag möglich. Die Krankheit ist vermutlich so alt wie die Menschheit, doch früher wurden Betroffene unter anderem als „scheintot" bezeichnet. Eine erste literarische Verarbeitung erfolgte in dem Roman von Alexandre Dumas père „Der Graf von Monte Christo". In der Gestalt des Monsieur Noitier de Villefort, weshalb das Krankheitsbild früher gelegentlich als Monte-Christo-Syndrom" bezeichnet wurde; auch die Bezeichnungen „Pseudokoma" und „ventrales Pons. Syndrom" wurden in der Literatur verwendet. Erst Plum und Posner prägten 1967 für diesen Zustand das Wort Locked-in-Syndrom (locked-in, engl. eingeschlossen).

Früher wurden Patienten mit dem Locked-in Syndrom als Körper ohne Emotionen behandelt. Ein schrecklicher Irrtum! In jüngster Zeit setzt sich die Erkenntnis durch, dass durch eine andauernde und intensive Behandlung erstaunliche Erfolge erzielt werden können. Locked-in Patienten, die von Beginn an außerordentlich viel Physiotherapie, Ergotherapie und Logopädie bekommen haben, haben sich entsprechend positiv entwickelt. Das tägliche Bewegungspensum betrug in diesen Fällen acht bis zehn Stunden. Während dieser Zeit und auch danach hat sich das Befinden dieser Patienten, wenn auch kaum merklich, so doch stetig verbessert. Die Verbesserung ihres Zustands war immer erst nach Monaten messbar, ein Reha-Aufenthalt von drei oder sechs Wochen hätte kaum eine sichtbare Verbesserung gezeigt.

Nur ganz wenige Patienten kommen in den Genuss einer so ausführlichen und umfassenden Behandlung. Dies ist unserer Meinung nach der Grund, warum sich der Zustand vieler Locked-in Patienten gar nicht oder nur wenig verbessert. Leider besteht selbst unter Experten ein Informationsdefizit über den Verlauf der Krankheit. Viele Angehörige kommen gar nicht auf den Gedanken, sich täglich so intensiv und über einen nicht zu bestimmenden Zeitraum um ihre Angehörigen zu kümmern. Sie erkennen nicht, welche Möglichkeiten sie haben, aktiv Hilfestellung zu geben, haben keine Hoffnung oder einfach keine Zeit. Diesem Dilemma entgegenzuwirken, hat Dr. Pantke im Jahr 2000 den Verein LIS gegründet. Er verfolgt folgende Ziele:

- Eine optimale Therapie für die betroffenen Menschen.

- Aufklärung von Patienten und Angehörigen, Therapeuten und Ärzten durch persönliche Gespräche (u. a. Telefonberatung), Vorträge in unterschiedlichen Institutionen, Ausrichtung von Fachtagungen bzw. Weiterbildungen, Erstellen von Publikationen zum Thema.

- Aufbau eines Dokumentationszentrums: Zusammenstellung und Vervielfältigung der neuesten Literatur aus der internationalen neurobiologischen Wissenschaft und ihren Nachbarwissenschaften,

- Aufbau einer Patientendatei (Langzeitprojekt), Erhebung und Auswertung von Patientendaten über den Heilungsprozess über mehrere Jahre.

Dr. Pantke arbeitete bis 1995 als Physiker in Lehre und Forschung an in- und ausländischen Universitäten. 1995 beendet ein schwerer Schlaganfall mit Locked-in-Syndrom (LIS) die Hochschullaufbahn. Seit 2008 publizierte er zum Locked-in-Syndrom und zur Unterstützten Kommunikation nach Schlaganfall, hat Lehraufträge in Unterstützter Kommunikation an Hochschulen und berufsbildenden Schulen und leitet die Christine Kühn Stiftung, die ähnliche Ziele wie LIS e.V. verfolgt. Christine Kühn war Mitbegründerin des Vereins und gründete testamentarisch die nach ihrem Namen benannte Stiftung. Dr. Pantke referiert in diesem Jahr beim 10. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress.

KONTAKT

LIS e.V.
Geschäftsstelle im Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (KEH), Herzbergstr. 79, Haus 30, 10365 Berlin
Tel./Fax: 030/34 39 89 75/-73 E-Mail: pantkelis@arcor.de
Homepage: www.locked-in-syndrom.org/

Der Verein freut sich über jede noch so kleine Spende.

Bank: Postbank Berlin
IBAN: DE72 1001 0010 0625 6831 09
BIC: PBNKDEFF
Eine Spendenquittung wird zugeschickt.

Copyright: katzorke & schöwerling

STUDIEREN MIT (NICHT-) SICHTBARER BEHINDERUNG UND / ODER CHRONISCHER ERKRANKUNG

Bekomme ich auch mit einer chronischen Erkrankung Nachteilsausgleiche?

Muss ich meine nicht-sichtbare Behinderung „outen"?

Kann ich Studienassistenz beantragen?

Sind Hochschule und Umfeld barrierefrei?

Wie stelle ich einen Härtefallantrag?

Wo bekomme ich Beratung?

Diese und andere Fragen lassen sich nicht immer alleine klären. Hier bietet das kombabb-Kompetenzzentrum NRW Information und Unterstützung an. Es berät nicht nur Studieninteressierte (sowie Studierende) im Rollstuhl, mit einer Hör- oder Sehbehinderung, sondern auch Studieninteresseierte (und Studierende) mit einer nicht-sichtbaren Behinderung und / oder chronischen Erkrankung, wie z.B. Diabetes, Epilepsie, einer Autismus-Spektrum-Störung oder einer psychischen Erkrankung. Dabei orientieren sich die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Kompetenznetzwerks an den persönlichen Kompetenzen sowie an der Selbstbestimmung und Inklusion von Menschen mit Behinderung und / oder chronischer Erkrankung.

Das Internetportal http://www.kombabb-internetportal-nrw.de/ bietet viele nützliche Informationen rund um das Studium. Unter der Rubrik „Studentisches Leben" beispielsweise werden viele wertvolle Tipps für den neuen Lebensabschnitt gegeben. Denn „Studieren bedeutet nicht nur Theorie aus Büchern lernen. Es bedeutet auch, ein studentisches Leben zu führen. Die Schulzeit ist vorbei und viele SchulabsolventInnen ziehen in die erste eigene Wohnung, womöglich in einer fremden Stadt, ohne Bekannte oder FreundInnen. In dieser Phase passieren viele ungewohnte Dinge und viele Entscheidungen müssen plötzlich selbstständig getroffen werden." So stellt das kombabb-Kompetenzzentrum NRW wichtige Informationen zum Wohnen, zur Mobilität, zu Freizeitmöglichkeiten für behinderte und chronisch kranke Menschen sowie Pflege & Assistenz zur Verfügung. Kompakte Informationen zum kombabb-Kompetenznetzwerk NRW gibt es in einem Flyer, der unter http://www.kombabb.de/wp-content/uploads/2015/08/RZ_kombabb_Folder2015_screenreader-1.pdf heruntergeladen werden kann.

Das hochwertige Beratungsangebot des kombabb-Kompetenzzentrums NRW ist für Ratsuchende kostenlos. Sein Anspruch sind Qualität und Nachhaltigkeit. Daher ist die Beratungsstelle des gemeinnützigen Vereins kombabb e.V. auf Spenden angewiesen.

Spendenkonto

Kompetenzzentrum Behinderung, akademische Bildung, Beruf (kombabb) e.V.
Volksbank Bonn Rhein-Sieg
Konto-Nr.: 180 130 9018
BLZ: 380 601 86
IBAN: DE49 3806 0186 1801 3090 18
BIC: GENODED 1BRS
Verwendungszweck „Spende"

Wird eine Spendenbescheinigung gewünscht, dies bitte unter Verwendungszweck, mit Angabe der Adresse, eintragen.

Kontakt

kombabb-Kompetenzzentrum Behinderung-Studium-Beruf NRW
Reuterstraße 161
53113 Bonn
Tel. 0228 9474 4512
Fax. 0228 9091 7058
Mail: kontakt@kombabb.de
Web: www.kombabb.de
KIP: www.kombabb-internetportal-nrw.de

EMPOWERMENT – WAS IST DAS?

Unter Empowerment versteht man Selbstbefähigung oder Selbstbemächtigung. Wer Empowerment für sich entdeckt hat, weiß um seine Stärke. Und es bedeutet, seine Mitmenschen zu stärken und ihnen Mut zu machen. „Wer empowert ist, kann beginnen, sein Leben innerhalb der gegebenen Begrenzungen (die durch körperliche, kognitive und psychische Einschränkungen unweigerlich bestehen) selbstbestimmt zu gestalten und wird feststellen, dass sich Grenzen verschieben lassen“, sagt Dr. Sigrid Arnade, Geschäftsführerin der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. (ISL). Empowerment ist eine Methode, mit deren Hilfe man lernen kann, persönliche Stärke zu entfalten. Hierfür stellt der ISL e.V. im Rahmen eines Online-Handbuchs Material und Übungseinheiten zur Verfügung. Alles rund um das Handbuch wird auf der Homepage erklärt. Lesenswert zur Einführung in das Thema ist der Vortrag von Ines Spilker und Kerstin Wöbbeking unter dem Link *http://www.handbuch-empowerment.de/images/PDF/Empowerment-Vortrag-fr-Handbuch-Empowerment-nur-Prsentation.pdf*

Mehr zur Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V. unter *http://isl-ev.de und www.handbuch-empowerment.de*

Copyright: © visitBerlin, Foto: Andi Weiland | Gesellschaftsbilder.de

Raus aus der Klinik – aber wohin?

