GEPFLEGT DURCHATMEN

Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

Ausgabe 39 | Januar 2018

WHISTLEBLOWER-SCHUTZ

BRANDSCHUTZ IN PFLEGEEINRICHTUNGEN

AUTOBIOGRAFISCHE NOTIZEN EINES BEATMETEN

Liebe Leserinnen und Leser,

außerklinisch beatmete Menschen brauchen eine viel größere Lobby. Aber es muss auch bekannt werden, wo es Missstände gibt. Die Angst vor Offenlegung ist erschreckend hoch und leider vielfach auch berechtigt. Deshalb gibt es immer wieder Ansätze, Whistleblower besser zu schützen. Hierüber führten wir ein Interview mit der bayerischen Landtagsabgeordneten Ruth Waldmann. Eine gute pflegerische Versorgung ist die Basis für ein selbstbestimmtes Leben. Dieses Grundrecht eines jeden Menschen war auch Thema auf dem MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress. In diesem Heft finden Sie eine Nachlese zum Kongress und es kommen einige der vielen Mitwirkenden zu Wort. „Carpe Diem“ oder, wie Dr. Peter Radtke in seinem Workshop sagte: „Pflücke den Tag“ ist ein guter Einstieg in das neue Jahr. Deshalb veröffentlichen wir mit seiner freundlichen Genehmigung sein Skript, das er für seine Veranstaltung ausgearbeitet hat. Nach der Entlassung aus der Klinik geht es für die Betroffenen oft nicht in eine gut strukturierte Versorgung, sondern es wird viel improvisiert. Sören Tiedemann beschreibt dies in seinem Fortsetzungsartikel zum Entlassmanagement. Doch es gibt viele hervorragende Ansätze, denen wir in dieser Ausgabe ebenfalls Raum geben. Wichtig ist uns, außerklinisch beatmeten Menschen und Menschen mit Behinderung eine Stimme zu geben, und wir berichten über Projekte wie Casco, das diese zu versierten Referent*innen über eine menschenrechtsbasierte Behindertenpolitik ausbildet.
Auf unserer Titelseite ist Matthias Küffner, Vorsitzender DGM-Muskeltour e.V., Mitglied im Bundesvorstand der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. und Mitglied im Beirat für Teilhabe und Inklusion, Nördlingen, der beim MAIK über seine Angst als Betroffener vor dem Pflegenotstand referierte. Viele machen sich Gedanken über die Zukunft der Pflege und fragen sich besorgt, wie es weitergehen wird. Lesen Sie in dieser Ausgabe einen Einstieg in die Digitalisierung, die Möglichkeiten, die Roboter vielleicht bieten können und die kritischen Gedanken, die sich hierzu der Philosoph Prof. Richard David Precht macht.

Wir wünschen Ihnen allen ein glückliches Jahr 2018!

Ihre

Dr. Maria Panzer

Redaktionsleitung

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

Politik

Whistleblower-Schutz 4

Pflegenotstand? 5

Missstände in der Pflege benennen 6

Bundespflegekammer..... 7

MAIK

Recht

Vergütungsansprüche in der ambulanten Intensivversorgung... 22

Brandschutz in Pflegeeinrichtungen..... 23

Pflege

Digitalisierung 25

Neue Technologien .....26 - 30

Aktivcamp Pflege..... 31

Familienzentrierte Pflege..... 32

Versorgung

Entlassmanagement 36

Beatmungsfrührehabilitation..... 38

Medizin

Beatmungsqualität und Schrittmachereinstellungen..... 42

Betroffene

Theaterfestival Berlin 46

Modellprojekt CASCO 47

Kommunikation trotz ALS 48

Das Locked-In Syndrom 49

Autobiografische Notizen eines Beatmeten 52

Kinder

Reisebericht Familie Haringer 56

Rechtliche Rahmenbedingungen zum Sorgerecht..... 58

Außerklinische Versorgung von Kindern 62

Kinaesthetics 64

Veranstaltungen

Neuerscheinung

Termine

Wir brauchen eine Kultur des Hinschauens

Die bayerische Landtags-SPD hatte am 21.6.2017 einen Antrag „Schutz von Whistleblowern bei Missständen in der Pflege“ (17/17290) eingebracht und darin gefordert, dass Arbeitnehmer*innen in der Pflege wegen ergangener Hinweise nicht durch den Arbeitgeber benachteiligt werden dürfen. Die Initiatorin des Antrags, der am 29.11.2017 erneut im Plenum beraten wurde, ist die Münchner Landtagsabgeordnete Ruth Waldmann, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Fraktion im Bayerischen Landtag.

GD: Frau Waldmann, gab es einen konkreten Anlass für diesen Antrag?

Waldmann: Mit Berichten über Missstände in der stationären Pflege haben wir immer wieder zu tun. Hier ging es konkret um die Vorfälle in der Seniorenresidenz Schloss Gleusdorf im Landkreis Haßberge, wo zwei Bewohner zu Tode gekommen sind. Auf unsere SPD-Initiative hin musste das zuständige Ministerium im Ausschuss für Gesundheit und Pflege einen Bericht über die genauen Umstände geben. Dabei stellte sich heraus, dass in dem betreffenden Haus sehr wohl kontrolliert worden war, alles im vorgeschriebenen Rahmen und Umfang. Allerdings sind dabei die gravierenden Pflegemängel, die ja vermutlich nicht erst kurzfristig bestanden, nicht entdeckt worden. Weiter stellte sich heraus, dass gegen die Geschäftsführung des Betreibers zwischenzeitlich Haftbefehl erlassen worden war und alles darauf hindeutete, dass Missstände vertuscht werden sollten. Es geht ja immer auch um die Frage, ob es sich um das Versagen einzelner Menschen handelt oder ob strukturelle Defizite vorliegen.

GD: Gibt es nicht inzwischen genügend Kontrollen?

Waldmann: Selbst jetzt, nachdem die Gesetzgebung im Rahmen der Pflegestärkungsgesetze nun verschärft wurde, müssen wir davon ausgehen, dass normale Kontrollen teilweise unwirksam sind. So gibt es leider Beispiele, dass bei Einrichtungen oder ambulanten Pflegediensten trotz hervorragender MDK-Noten und positiver Berichte der Heimaufsichten plötzlich erhebliche Missstände entdeckt wurden. Viele Kolleg*innen aus der Politik fordern deshalb reflexartig mehr und verschärfte Kontrollen. Ich glaube nicht, dass uns das weiterbringt, weil in der Praxis hauptsächlich Papier kontrolliert wird: Belegungslisten, Dienstpläne, Pflegedoku, Nachweise über bauliche Anforderungen usw. Das hätte auch im Fall Gleusdorf keine neuen Erkenntnisse erbracht. Was bei solchen Kontrollen eben nicht passiert und de facto auch gar nicht geleistet werden kann, ist, dass der gesundheitliche Zustand und die persönliche Situation jedes einzelnen Pflegebedürftigen unter die Lupe genommen wird. Tatsächlich würde es nicht einmal reichen, in jedes Zimmer zu schauen, vielmehr müsste man theoretisch unter jede Bettdecke gucken und alle Bewohner eingehend untersuchen. Dass das nicht geht, liegt auf der Hand.
Wie kommen wir dann aber rechtzeitig zu Hinweisen, wenn etwas nicht stimmt? Die einzige Informationsquelle sind die Betroffenen, die Angehörigen und die Mitarbeiter*innen, die jeden Tag mit den Menschen arbeiten. Über sie könnte man frühzeitig über Missstände und mögliche Gefährdung von Menschen an Leib und Leben erfahren.

GD: Warum schweigen viele Pflegekräfte?

Waldmann: Ein Grund ist mit Sicherheit die Angst vor Schwierigkeiten mit dem Arbeitgeber, Angehörige befürchten Nachteile für ihre Pflegebedürftigen. Während Whistleblower in vielen Ländern gesetzlichen Schutz erhalten, gehen sie in Deutschland ein sehr hohes persönliches Risiko ein. Wir müssen Hinweisgeber, die Verantwortung übernehmen und sehr mutige Menschen sind, unterstützen. Wir brauchen dafür geordnete und verlässliche Verfahrenswege, nicht zuletzt, um kleinliche Meinungsverschiedenheiten von echten Missständen unterscheiden zu können. Wenn aber Pflegekräfte in echter Sorge sind oder angehalten werden, über schwerwiegende Mängel hinwegzugehen, brauchen sie eine Anlaufstelle und wenn das nichts hilft, dann sollen sie sich direkt an die Öffentlichkeit wenden dürfen, wenn Leben und Gesundheit von Menschen gefährdet sind oder zuständige Behörden nicht angemessen auf Hinweise reagieren. Zudem soll Whistleblowern ein Recht auf Schadensersatz für Benachteiligungen zugesprochen werden. Ähnliches soll auch für die pflegenden Angehörigen gelten.

GD: Wie ist Ihr Blick auf die Pflege nach der Aufdeckung der Abrechnungsbetrügereien?

Waldmann: Der mit Abstand allergrößte Teil der Pflege agiert verantwortungsvoll und mit großem persönlichem Engagement. Die Pflege ist sehr viel besser als ihr Ruf. Umso wichtiger ist es, die tatsächlichen schwarzen Schafe zu identifizieren. Wenn wir die Hinweisgeber stärken, erfahren wir früher von Problemen und können viel besser etwas dagegen tun. Mit unserem Antrag wollen wir eine Kultur des Hinschauens schaffen, nicht des Misstrauens.