Nach einem Krankenhausaufenthalt wünscht sich jeder nichts sehnlicher, als im eigenen Zuhause oder einer heimatnahen Intensiv-Wohngemeinschaft weiter versorgt werden zu können. Nur ist das häufig aufgrund fehlender WG-Plätze und mangelnden Möglichkeiten zur Einzelversorgung für technologieabhängige Menschen nicht oder nur mit erheblichen zeitlichen Verzögerungen bis zu einem frei werdenden Platz möglich. Mit Inkrafttreten der Entscheidung des Bundesschiedsamtes im Sommer sollen Patienten künftig nach einem Krankenhausaufenthalt lückenloser und damit besser versorgt werden.

Über die bundesweit geltenden Rahmenvorgaben für das sogenannte Entlassmanagement, die bei der Entlassung von Patienten aus dem Krankenhaus ein Vorgehen nach klar geregelten Verantwortlichkeiten und verbindlichen Standards vorsehen, hatte das neutrale Bundesschiedsamt im Oktober des vergangenen Jahres entscheiden müssen, nachdem sich Vertreter von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen am Verhandlungstisch nicht hatten einigen können. Zukünftig soll für Patienten, die aus der voll- oder teilstationären Behandlung eines Krankenhauses entlassen werden, nach individuellen Erfordernissen die Anschlussversorgung verlässlicher sichergestellt und weitere erforderliche Maßnahmen nach einem Entlassplan festgestellt werden. Das betrifft auch die Überleitung des Patienten in die eigene häusliche Umgebung oder eine Intensiv-Wohngemeinschaft.

Was aber geschieht, wenn Patienten infolge des Fachkräftemangels gar nicht entlassen werden können? Wenn eine Versorgung nicht aufgenommen werden kann, weil es für die Einzelversorgung eines Patienten in der eigenen Häuslichkeit 5,5 Vollzeitkräfte bedarf oder es vor allem in ländlichen Regionen für die Betreuung und Versorgung eines Patienten zu wenig Unterbringungsmöglichkeiten oder passende Pflegedienste gibt? In diesen Fällen greift die sogenannte „Transferpflege“ der Deutschen Fachpflege Gruppe, die Patienten bis zu dem Moment, in dem eine 1:1-Versorgung am Wunschort des Patienten und seiner Angehörigen aufgebaut werden kann, in einer ihrer Wohngemeinschaften aufnimmt. Mit ihren bundesweit 16 ambulanten Pflegediensten und ihrer gemeinnützigen stationären Einrichtung für Kinder und Jugendliche, dem Kinderhaus Luftikus gGmbH, ist die Deutsche Fachpflege Gruppe in der Lage, die Zeit zu überbrücken, bis der Wunschlebensmittelpunkt der Patienten und ihrer Angehörigen gefunden wird. Überlange Liegedauern der Patienten in Krankenhäusern werden vermieden, indem eine vorübergehende Unterbringung, meist für einen Zeitraum von bis zu drei Monaten, in der Wohngemeinschaft des einen Pflegedienstes angeboten wird, bis ein Platz in der Wunsch-WG eines anderen Pflegedienstes frei wird.

Praktisch angewandt ist hier das Netzwerk der Gesellschaften der Deutschen Fachpflege Gruppe ausschlaggebend. So konnte zum Beispiel im Rahmen des Entlassmanagements der Kinderklinik Ludwigsburg innerhalb nur eines Tages erreicht werden, die vorübergehende Unterbringung eines jugendlichen Patienten im Kinderhaus Luftikus gGmbH zu organisieren, bis das Pflegeteam für seine weitere Versorgung nach nur einem Monat im eigenen Zuhause stand. Um das in so kurzer Zeit zu schaffen, konnten vorübergehend zwei Pflegedienste aus der Region mit an Bord geholt werden, die maßgeblich mit dazu beigetragen haben, den kleinen Patienten so schnell wie möglich nach Hause zu holen, denn wenn es um das Wohlergehen eines Patienten geht, muss es immer das erste Ziel sein, schnell und ganz im Sinne des Patienten und seiner Angehörigen zu handeln.

Deutsche Fachpflege Gruppe

Qualität verbindet.

Die Deutsche Fachpflege Gruppe ist mit rund 3.100 Mitarbeitern und über 600 Patienten führend in der außerklinischen Intensivpflege in Deutschland. Derzeit gehören 16 ambulante Pflegedienste zur Deutschen Fachpflege Gruppe, die bundesweit Patienten in Einzelversorgungen und über 50 Wohngruppen versorgen, sowie eine stationäre, gemeinnützige Einrichtung für dauerbeatmete Kinder und Jugendliche. Durch speziell ausgebildetes Fachpersonal werden intensivpflegebedürftige und beatmungspflichtige Patienten bis zu 24 Stunden betreut und versorgt.

www.deutschefachpflege.de

Die Neufassung der Medizinproduktebetreiberverordnung

Im Rahmen der Zweiten Verabschiedung der Medizinprodukterechtlichen Vorschriften, haben sich zum Januar 2017 drei Rechtsvorschriften geändert. Für Betreiber und Anwender ergeben sich deshalb umfangreiche Änderungen, die zum Teil eine klarere Regelung schaffen, die aber auch mit umfassenden Mehraufgaben verbunden sind.

Was bedeutet das nun definitiv für Ihre Einrichtung?

Die Medizinproduktebetreiberverordnung wurde neu aufgebaut, eine Unterteilung in Abschnitte entfällt. Endlich gibt es ein einheitliches Prinzip gegenüber sonstigen Verordnungen zum Schutz von Arbeitnehmern, zu denen die MPBetreibV zählt. Ich möchte im Folgenden die wesentlichen Punkte der Neufassung darstellen. Neben dem Anwendungsbereich § 1 gibt es nun in § 2 auch Begriffsbestimmungen. Schon diese Angleichungen machen die Verordnung klarer als früher. Wichtig hierbei ist jedoch die Tatsache, dass damit die Gesetze zum Arbeitsschutz nicht ersetzt werden. Diese gibt es weiterhin und sind zu befolgen.

Gesundheitseinrichtung, was ist das?

Im Sinne der neuen Verordnung ist das jetzt jede Einrichtung, Stelle und Institution, in der Medizinprodukte durch medizinisches Personal, Personen von Pflegeberufen, aber auch weitere befugte Personen angewendet und betrieben werden, "Gesundheitseinrichtungen". Damit zählen jetzt Reha und Pflege, egal ob sie im häuslichen Umfeld oder aber auch in Wohngemeinschaften angesiedelt sind, dazu.

Betreiber

Die frühere schwammige Ausführung des Begriffs "Betreiber" ist nunmehr klar geregelt. Betreiber ist in der neuen Verordnung jede natürliche oder juristische Person, die für den Betrieb der Gesundheitseinrichtung verantwortlich ist und deren Beschäftige Medizinprodukte betreiben oder anwenden.

Auch dem Angehörigen überlassene Medizinprodukte, die mitgebracht werden oder von Angehörigen selbst angeschafft werden, gehören nun in den Verantwortungsbereich des Betreibers. Das heißt: Solange der Klient versorgt wird, gehen die selbst angeschafften Medizinprodukte in das Eigentum und in die Verantwortlichkeit des Betreibers über.

Regelung des Begriffs "Anwender"

Hier hat sich nichts grundlegend verändert. "Anwender" ist jeder, der das Medizinprodukt bei dem Patienten einsetzt. Voraussetzung ist und bleibt natürlich, dass der Anwender fachlich dafür qualifiziert ist. Die Pflichten des Anwenders bleiben so wie bisher.

Einweisungspflicht und die dazugehörige Dokumentation

Neu geregelt ist nun im § 4 Absatz 3, dass nunmehr alle Medizinprodukte eingewiesen werden müssen. Ausgenommen sind laut dieser Verordnung Medizinprodukte, die "selbsterklärend" sind. Sicher kann man nun über diesen Begriff trefflich streiten und sich fragen, welche Medizinprodukte "selbsterklärend" sind. Um im Sinne der Verordnung zu handeln, empfiehlt sich eine Einweisung für alle Geräte. Nach wie vor bleibt es dabei, dass der Anwender vor dem Beginn seiner Tätigkeit oder natürlich auch bei geänderten Medizinprodukten, in die Medizinprodukte eingewiesen werden muss. Und danach schreibt die Verordnung generell eine jährliche Wiederholung dieser Einweisung vor. Nach wie vor muss der Hersteller oder dessen beauftragte Person bei einer Erstinbetriebnahme eine Überprüfung vornehmen und er ist verpflichtet, diese zu dokumentieren.