GD: Der Antrag wurde inzwischen abgelehnt. Werden Sie das Thema nun fallen lassen?

Waldmann: Bei den derzeitigen Mehrheitsverhältnissen im Bayerischen Landtag musste man mit einer Ablehnung rechnen. Das heißt aber noch lange nicht, dass damit das Ziel, Whistleblower besser zu schützen, ad acta gelegt ist. Im Gegenteil: Allein durch die Aktivitäten von Transparency International und auch hierzulande wird die Forderung

Ruth Waldmann MdL

nach Schutz von mutigen Whistleblowern aktuell bleiben. Dafür ist das Thema viel zu wichtig. Denn es geht um den Schutz von Menschen, vor allem von denjenigen, die sich nicht wehren können. Dazu zähle ich auch Menschen, die beatmet werden, die Intensivpflege bedürfen und sich oft nicht mehr mitteilen können.

GD: Sie werden also an dem Thema dranbleiben?

Waldmann: Auf jeden Fall. Und ich hoffe, dass sich langfristig etwas in den Köpfen verändert. Es würde mich nicht wundern, wenn dann auch andere Parteien den Schutz von Whistleblowern auf ihre Agenda schreiben. Ich werde nicht nachlassen, das Thema so oft auf die Tagesordnung zu rufen, bis sich etwas bewegt. In der Politik muss man oft einen langen Atem haben!

GD: Wir danken Ihnen für das Gespräch.

Den Antrag steht unter folgendem Link zum Download bereit:
https://bayernspd-landtag.de/workspace/media/static/antrag-whistleblower-595a218f639d9.pdf

Vor dem Kollaps oder schon im Chaos?

Außerklinisch beatmete Kinder und Erwachsene fühlen sich immer mehr allein gelassen, das war das Thema einer Pressekonferenz am 26.10.2017, einen Tag vor dem MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress. Die IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH hatte dazu in die Räume des PresseClub München e. V. eingeladen.

„Eigentlich wollten wir auf dem Marienplatz einmal mit möglichst vielen Betroffenen demonstrieren", sagte Christoph Jaschke in seinen einleitenden Worten zur Pressekonferenz, „aber für den Großteil beatmeter Menschen ist so eine Aktion kräftemäßig kaum zu schaffen." Umso mehr wisse er zu schätzen, dass sich Maria-Cristina Hallwachs, Peer-Counselorin aus Stuttgart, und Oliver Jünke, Vorsitzender des ALS-mobil e.V., aus Berlin auf den Weg gemacht haben, um hier den Fragen der Journalist*innen Rede und Antwort zu stehen. Eine Demonstration bringe genauso wenig wie das Schreiben von Briefen an Politiker, erwiderte Oswald Utz, Ehrenamtlicher Behindertenbeauftragter der Landeshauptstadt München. Er halte spektakuläre Aktionen für wirkungsvoller. Ruth Waldmann, MdL, Vorsitzende des Arbeitskreises Gesundheit und Pflege, gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Landtagsfraktion, Sprecherin für Ehrenamt und bürgerschaftliches Engagement warnte davor, „die Politik" in einen Topf zu werfen. Es mache einen großen Unterschied, auf welcher politischen Ebene der- oder diejenige agiere. Auch sei die Gesetzeslage sehr unterschiedlich. Deshalb sei es wichtig, immer wieder in den Dialog zu treten und die konkreten Möglichkeiten auszuloten.
Auf die Frage, wie es betroffenen Menschen gelinge, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, antwortete Jünke, der seine Statements über Augensteuerung vorbereitet hatte: „Man sollte es nicht glauben, wie schnell Menschen dabei sind, über andere Personen zu entscheiden. Es hat mich Durchsetzungsvermögen gekostet, mir meine Selbstbestimmung zu erhalten. (...) Gleich nach dem Einleiten meiner invasiven Beatmung habe ich in einer Beatmungs-Wohngemeinschaft gelebt. Hier war es der Personalschlüssel, der einer Selbstbestimmung der Betroffenen entgegenstand. Ein Pflegehelfer und eine ausgebildete Pflegekraft sind für die Versorgung von fünf beatmeten Patienten oder WG-Bewohnern einfach zu wenig."
Die Frage, ob die Betroffenen überhaupt noch vernünftig außerklinisch versorgt werden könnten, antwortete Maria-Cristina Hallwachs: „Wir müssen dafür kämpfen, dass die Pflege wieder besser wird. Ich bin oft entsetzt, wenn ich sehe, wie man mit Menschen umgeht." Es fehlten schlichtweg Standards. Große Sorgen mache ihr die schlechte Versorgung, insbesondere in ländlichen Gebieten. Dort fehlten Ärzte und Pflegekräfte gleichermaßen. Aber es gebe auch bürokratische Hindernisse. Die Reparatur eines Rollstuhls z. B. dürfe man nicht selbst in die Hand nehmen, auch wenn dies kostengünstiger wäre. Statt dessen drei Wochen auf die Reparatur eines Rollstuhls zu warten, sei für Betroffene katastrophal. Das sei nur ein Beispiel von vielen dafür, wie groß die Abhängigkeit in vielen Bereichen sei. Die Pflege sei die Basis für Lebensqualität, ohne die überhaupt nichts funktionieren würde. Aber es kämen noch viele weitere Aspekte hinzu, um in der Lage zu sein, ein selbstbestimmtes Leben zu führen.
Zur Sprache kam auch die Diskussion, die der pflegepolitische Sprecher der CDU/CSU-Bundestagsfraktion, Erwin Rüddel, MdB, über den Vorrang von ambulant vor stationär in Gang gesetzt hatte. Für die Betroffenen wäre eine Umkehr in den meisten Fällen katastrophal und sei nicht mit der UN-Menschenrechtskonvention vereinbar.
Oliver Jünke antwortete auf die Frage, ob es in seinen Augen überhaupt noch möglich sei, Menschen außerklinisch vernünftig zu versorgen: „Ich denke, dass durch das persönliche Engagement unserer Pflegekräfte noch eine vernünftige außerklinische Versorgung möglich ist. Wir sollten aber auf unsere Pflegekräfte achten. Durch den schon jetzt überstrapazierten Einsatz wird der Allgemeinzustand in der außerklinischen Versorgung nicht besser. Wir müssen Möglichkeiten finden, unser jetzt zur Verfügung stehendes Personal zu entlasten, und durch neue Verfahrensweisen, pflegerische Aufgaben, ohne Qualitätsverlust, delegieren."
Eine stärkere Lobby für betroffene Menschen, insbesondere für außerklinisch beatmete Kinder und Erwachsene, die sich nicht mitteilen und zur Wehr setzen können, ist dringend notwendig. Hier müssen sich Pflegedienste und -kräfte mit ihren Klienten solidarisieren und gemeinsam für die Rechte kämpfen. Denn, so Jünke „wenn jeder für sich allein kämpft, werden wir immer wieder Teilerfolge erzielen, aber das löst das eigentliche Problem nicht."
Zum Abschluss der Pressekonferenz lud Christoph Jaschke die Journalist*innen zum Besuch des MAIK an den beiden folgenden Tagen ein.

Wer gute Pflege will, muss den Mut haben, Missstände zu benennen!

Tausende Menschen benötigen tagtäglich außerklinische Intensivpflege. Das sind Menschen mit schwersten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit und mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung. Jeder hat seine eigene Geschichte und jeder braucht eine auf seine Bedarfe zugeschnittene individuelle Versorgung. Pflegekräfte mit hoher Fachkompetenz und einem hohen Berufsethos, die Lebensqualität für die zu Pflegenden schaffen und die Angehörigen unterstützen, sind mit Recht stolz auf ihre Leistung, die sie tagtäglich erbringen. Dies gilt ebenso für Unternehmen, die außerklinische Intensivpflege nach bestmöglichen Qualitätsstandards anbieten.

Die außerklinische Versorgung spielt sich weitgehend hinter verschlossenen Türen in der eigenen Häuslichkeit und in Wohngemeinschaften ab. Dieses Abgeschottetsein ermöglicht es Unternehmen, die nur Profit machen wollen und denen die Menschen egal sind, ihr Unwesen zu treiben. Hier sei erwähnt, dass im extremsten Fall von schlechter Versorgungsqualität dies mit dem Tod endet - und nicht nur mit einer Druckstelle am Gesäß. Es wird unter der Hand viel darüber geklagt, man beschwert sich in Gesprächen, äußert sein Entsetzen über unhaltbare Zustände, aber kaum einer hat den Mut, Ross und Reiter zu nennen. Wie soll sich da etwas verändern?

Es gibt seit Jahren positive Beispiele dafür, was mutige Menschen erreicht haben, weil sie ihr Schweigen gebrochen haben. Ohne Whistleblower Edward Snowden wären wir längst nicht so sensibilisiert für die Gefahren für unsere Privatsphäre, und die Veröffentlichung der Panama- und Paradise Papers hat eine durchschlagende Wirkung. Wir müssen etwas Vergleichbares im Bereich der außerklinischen Intensivpflege in die Wege leiten, damit nicht täglich hilflose Menschen durch miserable Versorgung sterben. Wer wegschaut, gibt Mördern wie dem Krankenpfleger Niels H. die Chance, über Jahre weiter zu machen. Um dies zu verhindern, brauchen wir eine Kultur des Hinschauens, Zivilcourage, und mutigen Journalismus.

Die beiden Journalistinnen Claudia Gürkov und Lisa Wreschniok vom Bayerischen Rundfunk suchen Menschen, die Pflegefehler oder massive Probleme erlebt haben. Sie schreiben in einem Aufruf, dass sich zwar Krankenkassen und Ermittler, auch solide Pflegedienste zu Wort melden, dass man aber von den Betroffenen – den Patienten und ihren Familien – relativ wenig höre. „Das möchten wir ändern: Sind Sie Patient? Angehöriger? Vielleicht in der entsprechenden Medizintechnik-Branche tätig? Wir würden gerne auch über Ihre Erfahrungen berichten.

Ansatzpunkte sind zum Beispiel:

- Ihre Pflegekraft kann kein Deutsch …
- Sie haben den Eindruck, Ihre Pflegekraft weiß nicht, was sie tut …
- Ihre Pflegekraft macht Fehler …
- Sie als Verwandter müssen sie einlernen …
- Sie selbst müssen immer wieder einspringen …
- Sie zeichnen Einsatzpläne ab, an denen Sie Zweifel haben …
- Ihre Krankenkasse reagiert nicht auf Hinweise …

Wenn Sie solche oder ähnliche Erfahrungen gemacht haben, wenden Sie sich bitte an uns.
Wir versprechen Ihnen, Sie bleiben anonym. Sie erreichen uns unter:
brrecherche@br.de
oder telefonisch unter: 089/5900-33565.

Wir würden uns freuen, herzliche Grüße, Claudia Gürkov und Lisa Wreschniok.“

Ich unterstütze diese Recherche. Sie ist eine wirkliche Chance, die Versorgung außerklinisch versorgter Menschen zu verbessern und den „Saustall“ auszuräumen, über den keiner offen spricht. Dabei appelliere ich auch an Pflegekräfte, die in einem Unternehmen arbeiten, für das sie sich in Grund und Boden schämen. Sagen Sie, was da abgeht! Die Solidarität muss den Pflegebedürftigen und deren Angehörigen gelten, nicht einem Arbeitgeber, der Menschenleben aufs Spiel setzt. Wer solche Zustände mitträgt, macht sich durch seine Passivität mitschuldig an der Gefährdung von Menschenleben und der Diskreditierung des Pflegeberufs. Beteiligen Sie sich rege an dieser Recherche, teilen Sie diesen Aufruf und zeigen Sie den „schwarzen Schafen“ in der Branche, dass sie und ihre Machenschaften gesehen werden.
Immer wieder höre ich von Betroffenen, dass sie sich Sorgen machen, dass ihnen Nachteile aus einer Veröffentlichung von Missständen erwachsen könnten. Dies gilt auch für Pflegekräfte, die auspacken könnten. Die beiden Journalistinnen sichern Anonymität zu. Gleichzeitig ist es jedoch wichtig, dass Whistleblower vom Gesetzgeber besser geschützt werden.

Christoph Jaschke
Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH

Christoph Jaschke

Bundespflegekammer - Erste Adresse für die Bundespolitik

Deutschland braucht Pflegekammern in allen Bundesländern, in dieser Konsequenz benötigt Deutschland eben auch eine Bundespflegekammer auf Bundesebene. Sowohl die Länderpflegekammern als auch eine Bundespflegekammer sind der Garant dafür, dass die Berufsgruppen der professionell Pflegenden als wichtige und ernstzunehmende Akteure in den Mittelpunkt der pflegerischen Versorgung gestellt werden.

Pflegekammern bedeuten für die Pflegefachpersonen Wertschätzung pur und zugleich das Ende der Fremdbestimmung über deren Interessen. Die Pflegenden müssen künftig selbst bestimmen können, was angesichts der großen Herausforderungen das Beste für ihre Berufsgruppe ist. Hierzu gehört die eigene Festlegung ihrer Berufsrechte, ihrer Ziele und Aufgaben.
Erfolgreich gestartet ist die Landespflegekammer in Rheinland-Pfalz. Schleswig-Holstein und Niedersachsen werden folgen. In Nordrhein-Westfalen wird im Frühjahr 2018 eine Befragung der Pflegenden zur Haltung bzgl. der Einrichtung einer Pflegekammer durchgeführt. Bei positivem Bescheid, d. h. mehr als 50% der Befragten sprechen sich für eine Selbstverwaltung aus, soll das gesetzliche Verfahren zur Errichtung unverzüglich eingesetzt werden. Umso bedeutsamer wird in diesen Zusammenhängen auch die schnelle Etablierung einer Bundespflegekammer als zentrales Organ von Landespflegekammern. Sie wird als Dachorganisation aller Pflegekammern in Deutschland die Professionalisierung der beruflich Pflegenden enorm vorantreiben können.
Die Bundespflegekammer wird bei Kammergründungen in allen Bundesländern mit einer Mitgliederzahl von über 1,2 Millionen Beschäftigten in der Pflege die größte aller Berufskammern in Deutschland sein. Sie wird damit mit einem hohen Grad an politischer Durchsetzungskraft ausgestattet.
Letzteres ist von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Denn Fakt ist, dass viele Themen auf Bundesebene schon heute mit weitaus mehr Einfluss der professionell Pflegenden diskutiert würden, wenn es bereits eine Bundespflegekammer als Dachorganisation aller Pflegekammern in Deutschland gäbe. Das macht die beispielhaft die vergangene Diskussion um ein Pflegeberufereformgesetz mehr als deutlich.
Die Politik braucht Klarheit und einen eindeutigen Ansprechpartner für die Belange der professionell Pflegenden. Die Bundespflegekammer wird diesen berechtigten Ansprüchen voll und ganz gerecht werden.
Ihr oberstes Ziel wird es sein, auf Bundesebene dafür Sorge zu tragen, dass eine sachgerechte und professionelle Pflege der Bevölkerung sichergestellt ist. Ihre Aufgaben werden die Definition der Inhalte und des Spektrums der Pflege sein. Dazu gehören u. a. auch die Schaffung einer einheitlichen Berufsethik und Berufsordnung sowie die Sicherung der beruflichen Fort- und Weiterbildung.
Hierzu wird die Bundespflegekammer, wie die Bundesärztekammer, einer der wichtigsten Akteure sein, wenn es darum geht, Gesetze auf Bundesebene zu beraten und an Gesetzgebungsverfahren aktiv beteiligt zu sein.
Dabei stehen bei allen unterschiedlichen Aufgaben die Wahrung der Interessen der beruflich Pflegenden und die Sicherung der Qualitätsstandards im Sinne der Patientensicherheit an erster Stelle. Angesichts des demografischen Wandels und der Umverteilung der Aufgaben wird die Bundespflegekammer auch zu der dringend benötigten stärkeren Positionierung gegenüber angrenzenden Berufsgruppen, insbesondere gegenüber der Ärzteschaft führen, und doch das Gemeinsame im Blick haben.
Als ehemaliger Präsident des Deutschen Pflegerates bin ich auf Grund meiner berufspolitischen Erfahrung zuversichtlich, dass es spätestens mit der Gründung einer Bundespflegekammer gelingt, zusammen mit den Berufsverbänden, die Arbeitsbedingungen in der Pflege gewaltig und nachhaltig zugleich zu verbessern. Das wäre endlich Gleichberechtigung auf Augenhöhe.
Auch wenn die Kammern nicht in die Tarifhoheit in Deutschland eingreifen, so zeigen die Erfahrungen mit anderen Berufen, die über eine Kammer verfügen, dass diese in den meisten Fällen neben einer besseren Ausbildung und besseren Arbeitsbedingungen auch von einer besseren Entlohnung für ihre hochwertigen Leistungen profitieren.
Wie die Landespflegekammern, so wird auch die Bundespflegekammer zu einem enormen Motivationsschub und mehr Selbstvertrauen bei den professionell Pflegenden führen. Letztlich wird sie wesentlich zum Schutz des Ansehens der Berufsgruppe in der Öffentlichkeit beitragen.
Ich bin stolz darauf, dass in Rheinland-Pfalz die erste deutsche Landespflegekammer mit einer hohen Professionalität an den Start gegangen ist. Das ist ein Spiegelbild dessen, wie wir der Autonomie und dem Selbstverständnis unserer Berufsgruppe gegenüber stehen.
Einige Bundesländer wie etwa Schleswig-Holstein und Niedersachsen haben die notwendigen Schritte zur Etablierung einer Selbstverwaltung eingeleitet. An alle anderen Bundesländer richte ich den Appell: Folgen Sie konsequent dem positiven Beispiel aus Rheinland-Pfalz und geben Sie den Weg für weitere Gründungen von Pflegekammern frei. Selbstbestimmung steht am Anfang, um eine qualitätsgesicherte Weiterentwicklung der Profession Pflege zu ermöglichen.
Denn es geht um die Menschen in dieser Gesellschaft und ihre Versorgungssicherheit – deswegen ist Aufbruch und Handeln jetzt gefragt.

Andreas Westerfellhaus
Präsident a.D., Deutscher Pflegerat
Mitglied der Gründungskonferenz einer Bundespflegekammer

Andreas Westerfellhaus

10 Jahre MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress

Christoph Jaschke

Der 10. MAIK am 27. und 28. Oktober 2017 unter der Schirmherrschaft von Melanie Huml, Bayerische Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, hatten wieder viele Hundert Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus dem In- und Ausland angelockt. Denn die Versorgung außerklinisch beatmeter Kinder und Erwachsener ist längst kein Nischen- oder Orchideenthema mehr.