Sicherheitstechnische Kontrollen / Messtechnische Kontrollen

Auch hier gab es einige Änderungen. Die neue Verordnung schreibt „sicherheitstechnische Kontrollen“ nur noch für Medizinprodukte der Anlage 1 der Verordnung vor, z.B. sind das u.a. Beatmungsgeräte, Zwerchfellstimulatoren, Infusionspumpen, Perfusoren usw.. Messtechnische Kontrollen sind in der Anlage 2 beschrieben, u.a. elektrische und manuelle Blutdruckmessgeräte, digitale Fieberthermometer und weitere. Wichtig ist hierbei, dass sich der Betreiber davon überzeugen muss, dass die beauftragte Person berechtigt ist, diese Prüfungen durch zu führen. Weiterhin muss darüber nach amtlichen Vorgaben ein Prüfbericht gefertigt werden, der zumindest bis zur nächsten Prüfung aufbewahrt werden muss. Zusätzlich muss bei „Messtechnischen Kontrollen“ ein Prüfaufkleber angebracht werden, worauf zu erkennen ist, wann die nächste Messtechnische Kontrolle fällig ist. Die Fristen für die Kontrollen sind ebenfalls in den Anlagen geregelt. Weitere Vorschriften hierzu gibt es nicht, demnach können alle anderen Medizinprodukte geprüft werden, müssen es aber nicht.

Medizinproduktbücher, Bedienungsanleitungen und Bestandslisten

In diesem Bereich gab es nur bedingte Änderungen. Ein „Medizinproduktbuch“ muss nun auch für Digitale Blutdruckmessgeräte geführt werden. Es darf auch vom Betreiber geführt werden. Es kann in Druckform oder digital geführt werden. Allerdings muss es dem Anwender oder den Behörden zu jeder Zeit zur Einsicht zur Verfügung stehen. Dies gilt auch Bedienungsanleitungen, die dem Anwender jederzeit zur Ansicht vorliegen müssen. In welcher Form ist hierbei unerheblich.

Da nun in der Verordnung der Begriff „Betreiber“ eindeutig geregelt ist, ist auch klar, wer die vorgeschriebenen Bestandslisten über die Medizinprodukte führen muss. Diese sind nach Vorgaben der Medizinproduktebetreiberverordnung zu führen und müssen Folgendes enthalten:

- Angaben zur Geräteart
- Typenbezeichnung
- Seriennummer
- Hersteller
- Anschaffungsjahr
- Nächste Sicherheitstechnische oder Messtechnische Kontrolle, soweit vorgeschrieben
- Letztendlich muss noch die CE Kennzeichnung aufgeführt werden
- Adresse und Telefonnummer des Herstellers

Beauftragter für Medizinproduktesicherheit

Zur Erfüllung der Melde- und Mitwirkungspflichten wurde mit der neuen Medizinproduktebetreiberverordnung zum 01.01.2017 die Position des Beauftragten für Medizinproduktesicherheit geschaffen. Dieser muss zuverlässig und sachkundig sein und eine der folgenden Ausbildungen haben. Die Person muss eine pflegerische, pharmazeutische, naturwissenschaftliche oder technische Ausbildung durchlaufen haben. Verpflichtet, diesen Beauftragten zu ernennen, sind Gesundheitseinrichtungen mit regelmäßig mindestens 20 Mitarbeitern. Der Beauftragte für Medizinproduktesicherheit muss auf der Homepage der Gesundheitseinrichtung mit einer funktionsfähigen E-Mailadresse benannt sein. Er ist fachlich weisungsfrei und darf bei der Ausübung seiner Tätigkeit nicht behindert werden.

Die Tätigkeiten/Funktionen des Beauftragten für Medizinproduktesicherheit sind:

- Kontaktperson für Behörden, Hersteller und Vertreiber im Zusammenhang mit der Meldung über Risiken von Medizinprodukten und der Umsetzung der sich daraus ergebenen Maßnahmen.
- Die Erfüllung der Meldepflichten seitens des Anwenders und Betreibers.
- Die Umsetzung und Durchführung von Rückrufmaßnahmen nach § 5 des Medizinproduktegesetzes in den Gesundheitseinrichtungen.
- Die neue Medizinproduktebetreiberverordnung ersetzt nicht die eingeführten Aufgaben des bisherigen MPG Beauftragten. Eine Zusammenlegung dieser Tätigkeiten kann eventuell sinnvoll sein. Dies muss vom Betreiber entschieden werden.

Christian Pelka

ALLE IN EINE SCHUBLADE ALTERSSTEREOTYPE ERKENNEN UND ÜBERWINDEN

Der Personalmangel in der Pflege zwingt die Unternehmen, sich Gedanken darüber zu machen, wie sie dennoch ihre Dienstleistung weiter anbieten können. Erschwerend kommt in der Pflege hinzu, dass viele Pflegekräfte oft schon nach ca. 7 Jahren aus der Pflege aussteigen. Denn die Belastungen sind groß. Dennoch gibt es viele ältere Pflegekräfte, die sich ihre Freude am Beruf bewahren konnten und die auch noch mit 50 Plus hervorragende Arbeit leisten und bei ihren Kolleginnen und Kollegen wegen ihrer großen Erfahrungen geschätzt sind.

Dessen ungeachtet lohnt es sich, einmal darüber nachzudenken, ob es unbewusste Schranken im Kopf über ältere Mitarbeiter/innen gibt. Um dies herauszufinden hat die Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) eine aufschlussreiche Broschüre herausgegeben. Denn das Thema „Ältere Beschäftigte im Unternehmen“ sowie der Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit gewinnen mit Blick auf die demografische Entwicklung und die künftige Finanzierbarkeit der sozialen Sicherungssysteme allgemein immer mehr an Bedeutung. Tatsache ist, dass die Politik ja schon die schrittweise Erhöhung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre beschlossen hat. Es könnte auch zu einer Koppelung des Renteneintrittsalters an die weiter steigende Lebenserwartung kommen, was langfristig zur Rente mit 71, 72 oder auch 75 führen könnte.

Qualifizierte Mitarbeiter/innen möglichst lange gesund und leistungsfähig im Unternehmen zu halten, versuchen inzwischen schon viele Unternehmen. Wenn andere daran noch scheitern, könnte ein Grund darin liegen, dass sie sich mit dem Thema ältere Beschäftigte noch nicht auseinandergesetzt und Vorurteile haben. Deshalb lohnt es sich, einmal seine eigenen Vorstellungen vom Alter, vom Altern und von Älteren im eigenen Unternehmen zu überdenken. Diese Vorstellungen – das hat ein Projekt der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) gezeigt, – entscheiden oft über den Erfolg oder Misserfolg einer alter(n)sgerechten Personalpolitik. In der Broschüre „Alle in eine Schublade. Altersstereotype erkennen und überwinden“ werden einerseits wissenschaftliche Erkenntnisse zum Themenfeld psychische und physische Leistungs- und Kompetenzentwicklung älterer Beschäftigter vorgestellt, zum anderen zeigt sie, welche Altersbilder sowohl bei Beschäftigten als auch bei Führungskräften in Unternehmen vorhanden sein können und welche Möglichkeiten es gibt, diese – falls nötig – positiv zu beeinflussen.

Gute Noten bescheinigt älteren Mitarbeiter/innen das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), das rund 13 000 Betriebe befragt hat, die Personen ab 50 Jahren neu eingestellt haben. Dabei berichten 97 Prozent der Firmen, dass die neuen Mitarbeiter motiviert seien und 93 Prozent, dass sich die Neulinge für eine längerfristige Beschäftigung interessieren. Sehr hohe Zustimmungswerte gab es auch bei den Kompetenzen „sorgfältig“ (90 Prozent), „teamfähig“ (90 Prozent) und bei der Frage, ob diese „Silver Workers“ ihre langjährigen Erfahrungen einbringen konnten (86 Prozent). Viele ältere Arbeitnehmer sind laut Umfrage bis ins hohe Alter leistungsfähig und ihre Teilnahme am Arbeitsmarkt nimmt zu: Seit 2000 ist, so die IAB-Studie, die Quote der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten im Alter von 50 bis 64 Jahren von 32 Prozent auf mittlerweile rund 55 Prozent gestiegen. Ältere Arbeitnehmer, die arbeitslos geworden sind, hätten auch heute noch vielfach Schwierigkeiten, wieder in den Arbeitsmarkt einzusteigen. Die höhere Beschäftigungsquote von Personen ab 50 Jahren lasse sich eher durch den längeren Verbleib älterer Beschäftigter im Betrieb erklären als durch häufigere Neueinstellungen. Ein Umdenken ist also wichtig, und vielleicht lässt sich die ein oder andere Pflegekraft doch wieder zurück holen.

Die Broschüre **„Alle in eine Schublade. Altersstereotype erkennen und überwinden“** kann unter http://www.inqa.de/SharedDocs/PDFs/DE/Publikationen/altersstereotype-erkennen.pdf;jsessionid=8D764375A97B735377A3803CBF44C811?__blob=publicationFile heruntergeladen werden.

Zur IAB-Studie geht es unter http://doku.iab.de/kurzber/2017/kb0817.pdf

INITIATIVE NEUE QUALITÄT DER ARBEIT

Warum geht der eine in der Krise in die Knie – und der andere bleibt stehen?

Wie kann man sich vor stressbedingten Erkrankungen, etwa Depressionen, Angststörungen oder Burnout schützen? Diese Frage treibt die Wissenschaft seit Jahrzehnten um. Trotz aller Anstrengungen ist die Situation alarmierend: Psychische Störungen sind weit verbreitet, jeder fünfte Deutsche ist betroffen. Nicht wenige leiden ein Leben lang. Doch der Weg vom Stress zur Krankheit ist nicht zwangsläufig: Raffael Kalisch, einer der führenden Vertreter der neurowissenschaftlichen Resilienzforschung, erklärt die Mechanismen, die dafür sorgen, dass die Psyche selbst in Krisenzeiten gesund bleiben kann. Ziel dieses neuen Forschungsansatzes: Die Kräfte der Resilienz stärken, um einer Erkrankung vorzubeugen - und damit eine Trendwende im Umgang mit der Krankheit einzuleiten.

Hierbei widmet er sich in den verschiedenen Kapiteln, die Namen tragen wie „Ein fünfundneunzigjähriger Raucher und ein herannahendes Auto“ oder „Von der Kunst, Grizzlybären zu bewerten“, den unterschiedlichen Fallbeispielen und Tierversuchen, die er zur Erforschung des Themas durchgeführt hat.

Er vergleicht dabei zum Beispiel die Resilienz bei Menschen mit ähnlichen Lebensumständen und Lebensläufen oder veranschaulicht anhand von einem Versuch, in dem er Mäuse Stresssituationen aussetzt, welche individuell darauf reagieren, wie komplex dieses Thema ist. Bis zuletzt traut er sich aber nicht, eine in Stein gemeißelte Definition für die „Resilienz“ abzugeben.

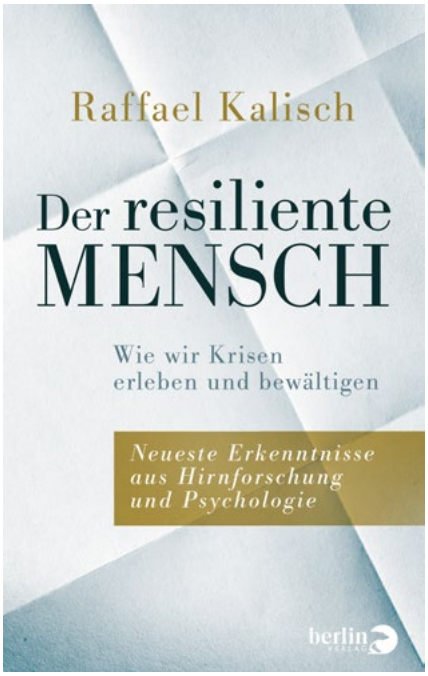
Kalisch schafft es, die komplexen Zusammenhänge seiner Untersuchungen durch eine verhältnismäßig einfache Sprachwahl auch für Laien gut darzustellen. Besonders wenn er Beispiele zur Resilienz mitten aus dem Leben greift und entsprechende Fragestellungen wie „Wie würdest du hier reagieren?“ direkt an den Leser richtet, kann man gut folgen und wird dauerhaft zum Nachdenken angeregt. In anderen Kapiteln wiederum, die sich auf den neurologischen Part der Resilienz konzentrieren, werden überdurchschnittlich viele medizinische Fachbegriffe benutzt, die den Lesefluss etwas ins Stolpern bringen.

FAZIT: Das Buch ist absolut empfehlenswert, wenn man etwas detaillierter in die Erkenntnisse und Zusammenhänge der Resilienzforschung einsteigen will, ohne großartige Vorkenntnisse. Es ist nicht als Ratgeber für stresserkrankte Menschen zu verstehen, lässt einen aber durchaus über die eigene Lebensart sinnieren und gibt den ein oder anderen (in-)direkten Hinweis, wie man Verhaltens- und Denkweisen ändern kann, um in Stresssituationen besser gewappnet zu sein.

ZUM AUTOR: Raffael Kalisch, geb. 1972 in Offenburg, ist Professor für Bildgebung des menschlichen Gehirns und Gründungsmitglied des Deutschen Resilienz-Zentrums (DRZ) an der Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz. Er leitet dort die Abteilung für Genetische und Netzwerkmechanismen der Resilienz. Darüber hinaus ist er Vizesprecher des Sonderforschungsbereichs »Neurobiologie der Resilienz” der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) und Sprecher der International Resilience Alliance (intresa). Raffael Kalisch erforscht mit Methoden der Neurowissenschaften und der Psychologie, wie Menschen Stress bewältigen. Seit Frühjahr 2016 begleiten er und seine Kollegen am Deutschen Resilienz-Zentrum in einer langfristig angelegten Studie junge Erwachsene bei ihrem Übergang ins Berufsleben. Sie wollen herausfinden, welche inneren Prozesse helfen, diese schwierige Lebensphase zwischen Jugend und Erwachsenenleben besser zu meistern.

Sarah Kriegbaum

ZUM BUCH
Raffael Kalisch
Der resiliente Mensch. Wie wir Krisen erleben und bewältigen. Neueste Erkenntnisse aus Hirnforschung und Psychologie
Berlin Verlag 2017
240 Seiten
22,00 Euro, auch als E-Book erhältlich



100 Fragen zum Umgang mit Schmerz in der Pflege

Wer hat nicht schon mal Schmerzen erleiden müssen, die sich nicht sofort nach Einnahme eines Schmerzmedikamentes verflüchtigt haben? Und wer hat nicht schon eine schlaflose Nacht wegen starker Schmerzen verbracht? Allein für Deutschland liegen nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin e. V. (DGS, ehemals Deutsche Gesellschaft für Schmerztherapie) folgende Daten vor:

- 23 Millionen Schmerzpatienten
- 25 Milliarden Euro jährliche Kosten
- 8 Millionen Euro Fördermittel für die Schmerzforschung
- 7 bis 10 Jahre dauert es, bis ein Schmerzpatient mit chronischen Schmerzen an einen Schmerztherapeuten überwiesen wird
- 6 bis 9 Monate Wartezeit müssen angesetzt werden, bevor ein Patient einen Termin in einer Schmerzambulanz erhält.

Grund genug, sich mit dem Thema Schmerz zu befassen. Das tut Heide Kreße in ihrem nun aktualisierten Buch "100 Fragen zum Umgang mit Schmerz in der Pflege", das im Brigitte Kunz Verlag erschienen ist. Bei Schmerzen fühlt sich der Mensch hilflos, ausgeliefert, deprimiert, ängstlich, bedauernswert u.v.m.. All diese Empfindungen öffnen das Schmerztor (Gate-Control-Theorie, 1965 von Melzack und Wall) und beeinträchtigen das Leben, die Lebensqualität und den Alltag. Aus dem so empfundenen Schmerz kann sich das Schmerzgedächtnis entwickeln. Der einzige Weg, um das Schmerzgedächtnis auszuschalten, ist eine vorausschauende Schmerztherapie. Schmerz ist mehrdimensional, deshalb sollte die nichtmedikamentöse Schmerztherapie bei der Behandlung von chronischen Schmerzen nicht fehlen.

Das Erleben von akuten Schmerzen hat Auswirkungen, so im Nationalen Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP), auf das physische, psychische und auch das soziale Befinden von Patienten. Die negativen Auswirkungen von nicht oder nicht ausreichend gelinderten Schmerzen reichen von einer momentanen Belastung und Beeinträchtigung der Lebensqualität bis zu lang andauernden Einschränkungen der Qualität der gesamten Lebenssituation. Das Ausmaß des Leids, das beim Einzelnen durch Schmerzen entsteht, wird häufig durch die Risiken der Chronifizierung und deren volkswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Folgen in Zahlen gefasst. Doch für das individuelle Leiden unter akutem Schmerz bspw. in einer Notfallsituation gibt es bisher kein praktikables Maß, weder ökonomisch noch neurobiologisch.

Zudem haben Schmerzereignisse erheblichen Einfluss auf Heilungs- oder Genesungsprozesse. Schmerzbedingte Komplikationen können eine Leiderfahrung verlängern und bei einer damit einhergehenden Verweildauerverlängerung im Krankenhaus Kosten für das Gesundheitswesen verursachen. Vor allem jedoch formt jede Schmerzerfahrung eines Menschen seine nächste.

Das vorliegende Buch aus der Serie „Pflege Leicht“ ist gut strukturiert und verständlich geschrieben, und ist in folgende Kapitel untergliedert:

- Grundlagen z.B. Was ist Schmerz? Gibt es eine Definition für Schmerzen?
- Pflege und Schmerz z.B. Kann man Schmerzen messen? Wie kann man Schmerzen bei Menschen messen, die sich nicht ausdrücken können?
- Schmerztherapie z.B. Was ist ein Analgetikum? Welche Medikamente gibt es in der Schmerztherapie?
- Kinder und Jugendliche als Schmerzpatienten z.B. Welche Bedeutung hat chronischer Schmerz bei Kindern?
- Schmerz und Demenz z.B. Haben Menschen mit Demenz Schmerzen?
- Der ältere Mensch als Schmerzpatient z.B. Sind Schmerzen im Alter ein häufiges Phänomen?
- Schmerz bei Palliativpatienten z.B. Mixed Pain – welche Bedeutung hat dieser Schmerz in der Versorgung von Palliativpatienten.