In Vorträgen, Workshops und Diskussionsrunden kam eine Fülle an wichtigen Themen zur Sprache, so die Querschnittlähmung, die neue S2k-Leitlinie, Hygiene, das Sozialrecht, das Sorgerecht, die medizinisch-pflegerische häusliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen sowie deren Übergang ins Erwachsenwerden. Auch Liebhaber von praktischen Übungen kamen in Workshops mit Schwarzlicht, speziellen Techniken des Sekretmanagements oder mit Musikinstrumenten, die in der Musiktherapie genutzt werden, auf ihre Kosten. Für Menschen, die nicht mehr Schlucken können, gibt es inzwischen gute Ansätze, und ein Referent, der nach einem Schlaganfall nur noch mit den Augen zeigen konnte, dass er bei klarem Verstand ist, erklärte den Unterschied zwischen Wachkoma und Locked In. Auch modernste Technik wie eine Datenbrille, Gehirn-Computer Interfaces und Exoskelette werden vorgestellt.
Tagtäglich werden aus den Kliniken Menschen entlassen, die nicht mehr eigenständig atmen können, in der Annahme, die intensivpflegerische und medizinische Versorgung würde dann schon „irgendwie klappen". Dem ist jedoch nicht so. Die Kongresspräsidenten Jörg Brambring und Christoph Jaschke, beide gelernte Krankenpfleger und seit fast 20 Jahren Geschäftsführer eines ambulanten Intensivpflegedienste, wiesen deshalb in ihren Eingangsstatements darauf, wie wichtig es sei, eine Lobby für die Betroffenen und ihre Angehörigen zu sein, ihnen zuzuhören, und sich als Versorgende miteinander zu kooperieren.
Christoph Jaschke beleuchtete in seinem Eröffnungsreferat die aktuelle Situation der außerklinischen Intensivpflege. Sie habe sich in dem Jahrzehnt, seit es den MAIK gibt, zu einem Wachstumsmarkt entwickelt und es gebe nur noch wenige Pioniere aus der Anfangszeit der außerklinischen Intensivpflege. Diese hätten maßgeblich die Qualitätsstandards mitentwickelt. Brisantes Thema sei in diesem Jahr der Fachkräftemangel, der sich zunehmend verschärfe – und wiederum die Qualität der Pflege in Frage stelle. Die Qualifizierung der Mitarbeiter sei das A & O einer guten Versorgung. Dazu gehöre aber auch, dass sich die Pflegekräfte mit ihren Klienten verständigen könnten. Dies sei oft nicht der Fall und stelle eine hohe Belastung für die Betroffenen dar. Allein sein Unternehmen, so Jaschke, erhalte jährlich rund 600 Anfragen, ob die Übernahme eines Klienten möglich sei. Man schätze die Anzahl beatmungspflichtiger Menschen derzeit auf 18 000. Es sei ein großes Dilemma, dass keine genauen Zahlen veröffentlicht würden, obwohl sie dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen bekannt seien. Außerdem kämen immer mehr Anfragen von Klienten, die bereits von anderen Pflegediensten versorgt würden. Diese seien entweder mit deren Dienstleistung unzufrieden oder es fehle auch bei diesen Pflegediensten an Personal.
„Was haben wir in den 10 Jahren MAIK erreicht?", fragte Jaschke. Er sei angesichts der vielen anstehenden Probleme nicht unbedingt in Feierstimmung, obwohl er sich auf die beiden Kongresstage sehr freue. „Packen wir es gemeinsam an, gemeinsam mit den betroffenen Menschen", dazu rief er die Zuhörerschaft im gut gefüllten Vortragssaal auf. „Mir ist eher danach zumute, zu Beginn des Kongresses symbolisch die Ärmel hochzukrempeln, um zu signalisieren, dass unser Kampf für Qualität der Intensivpflege, die Selbstbestimmung der Betroffenen und eine menschenwürdige Versorgung all derer, die unsere Hilfe am bittersten nötig haben, fortgesetzt werden muss." Mit den Worten: „Lassen wir uns inspirieren von so engagierten Menschen wie Christine Bronner, AKM Ambulantes Kinderhospiz München, die unermüdlich für hilfsbedürftige und traumatisierte Menschen tätig ist!", kündigte er die Keynote Speakerin des 10. MAIK an.

Pflege muss sich zusammenschließen

In seiner Eröffnungsrede zum MAIK betonte Kongresspräsident Jörg Brambring, wie wichtig es sei, dass die außerklinische Intensivpflege mit einer Stimme spreche und gemeinsam agiere. Es gehe hier nicht um berufspolitische Zusammenarbeit, sondern um die Kooperation mit dem Ziel, die Versorgung für außerklinisch beatmeter Menschen zu verbessern und z.B. gemeinsame Lösungen zu finden, wenn Betroffene und ihre Angehörigen verzweifelt Unterstützung suchen. Als positives Beispiel nannte er die ARGE Intensivpflege Nordbayern und den neuen IDA NRW.

IDA NRW wurde am 11. Juli 2017 von Jörg Brambring und Marc Bennerscheidt gegründet. Es handelt sich um eine Interessengemeinschaft für Anbieter der Außerklinischen Intensivpflege NRW, in Köln. Bisher hatte jeder sein eigenes Süppchen gekocht, sagt Bennerscheidt in einem Interview mit CAREkonkret vom 27.10.2017. „Ich habe das in den letzten Jahren so wahrgenommen, dass gerade bei der außerklinischen Intensivpflege unheimlich viel gegeneinander gearbeitet wurde. Ich würde es als ‚Haifischbecken' bezeichnen, und damit meine ich bewusst nicht nur die Konkurrenz der Pflegedienste untereinander und um Personal, sondern auch ganz klar den in den letzten Jahren sich immer mehr verschärfenden Ton mit den Kostenträgern. Der Druck nimmt von allen Seiten aus zu". Das Netzwerk ausgewählter inhabergeführter Intensivpflegeanbieter in NRW wurde also aufgrund der Vielfalt der Herausforderungen ins Leben gerufen. Es soll einesteils durch einen regelmäßigen Austausch eine starke Interessengemeinschaft entstehen, gleichzeitig ist es Ziel, eine Plattform für Betroffene, Angehörige, Kliniken, Sozialdienste und Pflegekräfte entstehen zu lassen, die auf der Suche nach Pflegediensten sind. Dazu dient die Pflegelandkarte.
Die Interessenvertretung ist offen, allerdings können nur Unternehmen teilnehmen, die die gleichen Grundsätze und Ideen in einer Selbstverpflichtung unterstützen und inhabergeführt sind. Ab 2018 werden auf die Landkarte neue Mitglieder kommen. Zunächst ist IDA NRW auf den ambulanten Bereich für (junge) Erwachsene konzentriert. Später ist eine Ausweitung auf stationäre sowie Betriebe mit Schwerpunkt Kinderintensivpflege möglich.
Ziele von IDA NRW

- Vernetzung und Austausch unter den Mitgliedern sowie Unterstützungsangebote und Kooperation
- Öffentliche Positionen/Stellungnahmen zu Themen der Außerklinischen Intensivpflege verfassen und veröffentlichen
- Starke Interessengemeinschaft, die sich einem gleichen Kodex im Rahmen einer Selbstverpflichtung stellt.
- Erstellung einer Online-Plattform (Landkarte) aller Mitglieder, die der Öffentlichkeit, Betroffenen und Angehörigen, Pflegekräften sowie Sozialdiensten u. a. zur Verfügung steht.
- Regelmäßige Treffen, mindestens viermal jährlich, im Raum Köln.

1. Vorsitzender ist Jörg Brambring, 2. Vorsitzender Marc Bennerscheidt, Schatzmeister Thomas Jaspers und Schriftführerin Angela Bertling.

Mehr unter: www.idanrw.de/

Jörg Brambring

Hilfe, wenn der Boden unter den Füßen schwindet

Christine Bronner

Den ersten Impuls mit dem Titel „Hilfe, wenn der Boden unter den Füßen schwindet. Multiprofessionelles Arbeiten mit lebensbedrohlich schwersterkrankten (jungen) Menschen und ihren Familien“ gab in diesem Jahr Christine Bronner, die Geschäftsführerin und Gründerin der Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München AKM.

Die Sozial- und Musikpädagogin, Therapeutin, Fachfrau für Palliative Care und zertifizierte Psychotraumatologin (DeGPT) zeigte in ihrem Impulsreferat beim 10. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress, wie traumatisierend sich Lebensgefahr durch schwere Erkrankung (Diagnose!), schwere Verletzung, Unfall, plötzlicher Verlust, Missbrauch und Misshandlung, Gewalt, Katastrophen, Krieg, Flucht, Verfolgung oder Vertreibung auf Menschen auswirken können. Akute Belastungsreaktionen wie auch Traumafolgestörungen könnten die Folge sein. Besonders betroffen seien Patienten und ihre Angehörigen, Familien, in denen es jemanden mit Schwersterkrankung gäbe oder der verstorben sei sowie Migranten. Die Zahlen sind, wie Frau Bronner in ihrer Präsentation zeigt, erschreckend hoch. Deshalb, so die Rednerin, sei es wichtig, hinzusehen, hinzugehen und zu verändern!
Die Krisenintervention im Gesundheitswesen vollziehe sich vorwiegend im Blaulichtbereich, dagegen kaum, sobald sich die Kliniktüren schlössen. Dies sei nicht nur für die betroffenen Patienten mit ihren Angehörigen fatal, sondern auch für das Helferteam. Denn auch Profis könnten bei schweren Krisen traumatisiert werden. Hier Abhilfe zu schaffen, habe sich die Stiftung AKM als Träger mit ihrem Dienst FANKI auf die Fahnen geschrieben. Deren Angebot umfasse 24h-Krisenbetreuung (FANKI - RUF24), Nachsorge (sozialmedizinisch und teilhabeorientiert) (FANKI SMN), Angehörigenberatung (FANKI Fachstellen) sowie Familienbegleitung und Trauerarbeit (FANKI Kinderhospizarbeit) und direkte Familienförderung (Bedarfe, Herzenswünsche, etc.).