Hervorgehobene Hinweiskästchen machen Wichtiges schnell sichtbar. Das Buch bietet Informationen und Anleitungen zum Umgang mit Menschen, die akute oder chronische Schmerzen erleben. Das sehr empfehlenswerte Buch sollte jede Pflegekraft lesen, denn es schafft Klarheit über Begrifflichkeiten und erweitert das Wissen. Die Lektüre gibt auch den Anreiz, sich in der Schmerztherapie gezielter fortzubilden. „Pflegekräfte können zwar keine Schmerztherapie verordnen, aber sie können Schmerzen erkennen und wichtige Impulse für die Behandlung geben“, schreibt Kreße. Dem ist nichts hinzuzufügen.

Ausblick Die Aus- und Weiterbildung von Pflegekräften im Bereich Schmerz muss weiter vorangetrieben werden, denn nur so können wir für die medizinischen und pflegerischen Handlungsmöglichkeiten in der Schmerztherapie sensibilisieren. Die Autorin dieses hervorragenden Buchs ist selbst Pain Nurse, algesiologische Fachassistentin und Leiterin der Pain Academy Augsburg. Sie ist Palliative Care Fachschwester und arbeitet auf Intensivstationen, unterrichtet in Krankenpflegeschulen und hält seit vielen Jahren Vorträge zum Thema Schmerztherapie.

Ellen Kraske

ZUM BUCH
Heide Kreße
100 Fragen zum Umgang
mit Schmerz in der Pflege
Mit Opiod-Umrechnungstabelle.
Grundlagen und pflegerische Tipps.
Für Ausbildung und Praxis
2., aktualisierte Auflage
Brigitte Kunz Verlag, 2017
112 Seiten, 16,95 Euro

Palliativmediziner sind Spezialisten für Lebensqualität

„Was wir für ein gutes Sterben tun können“, das beschreibt der Palliativmediziner Prof. Dr. med. Sven Gottschling, 45-Jähriger Chefarzt am Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie des Uniklinikums des Saarlandes, in Zusammenarbeit mit Lars Amend in dem Buch „Leben bis zuletzt“. Es ist ein sehr empathisches Buch, das mit Sätzen aufräumt wie: „Wir können nichts mehr für Sie tun“. Aber auf jeden Fall, sagt der Autor. Sterbenskranken Menschen die verbleibenden Tage, Wochen und Monate und manchmal auch Jahre mit bestmöglicher Lebensqualität zu füllen und den Angehörigen eine anhaltende Erinnerung an das gute Ende eines geliebten Menschen zu bereiten, sieht er als eine der größten Herausforderungen der Gegenwart.

Lange Zeit wurde Palliativmedizin „nicht nur als Versorgung eines sterbenden Menschen in seinen letzten Lebenstagen angesehen, sondern (...) auch als Fachrichtung, an die man Patienten abgegeben hat, wenn der Chirurg oder Onkologe versagt hat. Mittlerweile werden wir tatsächlich als die Spezialisten für Lebensqualität verstanden, die wir wirklich sind, und die eigentlich gar nicht früh genug mit dem Patienten tätig werden können, um diesen so intensiv wie möglich zu begleiten und zu unterstützen.“

Die „Palliativmedizin steht für mehr Lebenszeit bei besserer Lebensqualität“, das erklärt der Autor in einer auch für medizinische Laien sehr verständlichen Sprache. Er informiert über ganz konkrete Möglichkeiten, wie die Lebensqualität verbessert werden kann und gibt Antworten auf ganz praktische Fragen wie: Was hilft wirklich gegen Beschwerden am Lebensende wie Schmerzen, Übelkeit, Luftnot und Erschöpfung? Wo ist der richtige Ort zum Sterben: Zuhause, unterstützt durch einen ambulanten Hospizdienst, im Krankenhaus, im Hospiz, auf der Palliativstation? Wie begegnet man der Sprachlosigkeit – als Betroffener, als Angehöriger, gegenüber Kindern? Wo bekomme ich Hilfe und die beste Unterstützung für meine ganz individuellen Bedürfnisse?

Auch für Pflegekräfte in der außerklinischen Intensivpflege, die letztlich assistiv-palliativ ist, enthält dieses Buch gute Hinweise. Viele berichten schon von einer sehr guten Zusammenarbeit mit SAPV-Teams.

Wer kann ein Buch besser beurteilen als jemand, der selbst unheilbar erkrankt ist und weiß, dass ihm nur noch wenig Lebenszeit bleiben wird? Dieser Leser schrieb: „Ich fand das Buch sehr gut, und ich habe mich ja viel mit dem Thema beschäftigt. Irgendwann ist damit aber auch Schluss und ich merke, dass einfach der ganz normale Alltag ‚Leben’ bedeutet.“ Zum guten Sterben gehört also auch, nach der Lektüre so wichtiger Bücher, dann wieder die noch verbleibende Lebenszeit zu nutzen.

ZUM BUCH
Sven Gottschling + Lars Amend
Leben bis zuletzt.
Was wir für ein gutes Sterben tun können.
Mit einem Vorwort von Prof. Dr. Dr. h.c. Margot Käßmann
Fischer Verlag, 2016

EIN UNVERZICHTBARES NACHSCHLAGEWERK ZUR AUSSERKLINISCHEN INTENSIVPFLEGE

Soeben ist das über 500 Seiten starke Fachbuch „Fachpflege - Außerklinische Intensivpflege“, herausgegeben von Christine Keller und Co-Autoren, erschienen. Der ein oder andere mag sich fragen, ob das denn noch nötig war angesichts des von Fachbüchern regelrecht überschwemmten Markts. Nach der Lektüre von „Außerklinische Intensivpflege“ sage ich dazu: Ja, dieses Buch ist wichtig. Denn die außerklinische Intensivpflege ist ein recht neuer Zweig im Gesundheitswesen, und ein solch umfassendes Werk fehlte bislang. Alle bereits vorliegenden Publikationen für die Intensivpflege befassen sich vielfach nur mit dem akuten Geschehen in der Klinik, und selbst in neueren Auflagen dieser Intensivpflege-Fachbücher geht es eher am Rande um die Situation in der außerklinischen Intensivpflege. Diese Lücke schließen Keller und ihre Co-Autoren mit diesem wissenschaftlich fundierten Fachbuch.

Betrachtet man die aktuelle Mitarbeitersituation in der außerklinischen Intensivpflege, so zeigt sich, dass nur noch die wenigsten Mitarbeiter über eine mehrjährige Intensivpflegeerfahrung verfügen, und noch viel weniger Mitarbeiter haben die zweijährige Fachweiterbildung für Intensiv- und Anästhesiepflege durchlaufen. Gerade für die vielen Mitarbeiter mit noch geringem Basiswissen ist dieses Fachbuch ein unverzichtbares und durch viele Grafiken sehr anschaulich gestaltetes Nachschlagwerk.

Das Buch ist in 22 Kapitel unterteilt. Eingangs befasst es sich mit den Rahmenbedingungen der außerklinischen Intensivpflege: Welche Versorgungsformen gibt es heute? Wer zahlt was? Und, auch wichtig für unsere Pflegekunden, welche Leistungsansprüche haben sie an den Kostenträger? Dieses Wissen ist eine ganz wichtige Säule im Dschungel unseres heutigen Gesundheitswesens, das für die Angehörigen unserer Pflegekunden oft ein Buch mit sieben Siegeln ist. Mit dem entsprechenden Knowhow können wir als Dienstleister ein guter Berater sein und unseren Pflegekunden zu ihrem Recht verhelfen, damit sie erhalten, was ihnen zusteht. Im vorliegenden Buch werden die rechtlichen Grundlagen beleuchtet, die gerade in der Häuslichkeit nicht immer einfach sind. Oft stehen uns für die ärztliche Verordnung „nur“ (nicht im negativen Sinne, sondern „ausschließlich“) die Hausärzte zur Verfügung. Ihnen geht es aber ähnlich wie Mitarbeitern mit wenig oder keinerlei Intensiverfahrung: Der Pflegekunde wird, oft ohne großen zeitlichen Vorlauf, nach Hause verlegt und soll nun durch den Hausarzt in allen Belangen ärztlich versorgt werden. Das ist eine immense Herausforderung!

Ab dem Kapitel 7 befasst sich das Buch mit dem Hauptproblem unserer Pflegekunden, der Sicherstellung der Atmung, der Hauptursache für die außerklinische Intensivpflege. Die Autorin geht hier sehr in die Tiefe und stellt fundiert, in sehr verständlicher Sprache, viele Details im Themenkomplex Atmung vor. Was mir persönlich hier zu kurz kommt, ist die visuelle Krankenbeobachtung. Sie wird zwar beschrieben, aber meist wird gleich z.B. auf die Blutgasanalyse verwiesen. Diese wird dann auch genau erläutert. In der Praxis jedoch sieht es oft anders aus und wir müssen uns auf unsere Krankenbeobachtung beschränken. Wir haben die Beatmungsmaschine und ein Pulsoxymeter. Die wenigsten Intensivpflegedienste verfügen jedoch über ein Blutgasanalysegerät, um die im Buch beschriebenen Schritte durchführen zu können. Selbst wenn in einer Wohngemeinschaft dieses Gerät zu Verfügung stünde, würde es an der medizinischen Konsequenz und deren weiterem Vorgehen scheitern. Wie oben bereits erwähnt, fehlt den Hausärzten vielfach das Wissen, um eine Blutgasanalyse richtig einordnen und entsprechende Maßnahmen daraus ableiten zu können.