Seit 2005 betreut das AKM Familien mit unheilbarkranken und lebensbedrohlich schwersterkrankten Ungeborenen, Neugeborenen, Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen in München und ganz Bayern. Dabei wird das Team aus hauptamtlichen Ärzten, Psychologen, Krankenschwestern und Sozialarbeitern von 200 Ehrenamtlichen in den Bereichen Krisenintervention, Familien- und Trauerbegleitung unterstützt. Die sehr dünne, unterbezahlte Personaldecke in der Pädiatrie, insbesondere in der Pflege, führt Bronner zufolge dazu, dass die pflegenden Angehörigen und viel zu wenige qualifizierte Fachkräfte den akuten Personalmangel kompensieren könnten und dabei weit über ihre Leistungsgrenzen gingen, physisch, sozial und emotional. Darunter leide die Qualität der Versorgung, ambulant wie stationär. So funktioniere die Basisversorgung über unzählige, kaum abbaubare Überstunden. Das verursache auch schwere Krisen bei allen Beteiligten. Daher fühlten sie sich auch vollkommen unverstanden und allein gelassen, insbesondere von der Politik. Wilhelm Willms hat es in einem Gedicht, das Frau Bronner auszugsweise zitierte, sehr treffend formuliert, was diese Menschen fühlen und brauchen.

Wussten sie schon ...
dass die nähe eines menschen
gesund machen
krank machen
tot und lebendig machen kann
wussten sie schon
dass das wegbleiben eines menschen
sterben lassen kann
dass das kommen eines menschen
wieder leben lässt
wussten sie schon
dass das zeithaben für einen menschen
mehr ist als geld
mehr als medikamente
unter umständen mehr
als eine geniale operation
wussten sie schon
dass das anhören eines Menschen
wunder wirkt

Leitmotiv der Stiftung AKM ist: „Nicht das Leben mit Tagen, sondern die Tage mit Leben füllen“. Um jeden Tag mit Leben zu füllen, schenkt die Stiftung schwerstkranken (jungen) Menschen und ihren Angehörigen möglichst viele Momente der Sicherheit, Geborgenheit und Normalität. Ziel ist ein hohes Maß an Lebensqualität. Im Fokus steht die emotionale, soziale und gesellschaftliche Entlastung und Stabilisierung der gesamten Familie und des sozialen Umfelds, insbesondere im Alltag. Besonders bedeutsam ist dabei die Betreuung in Krisensituationen. Im Mittelpunkt des Handelns stehen Aufklärung, Förderung, Inklusion und gesellschaftliche Teilhabe des Patienten und seiner Familie. Besonders wichtig ist die Kindeswohlsicherung aller Kinder in betroffenen Familien, denn jedes Kind ist einzigartig und hat ein Recht auf ein erfülltes Leben.
Zum Abschluss ihres beeindruckenden Vortrags zeigte Frau Bronner ein Video mit Lucy Hoffmann, einem begabten Mädchen, das sich im Rahmen seiner Möglichkeiten des Lebens freut und wunderschöne Bilder malt. Das Video ist unter dem Link www.youtube.com/watch?v=frQrta9wp5w zu sehen. Umfangreiche Informationen zur Stiftung AKM sind abrufbar unter: www.kinderhospiz-muenchen.de Die Arbeit finanziert sich weitgehend über Spenden. Deshalb sind sie, auch wenn noch so klein, willkommen und bewirken viel.

MAIK Award 2017 für Dinah Christine Radtke

Anlässlich des 10. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress am 27. und 28. Oktober 2017 wurde Dinah Christine Radtke mit dem MAIK Award ausgezeichnet. In seiner Laudatio stellte Hans-Joachim Wöbbeking die Preisträgerin vor, die zu den wohl bekanntesten Behindertenaktivistinnen Deutschlands gehört.

Dinah Christine Radtke mit dem MAIK Award 2017

Die Liste ihrer Verdienste ist lang, und sie hat mit ihrem großen Engagement maßgeblich dazu beitragen, dass heute Menschen mit Behinderungen in weitaus größerem Ausmaß ein selbstbestimmtes Leben führen können als noch im letzten Drittel des vergangenen Jahrhunderts. 1988 gehörte Radtke zu den Mitbegründern des Vereins Zentrum für Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V. (ZSL) Erlangen, wo sie nicht nur stellvertretende Vorsitzende und hauptamtliche Mitarbeiterin war, sondern auch über viele Jahre Bereichsleiterin der Beratungsstelle. Als gelernte Übersetzerin für Englisch und Französisch war sie prädestiniert für den Kampf für die Behindertenrechte auf internationalem Parkett. 1991 wurde sie stellvertretende Vorsitzende von Disabled Peoples´ International (DPI) Europa, später Vorsitzende des DPI-Frauenkomitees weltweit, und von 2004 bis 2006 nahm sie an den Verhandlungen über die UN-Konvention über die Rechte behinderter Menschen in New York teil. Als Vorsitzende des „International Disabled Women Caucus“ oblag ihr lange Zeit der spezielle Verantwortungsbereich Menschenrechte und bis heute ist sie für „Frauen und Minderheiten“ zuständig.
Seit 1998 ist Dinah Radtke im AK „Heimbeatmung und Respiratorentwöhnung“ aktiv, der heutigen Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V., wo sie von 2009 bis 2016 dem Vorstand angehörte. Schon vielfach wurde Dinah Radtke geehrt, u.a. mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande (2000) und dem Bundesverdienstkreuz Erster Klasse (2009). Seit 2016 ist sie Ehrenbürgerin der Stadt Erlangen.
Dem MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress ist sie von Anfang an verbunden. Schon oft gestaltete sie den MAIK als Referentin und Moderatorin mit. Den MAIK Award überreichten Jörg Brambring und Christoph Jaschke, die beiden Kongresspräsidenten. Seit 2012 wird er jährlich an ein Unternehmen, eine Initiative oder eine einzelne Person für eine herausragende Charity-Aktion und/oder ehrenamtliches Engagement für Menschen mit Behinderung, Krankheit und/oder Beatmung verliehen. Frau Radtke ist die erste behinderte Frau mit Beatmung, die mit dem MAIK Award ausgezeichnet wurde. Die letztenPreisträger*innen waren Jo Börgel (2012) für sein Engagement in Osteuropa, Felicitas Hanne (2013), Geschäftsführung Kinderhaus AtemReich München, Dr. Angelika Bockelbrink (2014), Stiftung Pfennigparade, Dr. Kurt Wollinsky (2015) für sein Engagement für beatmete Kinder und Kleinkinder, und Rüdiger Barth (2016), Geschäftsführer des Kinder- und Jugendhospizes Olpe. Auch nächstes Jahr wird der MAIK Award verliehen. Vorschläge nehmen die beiden Kongresspräsidenten Jörg Brambring und Christoph Jaschke gerne entgegen.

Dinah Radtke (li.) und Laudator Hans-Joachim Wöbbeking (re.) mit den Kongresspräsidenten Christoph Jaschke (li.) und Jörg Brambring (re.)

Es ist wichtig, dass Menschen mit Beatmung mittendrin in der Gesellschaft leben

Hier die Dankesworte der MAIK Award-Preisträgerin. Partizipation bedeutet in ihren Augen, dass Menschen mit Behinderungen, mit Beatmung mitbestimmen, mitgestalten und mitentscheiden können.

Liebe Kongresspräsidenten,
Liebe Freundinnen und Freunde,
Liebe Kollegen und Kolleginnen der DIGAB
Liebe Besucherinnen und Besucher des MAIK

Ich habe mich sehr über die Verleihung der MAIK Award an mich gefreut und fühle mich sehr geehrt. Ganz besonders freue ich mich, dass mit mir die erste Person, die erste behinderte Frau mit Beatmung mit dieser Auszeichnung geehrt wird. Für mich ist das ein Zeichen der Wertschätzung von Menschen mit Behinderung und im Zusammenhang mit dem MAIK besonders von Menschen mit Beatmung.
Seit vielen Jahren setze ich mich für bessere Lebensbedingungen für behinderte Menschen ein, für Selbstbestimmung, für Selbstvertretung, für Chancengleichheit, für Partizipation, wobei Partizipation mehr ist als Teilhabe. Für mich ist Partizipation hier auf dem MAIK und bei der DIGAB ganz wichtig, „Nichts über uns ohne uns“! Partizipation bedeutet für mich, dass Menschen mit Behinderungen, mit Beatmung mitbestimmen, mitgestalten, mitentscheiden, und dass wir uns gemeinsam mit Ärzten, Ärztinnen, mit Pflegekräften, also mit all denjenigen, die hier aktiv dabei sind, für bessere Bedingungen für Menschen mit Beatmung einsetzen in der eigenen Häuslichkeit und in der Klinik. Und dass wir uns gegen die Einschränkungen, die uns der Gesetzgeber auferlegt wehren, z.B. dass wir uns für die Finanzierung von Assistenz im Krankenhaus, für ein besseres Bundesteilhabegesetz, Pflegestärkungsgesetz, Bundesbehindertengleichstellungsgesetz etc. einsetzen, damit sich die Rahmenbedingungen für uns verbessern und nicht verschlechtern. Ein großes Ziel ist für mich, die Bedingungen bei stationären Aufenthalten zu verbessern. Assistenz im Krankenhaus muss finanziert werden. Wir alle wissen, dass die normale Versorgung auf Station für einige von uns nicht ausreichend ist und dass es u. U. zu lebensbedrohlichen Situationen kommen kann.

Mir geht es auch darum, die Interessen derjenigen zu vertreten, die nicht für sich selbst sprechen können und es geht darum, unsere Unterschiedlichkeit zu achten und zu akzeptieren, in dem Sinn, dass niemand zurückgelassen wird und dass das Bewusstsein für die Fähigkeiten und den Beitrag von Frauen und Männern mit Behinderung, mit Beatmung, zunimmt. Behinderung ist für mich ein ganz normaler Faktor im Leben, auch Behinderung gehört zum Leben dazu. Es ist nichts Außergewöhnliches, behindert zu sein.
Ein Leben mit technischen Hilfsmitteln ist für die meisten Menschen nicht vorstellbar - ganz zu schweigen von Lebensqualität, die wird oft abgestritten. Zwar wird ein Rollstuhl oder Elektrorollstuhl als Hilfsmittel von der Gesellschaft anerkannt, dasselbe gilt auch für Hörgeräte. Brillen werden nicht einmal mehr als Hilfsmittel wahrgenommen. Ganz anders ist es mit Beatmungsgerät, Tracheostoma, Sprachcomputer und künstlicher Ernährung. Aber auch unter solchen Bedingungen können Menschen gerne leben. Es geht nicht nur um das reine Überleben, sondern darum, das eigene Leben bewusst zu gestalten, es bewusst zu leben, es selbstbestimmt zu leben, sich Perspektiven zu schaffen, sich Ziele zu setzen, auch wenn man gleichzeitig von fremder und maschineller Hilfe abhängig ist, 24 Stunden am Tag.
Von Außenstehenden wird immer nur Leiden vorausgesetzt und Leiden gesehen, selbst wenn gerade nicht „gelitten“ wird. Dabei gehören Leiden und Trauer natürlich zum Leben dazu, und dasselbe gilt auch für das Trauern über den Verlust von Fähigkeiten. Eigentlich muss man sich als schwerbehinderter Mensch rechtfertigen, wenn man sagt: „ich lebe gerne“. Dann heißt es, trotz der schweren Behinderung ist sie oder er ein fröhlicher Mensch. Aber warum auch nicht?
Ich möchte hier einen der Begründer der Independent Living Bewegung Dr. Adolf Ratzka zitieren, der seit über 50 Jahren mit maschineller Beatmung lebt, er sagte: „Ich habe mich nun einmal dazu entschlossen, mein Leben so lange und so gut es geht ausznützen. Es ist eine einmalige Chance, aus der ich das Beste machen möchte. Da wäre es töricht von mir, mich von ein paar neugierigen Blicken Fremder stören zu lassen.“
Zum Schluss möchte ich noch einmal ganz herzlichen Dank sagen für diese wunderbare Auszeichnung, die ich auch gerne im Namen der Menschen mit Beatmung hier annehme. Außerdem möchte ich noch einmal betonen wie wichtig es ist, dass behinderte Frauen und Männer mit Beatmung das Recht haben sich einzumischen, mitzugestalten und mitzubestimmen, ganz besonders wenn es um ihre, um unsere Lebensbedingungen, geht. Wir sind ein Teil der Gesellschaft. Wir alle müssen daran arbeiten, dass es gelingt, dass wir unsere Rechte, unsere Menschenrechte gleichberechtigt mit anderen wahrnehmen können. Es ist wichtig, dass Menschen mit Beatmung mittendrin in der Gesellschaft leben. Wir machen durch unser Beispiel das Leben menschlicher und lebenswerter für alle, weg von den üblichen Normen. Wir verändern den Blick auch der anderen, der Nichtbehinderten auf ein Leben mit Behinderung.

Dr. Kurt Wollinsky gratuliert Dinah Radtke

FAHL

BEST CARE FOR YOU!

PROFESSIONELLE VERSORGUNG VON A-Z

- **TRACHEOTOMIE**
- **LARYNGEKTOMIE**
- **SEKRETMANAGEMENT**
- **AUSSERKLINISCHE BEATMUNG**
- **SAUERSTOFFTHERAPIE**
- **MONITORING**
- **HUSTENMANAGEMENT**
- **NASALE-HIGHFLOW THERAPIE**
- **LOGOPÄDIE**
- **DYSPHAGIE**

Kontaktieren Sie uns jetzt und vereinbaren Sie ein kostenloses und unverbindliches Beratungsgespräch.

02203/2980-200

vertrieb@fahl.de

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

Foto: Wright Studio/Shutterstock.com

Nichts über uns ohne uns

Die Gymnasiastin Denise Tovarysova referierte zum Thema „Mein steiniger Weg mit Handicap. Von der Kindheit ins Erwachsenenleben mit Beatmung und Co.“

Der MAIK Münchner außerklinische Intensiv Kongress wird von vielen Expertinnen und Experten in eigener Sache mitgestaltet. Auch immer mehr junge Menschen kommen auf den Kongress. Wie wichtig es ist, dass sich auch die verschiedenen Generationen miteinander vernetzen, zeigte u.a. der Themenkomplex „Transition“ unter dem Vorsitz von Dr. Paul Diesener, Hegau-Jugendwerk Gailingen und Andreas Pröbstle.

Matthias Küffner, Vorsitzender DGM-Muskeltour e.V., Mitglied im Bundesvorstand der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. und Mitglied im Beirat für Teilhabe und Inklusion, Nördlingen, überreichte den Kongresspräsidenten zum 10jährigen Jubiläum ein Geschenk. Als Überraschung erhielten Benjamin Bechtle, Landesvorsitzender der Landesgruppe Baden-Württemberg der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke e.V. und Bildungsreferent beim Bildungs- und Forschungsinstituts zum selbstbestimmten Leben Behinderter (bifos) einen MAIK-Treue-Award. „Kaum ist der Ticketverkauf eröffnet“, erklärte Kongresspräsident Christoph Jaschke, „und schon werden die Tickets gebucht. Das ist wirklich phänomenal!“
Immer mehr Teilnehmende kommen aus den Reihen der Betroffenen zum MAIK – eine erfreuliche Entwicklung.

Maria-Cristina Hallwachs als Referentin im Workshop „Sekretmanagement – was tun gegen die Langzeitfolgen der Beatmung“.

Jo Börgel im Gespräch mit Anika Zinken

Therapeutische Themen auf dem MAIK

Zum zweiten Mal hatten Nicolin Bähre, Akad. Sprachtherapeutin/M.A., Systemische Coach, Supervisorin und Organisationsberaterin (i.A.), Janine Ehlers, Dipl. Sprachtherapeutin, staatl. examinierte Ergotherapeutin und Fachtherapeutin Wachkoma, und Inga Brambring, staatl. examinierte Physiotherapeutin, anerkannte Hippotherapeutin des Deutschen Kuratoriums neurophysiologische Behandlungsverfahren – tiergestützte Therapie, den Therapie-Schwerpunkt auf dem MAIK organisiert und hierfür exzellente Referent*innen gewonnen.

Katrin Mayr, Studium der Medizintechnik mit Schwerpunkt auf Biosignalverarbeitung und Biomechanik, Guger Technologies OG, referierte zum Thema „Neurotechnologie zur Bewertung, Kommunikation und zum Training bei schwerer Hirnschädigung und Bewusstseinstörung“

Sabrina Morek, staatlich examinierte Ergotherapeutin, Fachtherapeutin für Menschen im Wachkoma / MCS, N.A.P. – Therapeutin, betonte in ihrem Vortrag, dass unsere Haltung „entscheidend für die Genesung des Patienten“ ist.

Stefan Stahl, Bachelor of Arts Therapies, begeisterte die Teilnehmenden an seinem Workshop „Musiktherapie in der außerklinischen Intensivversorgung“. Er hatte viele Musikinstrumente dabei, um die positive Wirkung der Musik erlebbar zu machen.

Nadine Knispel, Ergotherapeutin, Fachtherapeutin für Menschen im Wachkoma / MCS, VeRegO- und N.A.P.- Therapeutin, behandelte das Thema „Wachkoma vs. Palliativ Medizin. Von der ressourcenorientierten Therapie bis zur palliativen Behandlung“.

Die neue S2k-Leitlinie

Im Juli 2017 wurde die Revision der S2k-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ veröffentlicht. Diese Fassung ist nun bis 30.06.2020 gültig. Beim MAIK wurde die überarbeitete Leitlinie aus Sicht der Ärzte, der Krankenkassen, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und der Pflege diskutiert.