Im Kapitel 17 geht es um die zweithäufigsten Erkrankungen in der außerklinischen Intensivpflege, die neurologischen Erkrankungen. Sie sind zu vielfältig, um hier einzeln aufgeführt zu werden. Eine schwere neurologische Erkrankung bedingt oft eine Insuffizienz der Atmung. Dieses Krankheitsbild begegnet uns häufig bei der täglichen Arbeit, neben schweren Atemwegserkrankungen, die eine maschinelle Beatmung benötigen.

Oft erhält der Pflegekunde wegen einer Dysphagie eine Trachealkanüle. Die Ursachen für eine Dysphagie sind vielfältig. Das Kapitel 18 ist diesem Thema gewidmet. In verständlicher Sprache wird ein gesunder Schluckakt beschrieben und erklärt, was in jeder Phase des Schluckens passiert. Mit Hilfe dieses Wissens lässt sich das Aspirationsrisiko beurteilen und dem Leser wird die Indikation für eine Tracheotomie klar.

Wie die Ernährungstherapie bei einem Intensivpatienten zu gestalten ist, wird im Kapitel 19 gezeigt, das den Grundlagen der Ernährung gewidmet ist. Um einen guten und gesunden Ernährungszustand eines Pflegekunden zu erreichen bzw. zu erhalten, gibt es klare Richtlinien zur Berechnung der Nahrungsmittel, die hier nachgelesen werden können. Im Kapitel 20 thematisiert die verschiedenen Ernährungssonden zur enteralen Ernährung und die Interventionen, die bei Komplikationen mit der Sonde oder bei der Sonden Ernährung ergriffen werden müssen. Im Kapitel „Arzneimittelgabe“ wird u.a. das Risikomanagement bei der Medikamentengabe erläutert. Wer jedoch unmittelbar am Bett eines Pflegekunden steht, muss die Situation einschätzen können, um das weitere Vorgehen in die Wege leiten

zu können. Folgerichtig werden zum Schluss in Kapitel 22 mögliche Notfallsituationen und das entsprechende Handling thematisiert, das natürlich nicht die regelmäßige Fortbildung im Bereich der Notfallrettung ersetzen kann und will.

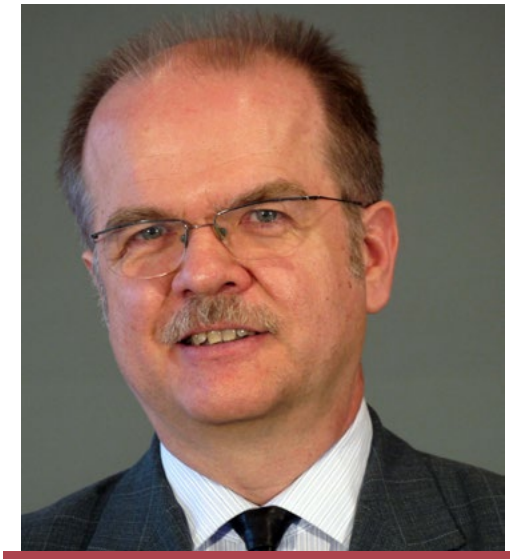
Mein Wunsch für die nächste Auflage: Meiner Meinung nach muss noch mehr Basiswissen geschult werden. Deshalb sollte diesem wichtigen Bereich ein noch größerer Raum gegeben werden. Nur so werden wirklich alle Mitarbeiter in der außerklinischen Intensivpflege von so einem Buch profitieren.

Mein Fazit: Insgesamt ist das Buch „Fachpflege - Außerklinische Intensivpflege“ ein sehr empfehlenswertes Buch und eine informative Fachlektüre für Jeden in der außerklinischen Intensivpflege, ob „alter Hase“ oder Neuling (Anfänger). Ein großes Kompliment an die engagierte Herausgeberin, deren Expertise für sich spricht. Christine Keller, M.A. Systemische Beratung, ist Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe, Wundexpertin ICW e.V., Qualitätsberaterin für Einrichtungen im Gesundheitswesen, Heilpraktikerin (Psychotherapie) und Systemische Beraterin. Seit 2004 ist sie in der außerklinischen Intensivpflege, sechs Jahre als Krankenschwester, seit 2010 ist sie selbstständige Dozentin und Trainerin in der außerklinischen Intensivpflege.

Kerstin Hirsch

ZUM BUCH
Keller, Christine (Herausgeberin/Autor)
Fachpflege - Außerklinische Intensivpflege
Urban & Fischer Verlag/Elsevier GmbH 2017
ca. 452 Seiten
46,99 Euro
www.pflegeheute.de

3 DER 20 CO-AUTOREN



Dr. med. Paul Diesener
Ltd. Arzt - Intensivmedizin - Frührehabilitation, Hegau-Jugendwerk Gailingen

Foto: Lukas Lehmann

Dr. med. Martin Groß
Chefarzt, Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation, Evangelisches Krankenhaus Oldenburg

Prof. Dr. med. Andreas Zieger
ehem. Leiter der Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte Klinik für Neurorehabilitation am Evangelischen Krankenhaus Oldenburg

Arzneimittel als Mikronährstoff-Räuber

Das Buch "Arzneimittel als Mikronährstoff-Räuber" von Uwe Gröber und Klaus Kisters, erschienen in der 2. Auflage im Verlag Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft macht auf einen Aspekt der Einnahme von Medikamenten aufmerksam, der vielfach nicht bedacht wird: Die regelmäßige Einnahme von Arzneimitteln kann zu einem Mangel an Mikronährstoffen führen! Die beiden Autoren zählen dazu eine Reihe von Medikamenten von A wie Allergiemittel bis S wie Schilddrüsenmedikamente auf und beschreiben detailliert, welche Wirkungen und Stoffwechselaktivität diese im Körper haben. Gleichzeitig erklären sie aber auch, welche besonderen Risikogruppen es gibt und wie man einem eventuellen Mangel mit der Gabe von Medikamentenergänzungsmitteln entgegenwirken kann.

ZUM BUCH
Uwe Gröber / Klaus Kisters
Arzneimittel als Mikronährstoff-Räuber
Was Ihr Arzt und Apotheker Ihnen sagen sollten
2., aktualisierte Auflage 2017
Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart
224 S., 62 farb. Abb., 15 farb. Tab.
15,80 EUR

Durch eine sehr übersichtliche und gute Gliederung kann man sich schon mit Hilfe des Inhaltsverzeichnisses einen guten Überblick über die Themenbereiche in diesem Buch verschaffen und sich entsprechend orientieren. Das gesamte Werk enthält eine große Anzahl von Diagrammen, Zeichnungen und farblichen Abbildungen, die zu einem guten Verständnis der jeweiligen Problematik beitragen. Die Texte sind sachlich, kompakt und informativ verfasst. Jedes aufgeführte Medikament ist in seiner Wirkungsweise genau und anschaulich beschrieben.

Das Buch ist auch für Laien lesenswert und enthält viele interessante Informationen zu Wirkung und Wechselwirkung von Medikamenten, Vitaminen und Mineralstoffen. Jeder, der regelmäßig Medikamente einnimmt, sollte dieses Buch zur Hand nehmen, um zu erfahren, welche Folgen dies für unseren gesamten Organismus hat und wie er sich und seinen Körper unterstützen kann. "Was Ihr Arzt und Apotheker Ihnen sagen sollte", lautet übrigens der Untertitel des vorliegenden Buches – eine Aufforderung an die Patienten, nicht nur den Beipackzettel seines verordneten Medikaments zu lesen, sondern auch selbst wachsam zu sein. Dies gilt auch für den Bereich der Intensiv-Pflege und bei chronischen Erkrankungen, wo häufig eine regelmäßige Einnahme von Medikamenten unerlässlich ist.

Generell sollte man meiner Meinung nach die Einnahme von Medikamenten kritischer hinterfragen. Mir fehlt in diesem Ratgeber etwas die kritische Auseinandersetzung mit der oft zu schnellen oder zu großzügigen Gabe von Medikamenten.

Dieser Ratgeber ist wissenschaftlich fundiert, sachlich und informativ. Kein Wunder, denn die Autoren sind Experten ihres Faches. Uwe Gröber, Apotheker und Leiter der Akademie für Mikronährstoffmedizin, hat bereits zahlreiche Publikationen und Fachbücher verfasst und engagiert sich in der Weiter- und Fortbildung von Ärzten, Apothekern und Ernährungswissenschaftlern. Prof. Dr. med. Klaus Kisters ist Chefarzt an der Medizinischen Klinik I am St. Anna-Hospital in Herne. Auf Grund seiner Tätigkeitsschwerpunkte u.a. in innerer Medizin, Nephrologie und Intensiv- und Labormedizin hat er ebenfalls schon etliche wissenschaftliche Arbeiten und Publikationen verfasst.