Dr. Jens Geiseler wies in seinem Eingangsreferat über die S2k-Leitlinie auf die rasante Entwicklung der außerklinischen Beatmung in Deutschland hin. Inzwischen gehe man von 12 000 bis 18 000 außerklinisch versorgten „Intensivpatienten“ aus. Traurige Realität sei, das ca. 85% dieser Patienten nicht von einem Beatmungszentrum, sondern von normalen Intensivstationen in die außerklinische Beatmung verlegt würden. Wichtig sei die Schaffung intersektoraler Betreuungskonzepte, u.a. Sektoren-übergreifende ärztliche Versorgungsnetzwerke und intersektorale Telekonsultationen seien. An der Leitlinie werde weitergearbeitet. Es sei eine Umgestaltung bzw. Neuaufnahme vieler Kapitel mit Bezug auf zahlreiche Veränderungen in der außerklinischen Versorgungsrealität möglich. Dringend erforderlich seien z.B. Änderungen bei der invasiven außerklinischen Beatmung bei Weaning-Versagen. Man müsse die Entwicklung in den nächsten Jahren abwarten.
Dr. Peter Demmel vom MDK Bayern bezeichnete die S2k-Leitlinie als einen wichtigen Markstein in einer „neuen“, rasch expandierenden Versorgungsform. Der MDK Bayern habe an den Konsensuskonferenzen 2008/9 und 2016 teilgenommen und somit die Leitlinie mitgestaltet. Auch wenn es strittige Punkte gegeben habe, sei man zu einem Konsensus gekommen.
Für die Krankenkassen referierte Hans-Joachim Fritzen, AOK-Nordost – Die Gesundheitskasse, Potsdam. Für ihn sei die S2k-Leitlinie eine wichtige Orientierung. Sie würde in die Ergänzung zum Vertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V für Leistungen mit hohem intensiven behandlungspflegerischem Aufwand implementiert, mit dem Ziel der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung durch Festlegung von Personalschlüssel und Fortbildung.
Aus pflegerischer Sicht ging Brambring auf die Leitlinie ein, wobei er sich auf den Ausbildungs- und Qualifizierungssektor konzentrierte. Dieser zähle zu den wohl wichtigsten Maßnahmen der Qualitätssicherung und gliedere sich in folgende Bereiche:

- Strukturierte Einarbeitung neuer Mitarbeiter
- Ermöglichung der Zusatzqualifikation für Mitarbeiter (Basiskurs; Expertenkurs, Pflegefachkraft für außerklinische pädiatrische Beatmung)
- Auffrischungsschulungen
- Fachliche Unterstützung der Pflegekräfte durch Mitarbeiter mit besonderer Expertise (Fachbereichsleiter)
- Vernetzung mit den jeweils regionalen Beatmungszentren sowie niedergelassenen Ärzten, die auf die Versorgung von außerklinisch beatmeten Patienten spezialisiert sind

Lange sei bei der Revision der Leitlinie darüber diskutiert, welche Voraussetzungen eine Fachbereichsleitung mitbringen müsse. Diese seien nun geklärt und wären der Abschluss eines staatlich anerkannten Pflegeberufes (examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger) und neuerdings, auch Altenpfleger. Auch Atmungstherapeuten mit pflegerischer Ausbildung, Fachgesundheits- und Krankenpfleger für Anästhesie- und Intensivpflege, Pflegefachkräfte mit mindestens 3 Jahren Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Weaningeinheit, spezialisierte Beatmungseinheit oder außerklinische Beatmung) in den letzten 5 Jahren und die erfolgreiche Teilnahme an einem zertifizierten Expertenkurs (strukturierte, berufsbegleitende Fortbildung mit einem Umfang von mindestens 200 Stunden) zum „Pflegeexperten für außerklinische Beatmung“ könnten Fachbereichsleiter werden. Brambring erläuterte, wer als „Pflegefachkraft“ eingestuft werde.
Abschluss eines staatlich anerkannten Pflegefachberufes (examinierter Gesundheits- und Krankenpfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger oder Altenpfleger). Zusätzlich: Atmungstherapeut, Fachgesundheits- und Krankenpflege für Anästhesie- und Intensivpflege, Pflegefachkraft mit mindestens 1 Jahr spezifischer Berufserfahrung im Beatmungsbereich (Intensivstation, Weaningeinheit, spezialisierte Beatmungseinheit oder außerklinische Beatmung) in den letzten 5 Jahren Pflegefachkraft mit Zusatzqualifikation in der Form einer vollständigen Teilnahme an einem zertifizierten Basiskurs zur „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ (strukturierte, berufsbegleitende Fortbildung mit mindestens 120 Stunden)
„Pflegehilfskraft“ könnten beispielsweise Krankenpflege- und Arzthelfer werden. Heilerziehungspflegende dürften nur als Teil eines Pflegeteams zusammen mit Pflegefachkräften (WGs oder stationäre Pflegeeinrichtungen) in der Beatmungsversorgung tätig werden. Angesichts des Pflegenotstands sei es wichtig, Weiterbildungsmaßnahmen für Hilfskräfte zu entwickeln. Im Bereich der Kinderversorgung dürften Altenpfleger übrigens weiterhin nicht die Funktion der Fachbereichsleitung übernehmen.
Da das Assistenzmodell bei Betroffenen immer beliebter werde, sollte das Assistenzpersonal eines Pflege-/ bzw. Assistenzdienstes vor Aufnahme der Tätigkeit bei Betroffenen mit außerklinischer Beatmung eine qualifizierte Fortbildung erhalten, z.B. in Form eines Basiskurses nach dem DIGAB e.V. oder vergleichbarer alternativer Angebote. Werde die pflegerische Versorgung außerklinisch Beatmeter von Angehörigen geleistet, sollte bereits in der entlassenden Klinik – möglichst einem Zentrum für außerklinische Beatmung – frühzeitig eine bedarfsgerechte und individuelle Einarbeitung dokumentiert durchgeführt werden.
Neben dem DIGAB-zertifizierten Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ sollten weitere Angebote zur Qualifizierung geschaffen werden! Es gebe bereits den „Basiskurs für pädiatrische Außerklinische Beatmung“ und erarbeitet würden in der DIGAB e.V. derzeit Angebote für Therapeuten. Es fehlten jedoch noch Konzepte für „Laienpflege“ und Assistenz sowie betroffene Angehörige. Die DIGAB e.V. habe im Jahr 2009 mit der Entwicklung ihrer Qualifizierungen begonnen und bis heute viel erreicht.
Die Qualifizierungsmaßnahmen sind unter: www.digab.de/weiterbildung zu finden.

Steigende Mortalität durch Versorgungsmängel in der außerklinischen Versorgung

In der Diskussionsrunde „Versorgungsstrukturen in der außerklinischen Intensivversorgung“ ging es auch um einen Ausblick auf die Zukunft. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass mehr Druck für eine bessere außerklinische Versorgung schwerstpflegebedürftiger Menschen aufgebaut werden müsse.

Über die Versorgungsstrukturen und die zukünftigen Aufgaben diskutierten unter der Moderation von Detlef Friedrich, contec GmbH, Andreas Westerfellhaus, bis vor kurzem Präsident des Deutschen Pflegerates e.V., Thomas Muck, Leiter der Sozialmedizinischen Expertengruppe „Pflege“ der MDK-Gemeinschaft (SEG 2), Dr. Simone Rosseau, Präsident der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft (DIGAB) e.V. und Sören Tiedemann, Atmungstherapeut (DGP) im Querschnittgelähmtenzentrum des BG Unfallkrankenhauses Hamburg (BUKH). Für die erkrankte Kathrin Sonnenholzner, MdL, Vorsitzende des Ausschusses für Gesundheit und Pflege, sprang Kongresspräsident Christoph Jaschke ein. Die Entlassung schwerstkranker Menschen in die häusliche Versorgung werde aufgrund des Personalnotstands immer schwieriger und besondere Probleme gebe es im ländlichen Bereich. So sei die Entlassung oft eher nur ein „Verlagern“ aus der Klinik heraus in einen Bereich, der vielfach mit gravierenden Mängeln behaftet sei. Dass durch diese Mängel die Mortalität der Menschen steige, werde kaum thematisiert und Zahlen, die dies belegen könnten, würden systematisch zurückgehalten. Man operiere eher mit Versorgungslösungen als mit richtigen Versorgungsstrukturen. Es wurde auch gefragt, weshalb die Qualität in den letzten Jahren so gesunken sei, was sich auch daran festmachen lasse, dass sich die Beschwerden verdoppelt hätten. Ein Grund liege sicherlich auch darin, dass sich ständig neue Intensivpflegedienste gründeten, die vielfach nur ins Geschäft kommen wollen. Damit zerfasere die Branchen immer mehr. Oft stehe nur die Gier nach Geld im Vordergrund. Deshalb wurde gefordert, bei Neuzulassungen die „Pausentaste“ zu drücken und zuerst einmal klare Zulassungskriterien für Intensivpflegedienste zu entwickeln. Man müsse mehr Druck aufbauen, damit nicht tagtäglich Menschen nur aufgrund von schlechter außerklinischer Versorgung stürben. Selbst bei Ärzten gebe es vielfach noch kein Problembewusstsein, und im Bundestagswahlkampf hätte die außerklinische Versorgung schwerstkranker Menschen keine Rolle gespielt. Als eine weitere Lösung wurde benannt, dass die Pflege endlich die Möglichkeit erhalten müsse, sich selbst zu verwalten und damit geschlossen aufzutreten.