Für Menschen mit einer Grunderkrankung, bei der eine medikamentöse Therapie mit einem der hier aufgeführten Medikamente unerlässlich ist, würde ich auf jeden Fall eine Kauf-Empfehlung aussprechen. Aber auch für Pflegekräfte lohnt es sich, die Spur all der Mikronährstoff-Räuber einmal zu verfolgen, die man vielfach unbewusst zusammen mit dem Medikament zu sich nimmt.

Vera Kroll

STELLENMARKT

TOP-FACHKRÄFTE

SUCHEN UND FINDEN

MEDIADATEN unter

www.gepflegt-durchatmen.de/mediadaten.html

Für eine ambulant betreute Intensiv-Wohngemeinschaft im Herzen von Hamburg suchen wir ab sofort ein engagiertes Führungsteam.

Pflegedienstleitung und stellv. Pflegedienstleitung Intensivpflege (m/w)

Aufgaben:
- Fachliche Anleitung Ihres Teams
- Mitarbeiterorientierte & wirkschaftliche Personaleinsatzplanung
- Sicherung der Qualitätsstandards & der Kundenzufriedenheit
- Kundenberatung (SGB V, SGB XI, SGB XII) sowie Kostenklärung

Profil:
- Abgeschlossene Ausbildung zur Pflegefachkraft oder Pflegestudium
- PDL-Ausbildung (min. 800 h), > 2 Jahre Berufs-/Führungserfahrung in der Beatmungspflege
- Engagierte und gewissenhafte Arbeitsweise
- Motivierende, starke Persönlichkeit

Was wir bieten:
- Begleitung der Einarbeitung durch persönliches Coaching & Erfahrungsaustausch mit anderen PDL
- Verantwortungsvoller Aufgabenbereich mit einem hohem Maß an Eigenständigkeit
- Spezialisiertes Fort- & Weiterbildungsangebot an der unternehmenseigenen Akademie
- Betriebliche Altersversorgung, Gesundheitsförderung
- Hamburg, Deine neue Perle? Wir helfen bei der Wohnungssuche!

RENAFAN pflegen und betreuen

Ansprechpartnerin:
Melanie Blank
bewerbung@renafan.de
Tel.: 030 43 81 90-0
www.renafan.jobs

Sie sind Pflegefachkraft und auf der Suche nach echten Perspektiven? Für eine ambulant betreute Intensiv-Wohngemeinschaft im Herzen von Hamburg suchen wir ab sofort in Voll- oder Teilzeit eine

„Bei RENAFAN denke ich an Möglichkeiten."

Susann T., Gruppenleitung Intensiv

Exam. Pflegefachkraft intensiv (m/w)

Aufgaben:
- Anspruchsvolle pflegerische Versorgung
- Intensiver Kontakt und Austausch mit den BewohnerInnen und Angehörigen
- Praxisanleiter-Tätigkeiten – wir bilden aus!

Profil:
- Abgeschlossenes Examen (Kinderkranken-/Krankenpflege, Altenpflege, Sanitäter, Hebamme)
- Interesse am intensiven Austausch mit schwer kranken Menschen
- Sorgfalt und Einfühlungsvermögen
- Erfahrungen in der Beatmungspflege

Was wir bieten:
- Viel Zeit für die Pflege/Bezugspflege
- Gute Konditionen zzgl. Prämien, Urlaubs- und Weihnachtsgeld
- Zuschläge bis 100 %
- Viel Gestaltungsspielraum & echte Karrieremöglichkeiten
- Gemeinsame, familienfreundliche Dienst- und Urlaubsplanung
- Laufend Fort- und Weiterbildungen in der unternehmenseigenen Akademie – kostenlos!
- Wellnessmassage 1x monatlich

RENAFAN pflegen und betreuen

Ansprechpartnerin:
Melanie Blank
bewerbung@renafan.de
Tel.: 030 43 81 90-0
www.renafan.jobs

Für eine ambulant betreute Intensiv-Wohngemeinschaft im Herzen von Hamburg suchen wir ab sofort eine engagierte Führungskraft.

Teamleitung Intensivpflege (m/w)

Aufgaben:
- Mitarbeiterorientierte Dienstplanung, Fall- und Teambesprechungen
- Erstellung der individuellen Förderprogramme & ihre Dokumentation
- Anregung von Kommunikation und Kontakten zwischen den BewohnerInnen
- Förderung kognitiver Fähigkeiten, der Selbstständigkeit & lebenspraktischer Kompetenz
- Beschäftigungs- und kreativtherapeutische Angebote, Biografiearbeit

Profil:
- Abgeschlossenes Examen (Pflegefachkraft)
- zwei Jahre Berufs- bzw. Führungserfahrung in der Beatmungspflege
- Sensibilität, Einfühlungsvermögen und Verantwortungsbewusstsein
- Kooperations- und Teamfähigkeit

Was wir bieten:
- Begleitung der Einarbeitung durch erfahrene KollegInnen
- Anspruchsvoller Aufgabenbereich mit viel Raum zum eigenständigen Arbeiten
- Spezialisiertes Fort- & Weiterbildungsangebot an der unternehmenseigenen Akademie
- Wellnessmassage 1x monatlich
- Hamburg, Deine neue Perle? Wir helfen bei der Wohnungssuche!

RENAFAN pflegen und betreuen

Ansprechpartnerin:
Melanie Blank
bewerbung@renafan.de
Tel.: 030 43 81 90-0
www.renafan.jobs

Mitglied der Deutschen Fachpflege Gruppe
Qualität verbindet.

FAU frei atmen Ulm GmbH

FAU frei atmen Ulm ist ein außerklinischer Intensivpflegedienst, der sich auf die Betreuung von Patienten in Wohngruppen spezialisiert hat. Aktuell erweitern wir unsere Betreuungen im Großraum Neu-Ulm/ Ulm.

Für die Versorgung unserer Patienten in den Wohngruppen Bellenberg, Günzburg und Thalfingen suchen wir ab sofort:

examinierte Pflegefachkräfte m/w

Wir bieten eine interessante und verantwortungsvolle Aufgabenstellung in einem jungen, wachsenden Unternehmen sowie nach der Probezeit unbefristete Arbeitsverträge. Neu ist unser interessantes und familienfreundliches Arbeitszeitmodell mit verschiedenen Schichtzeiten!

Wir legen Wert auf fachliche Fähigkeiten, Teamfähigkeit, selbständiges und eigenverantwortliches Arbeiten sowie Fort- und Weiterbildung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt?
Dann freuen wir uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung an:

FAU frei atmen Ulm GmbH
Herrn Alexander Pohl
oder Frau Silvia Flaucher
Schützenstraße 19
89231 Neu-Ulm

Telefon 07 31/94 58 70 55
www.fau-ulm.de
info@fau-ulm.de

Für ein hochangesehenes Krankenhaus der Schwerpunktversorgung suchen wir zwei

Intensivpflegekräfte (m/w).

Ihnen wird eine hochinteressante Position mit guter Vergütung und hervorragendem Betriebsklima im **Großraum Hamburg** geboten. **Work-Life-Balance** wird großgeschrieben.

Wir vermitteln nur für die besten Arbeitgeber – bitte wenden Sie sich an **IHRK CONSULTING** und senden uns Ihren CV.

Wir stehen Ihnen jederzeit für Fragen zu dieser oder auch vielen anderen Positionen in Deutschland zur Verfügung, gerne auch für ein unverbindliches Karrieregespräch.

IHRK CONSULTING
Personal- und Unternehmensberater
E-Mail: office@ihrk-consulting.de
Telefon: 089 / 98 10 76-0
Mobil: 0172 / 895 87 86

Zur Verstärkung unseres Leitungsteams suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/n

"stellvertrende/n Pflegedienstleiter/-in"

Wir bieten

- ein kollegiales, engagiertes Team in einem interessanten und abwechslungsreichen Arbeitsumfeld
- eigenverantwortliches Arbeiten mit eigenen Gestaltungsmöglichkeiten
- flexible Arbeitzeiten und attraktive Vergütung
- Zusammenarbeit mit einem erfahrenen und kreativen Führungsteam

Wir erwarten

- eine erfolgreich abgeschlossene Weiterbildung zur leitenden Pflegefachkraft oder Stationsleiterlehrgang oder Pflegemanagementstudium
- einen wertschätzenden und fachkompetenten Umgang mit pflegebedürftigen Menschen, Kunden und Mitarbeitern
- Flexibilität und ausgeprägte kommunikative Fähigkeiten, hohe Methodenkompetenz und eine kooperative Arbeitsweise

Helfen · Erkennen · Rehabilitieren · Organisieren
HERO
Ambulanter Intensiv & Akut Pflegedienst

Bei Interesse richten Sie Ihre Bewerbung an:

HERO GmbH
Marktplatz 4 ; 94496 Ortenburg
z. Hd. Herrn Geschäftsführer
Stephan Kroneder

oder Mail an:
kroneder@pflegedienst-hero.de

www.pflegedienst-hero.de

STELLENMARKT

TOP-FACHKRÄFTE

SUCHEN UND FINDEN

MEDIADATEN unter

www.gepflegt-durchatmen.de/mediadaten.html

Teamgeist atmen.

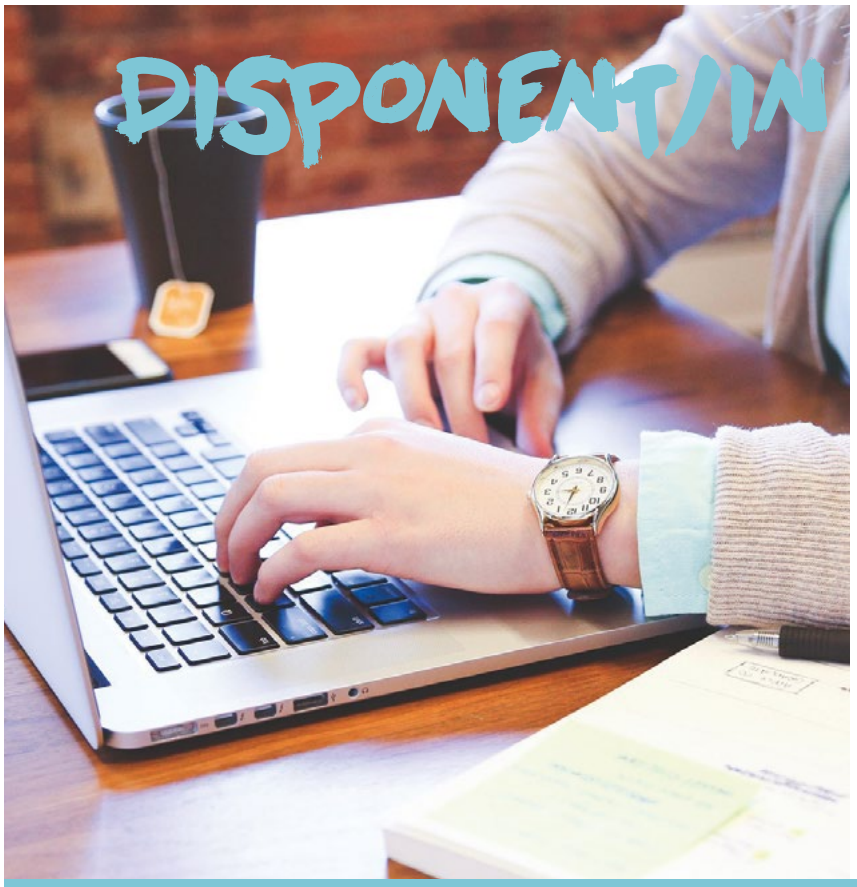
VIVISOL
SOLGROUP
Home Care Services

ERFOLG hat viele **GESICHTER**. Geben Sie **VIVISOL** Ihr **GESICHT**.

MITARBEITER/-IN VERTRIEBSAUSSENDIENST
IM GROSSRAUM BAYREUTH, OBERFRANKEN UND TEILE DER OBERPFALZ/MITTELFRANKEN

Wir, die **VIVISOL Deutschland GmbH**, ein Tochterunternehmen der SOL-Group, sind ein erfolgreich wachsendes medizintechnisches Dienstleistungsunternehmen im Bereich **„Home Care Services"**.

Weitere Infos und unsere aktuellen Stellenangebote finden Sie auf www.**VIVISOL**.de ▶ Karriere ▶ Stellenangebote



GESUCHT!

Wo? Leonberg
Wann? ab sofort

Anforderungen

- eine erfolgreich abgeschlossene kunden- und serviceorientierte Ausbildung
- ausgeprägtes Organisationstalent und Freude, sich in einem dynamischen Team eigenverantwortlich einzubringen
- Freude am täglichen Kontakt mit Klienten und Mitarbeitern, v.a. am Telefon
- Bereitschaft das Notfallhandy nach der Einarbeitungsphase zeitweise zu übernhemen

Werden Sie Teil des Teams,
wir freuen uns auf Sie!

Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH | Römerstr. 75 | 71229 Leonberg
Tel.: 07152 / 90 630 0 | ingo.rak@heimbeatmung.com | www.heimbeatmung.com

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.

Juli 2017

19. bis 20. Juli 2017 | Emmering
„Emmering – Die Zweite“ Reha- und Medizintechnik Fachmesse und Seminare
www.streifeneder.de und www.wkm-medizin-technik.de

September 2017

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

6. September 2017 | Rostock
6. Intensivpflegetag Mecklenburg-Vorpommern des Vereins für Intensivpflege
info@vip-in-mv.de und www.vip-in-mv.de

15. September 2017 | Oldenburg
Symposium „Neurologische Beatmungsmedizin“ , Anmeldung bei Frau Rita Maas unter Fax: 0441/ 236 715 oder
nfr@evangelischeskrankenhaus.de

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

Oktober 2017

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

19. bis 20. Oktober 2017 | Berlin
Fortbildung + Workshop Tracheostomie:
Diese Veranstaltung wird von der Fa. Teleflex Medical ausgerichtet und wendet sich an Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen und Unternehmen, die Menschen mit einem Tracheostoma versorgen und ihre Kenntnisse in diesem Bereich vertiefen oder auffrischen möchten.
Veranstaltungsort: Seehotel Zeuthen GmbH & Co. KG, Fontaneallee 27/28, 15738 Zeuthen
Übernachtungskosten (EZ mit Frühstück): 87,00 EUR
Weitere Informationen erhalten Sie bei Frau Zehra Özerol, *zehra.oezerol@teleflex.com*
Tel.: 07151/ 406 555

20. bis 21. Oktober 2017 | Ulm-Seligweiler
13. Tagung Außerklinische Beatmung Kinder und Kleinkinder Auskunft gibt Frau Monika Berlinghof unter Tel. + 49 731 177-1301, *Monika.Berlinghof@rku.de*

21. bis 22. Oktober 2017 | Bad Berka
9. Jahrestagung der Atmungstherapeuten (DGP) unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP)
www.atmungstherapeuten2017.conventus.de

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

MAIK
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

November 2017

3. bis 4. November 2017 | Hamburg
15. Gesundheitspflege-Kongress
Kontakt: *info@gesundheitskongresse.de* und www.gesundheitskongresse.de

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

9. bis 10. November 2017 | Berlin
Berliner Pflegekonferenz 2017
Aus der Praxis - für die Praxis
http://berliner-pflegekonferenz.de/

23. bis 24. November 2017 | München
Fortbildung + Workshop Tracheostomie:
Diese Veranstaltung wird von der Fa. Teleflex Medical ausgerichtet und wendet sich 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): 101,00 EUR
Weitere Informationen erhalten Sie bei Frau Zehra Özerol, *zehra.oezerol@teleflex.com*
Tel.: 07151/ 406 555

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

Vorschau 2018

19. bis 20. Januar 2018 | Berlin
Kongress Pflege 2018
Kontakt: *info@gesundheitskongresse.de* und www.gesundheitskongresse.de

14. bis 16. Februar 2018 | Bremen
28. Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege www.intensivmed.de

>> GEPFLEGT DURCHATMEN Newsletter

Ab sofort können Sie den GEPFLEGT DURCHATMEN Newsletter unter www.gepflegt-durchatmen.de/newsletter.html abonnieren.

Hier liefern wir regelmäßig topaktuelle und wichtige Informationen.

Impressum <<

GEPFLEGT DURCHATMEN - Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

Verlag und Vertrieb
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
Ottobrunner Straße 41 - 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 41
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

Impressum:

Stefanie Baiter, Monika Beyer, Kerstin Hirsch, Christoph Jaschke, Daniela Jentsch, Nadine Jopp, Christine Keller, Ellen Kraske, Sarah Kriegbaum, Vera Kroll, Nicole Leuther, Lena Panzer-Selz, Christian Pelka, Guido Rickert, Doris Marx-Ruhland, PD Dr. Andreas Schwarzkopf, Dr. Oliver Summ, Dieter Weber, Dorothee von Zobel

www.vdk.de | www.stmgp.bayern.de | www.pneumologie.de | www.dmgp.de | www.maik-online.org
www.pflegeinbewegung.de | www.zqp.de | www.bundesgesundheitsministerium.de
www.bunter-kreis-deutschland.de | www.stiftung-noah.de | www.bpi.de | www.waertvollt-liewen.lu
www.locked-in-syndrom.org | www.als-mobil.de | www.kombabb.de | www.halle-intensiv.de

Anzeigenleitung: Sebastian Herele
Grafik und Layout: Sarah Kriegbaum, Grafik-Design
Druck: HOLZMANN DRUCK GmbH & Co. KG

Derzeit gilt die Anzeigenpreisliste vom 1. Januar 2017.
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 41
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.

Wenn kleine Dinge große Wirkung zeigen.

LÖWENSTEIN medical

Löwenstein Medical m-neb pressure+ und flow+

atemsynchron, verlustarm und hygieneoptimiert.

HOMECARE
Pneumologie
Neonatologie
Anästhesie
INTENSIVBEATMUNG
Schlafdiagnostik
Service
Patientenbetreuung