Bei der zweiten Diskussionsrunde „Außerklinische Beatmung im Wandel – Herausforderungen und Lösungsansätze in der Praxis“, ebenfalls unter der Moderation von Detlef Friedrich, contec GmbH, waren Vertreter vorrangig aus München und Umgebung zugegen: Dr. Peter Demmel, MDK Bayern, Dr. Lorenz Nowak und Dr. Gregor Scheible. Des Weiteren nahm Guido Faßbender teil. Scheible, seit 1.1.2017 Leitender Arzt in der Stiftung Pfennigparade, stellte das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) und die Medizinisches Behandlungszentrum für Menschen mit Behinderung GmbH (MZEB) der Stiftung Pfennigparade vor. Dr. Lorenz Nowak brachte den Blickwinkel eines Leitenden Oberarztes der Klinik für Intensiv-, Schlaf- und Beatmungsmedizin der Asklepios Lungenfachklinik Gauting ein. Guido Faßbender sprach als Leiter des Ressorts außerklinische Intensivpflege, der Deutschen Gesellschaft für Fachkrankenpflege, DGF e.V., über die intersektorale Verschiebung von Pflegebedarfen in den ambulanten Bereich. Thema waren insbesondere Maßnahmen des Pflegemanagements rund um die Herausforderungen der ambulanten Intensivpflege und die Forderung nach angemessener Partizipation der Profession Pflege bei der Gestaltung von Rahmenbedingungen für die ambulante Intensivpflege.

Mehr zur ersten Diskussionsrunde finden Sie auf S. 36f.

Dr. Simone Rosseau

Dr. Gregor Scheible

Der MAIK – ein Ort des Wissensaustauschs, der persönlichen Begegnung und des Netzwerkens

Die Teilnehmenden haben beim MAIK wieder die Gelegenheit genutzt, miteinander Erfahrungen auszutauschen und neue Kontakte zu knüpfen. Neben zahlreichen bekannten Gesichtern, gab es zahlreiche neue Besucher*innen beim 10. MAIK.

Die MAIK-Party

ThE vents geben ihr Abschiedskonzert

Die Musiker*innen der „ThE vents“ gaben im Ampere wieder ihr Bestes. Es war ein fulminanter Abschied der Band, die beim Gesellschaftsabend ihr vorerst letztes Konzert gab. Sie war 2011 aus der Idee heraus entstanden, dass man für seinen Kongress eigentlich keine Band engagieren müsse, wenn man selbst gerne Musik macht. Der Gedanke begeisterte so viele aus dem Bekanntenkreis, dass sich innerhalb kürzester Zeit die Gruppe formiert hatte. Seitdem spielten „ThE vents“- ohne Gage- auf Charity-Veranstaltungen, Kongressen und Geburtstagen. Das Wichtigste war für die Bandmitglieder die Freude am gemeinsamen Auftritt, der Spaß an der Musik und ein begeistertes Publikum, das sich mitreissen lässt.

Besuchen Sie die Band auf facebook unter www.facebook.com/BandThEvents

Wir freuen uns auf den 11. MAIK

Die beiden Kongresstage gaben wieder wichtige Impulse für das kommende Jahr und die Zukunftsausgaben waren mit großem Engagement diskutiert worden. Es hat sich wieder bestätigt, wie sehr jeder den anderen braucht, damit ein außerklinisch beatmeter Mensch optimal versorgt werden kann.

Jörg Brambring und Christoph Jaschke

Die beiden Kongresspräsidenten Jörg Brambring und Christoph Jaschke dankten allen, die zum guten Gelingen des 10. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress beigetragen und die ihn ermöglicht haben. Ein besonderer Dank ging an die Sponsoren und die Industrie, die den Kongress möglich gemacht hat. Inzwischen ist das Feedback ausgewertet und erfreulich viele Teilnehmenden haben signalisiert, dass sie auch den 11. MAIK besuchen werden. Nun heißt es, die vielen Themenvorschläge aufzugreifen, die gemacht bereits eingegangen sind. Es besteht außerdem wieder die Möglichkeit, Abstracts einzureichen. Die drei besten Themenvorschläge werden in eine Session „Freie Vorträge“ aufgenommen. Die Referentin/der Referent erhält ein kostenloses Ticket für den gesamten Kongress, ist Gast im Tagungshotel und bei der MAIK Party. Die Reisekosten werden bis max. 250 Euro erstattet. Die Abstracts sollen zwischen 200 und max. 250 Wörter enthalten, in deutscher Sprache abgefasst sein und können per Mail oder postalisch eingereicht werden. Der Wissenschaftlichen Beirat des MAIK wird sie begutachten Einsendeschluss ist der 30. Juni 2018. Neu im Wissenschaftlichen Beirat ist Dr. Martin Groß, Evangelisches Krankenhaus Oldenburg.
Der 11. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress findet am 26. bis 27. Oktober 2018 im Holiday Inn Munich im City Centre) statt.

Mehr unter www.maik-online.org

MAIK
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

Wissenschaftlicher Beirat 2018:

- Marcello Ciarrettino, Essen
- Dr. Paul Diesener, Gailingen
- Werner Fulle, Emmering
- Meike Grimm, Sprockhövel
- Dr. Benjamin Grolle, Hamburg
- Dr. Martin Groß, Oldenburg
- Maria-Cristina Hallwachs, Stuttgart
- Dr. Sven Hirschfeld, Hamburg
- Anja Hoffmann, LL.M. Eur., Berlin
- Oliver Jünke, Berlin
- Dr. Maria Panzer, Unterhaching
- Marcel Renz, Heidelberg
- Dr. Simone Rosseau, Potsdam/Bad Belzig
- Dr. Karsten Siemon, Schmallenberg-Grafschaft
- Dr. Matthias Wiebel, Heidelberg
- Dr. Kurt Wollinsky, Ulm

Deutsche Fachpflege Gruppe

Qualität verbindet.

Die Deutsche Fachpflege Gruppe ist mit rund 3.200 Mitarbeitern und über 620 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

Zum Vergütungsanspruch eines Pflegedienstes für Leistungen der ambulanten Intensivversorgung

Wenn eine Leistung in Anspruch genommen wird, muss sie auch bezahlt werden. Diesem Grundgedanken hat das BSG mit Urteil vom 20. April 2016, Aktenzeichen B 3 KR 18/15 R eine Absage erteilt. Streitig war die Vergütung von nachweislich erbrachten Leistungen der ambulanten Intensivpflege für zwei Monate.

Der bei der beklagten Krankenkasse Versicherte benötigte laut ärztlicher Verordnung 24 Stunden Leistungen der ambulanten Intensivversorgung, da eine kontinuierliche Beobachtung medizinisch zwingend erforderlich sei. Der ihn versorgende, klagende Pflegedienst hatte eine Zulassung nach § 132a Abs. 2 SGB V im Land Brandenburg, erbrachte seine Leistungen der Intensivpflege aber (auch) im Raum Berlin. Dort wohnte auch der in diesem Verfahren streitgegenständliche Versicherte.
Der Pflegedienst beantragte bei der Krankenkasse die Kostenübernahme für häusliche Krankenpflege im Umfang von 24 Stunden täglich. Nach Anforderung der Pflegedokumentation führte der MDK aus, dass eine kontinuierliche Krankenpflege nicht erforderlich sei, die Beklagte lehnte die Leistung häuslicher Krankenpflege ab. Daraufhin klagte der Pflegedienst gegenüber der Beklagten für die Zeit vom 1. Oktober 2008 bis 19. November 2008 insgesamt 1187 Stunden häuslicher Krankenpflege zu einem Stundensatz von 35 Euro (insgesamt 41 545 €) zur Zahlung ein, die er ihr zuvor in Rechnung gestellt hatte.
Die Klage blieb vor dem Sozialgericht erfolglos, auf die Berufung der Pflegedienstes wurde die Krankenkasse verurteilt, an ihn einen Betrag in Höhe 29 041,50 € (ortsübliche Vergütung auf der Basis eines Stundensatzes von 28,50 €) zu zahlen.
Das Bundessozialgericht (BSG) verneinte erneut einen Vergütungsanspruch des Pflegedienstes vollständig, unter Verweis auf § 132a Abs. 2 Satz 1 SGB V (a.F.), wonach ein Vergütungsanspruch des Leistungserbringers einen Vertrag mit der Krankenkasse voraussetze.
Diese Voraussetzungen für den Vergütungsanspruch des klagenden Pflegedienstes lagen für die streitgegenständliche Forderung mangels eines vereinbarten Versorgungs- und Vergütungsvertrags zwischen ihm und der Krankenkasse nicht vor.
Weitere Grundlagen, die die Zahlung der nachweislich erbrachten Leistungen begründen würden, lehnte das BSG ab. Dies gelte insbesondere für Ziff. 26 HKP-Richtlinie, wonach die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132a Abs 2 SGB V trägt, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.
Denn diese Regelung stelle keine vom Vertrag nach § 132a Abs. 2, Satz 1 (a.F.) SGB V unabhängige Anspruchsgrundlage für den Vergütungsanspruch dar, sondern setze grundsätzlich ebenfalls eine vertragliche Vereinbarung zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse voraus. Insbesondere erweitere die Regelung der Ziff. 26 HKP-Richtlinie nicht den Kreis von leistungsberechtigten Pflegedienste in einem Bundesland, soweit diese dort keine (Grund-) Zulassung hätten.
Der Wortlaut der Regelung der Nr 26 HKP-RL knüpfe ausdrücklich an einen mit dem Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege geschlossenen Vergütungsvertrag nach § 132a Abs. 2, Satz 1 (a.F.) SGB V an. Bereits aus dem Wortlaut des Gesetzes werde auch deutlich, dass die Krankenkassen die Versorgung ihrer Versicherten mit häuslicher Krankenpflege durch den Abschluss von Verträgen nach § 132a Abs. 2 SGB V sicherstellen.
Gerade auch im Bereich der häuslichen Krankenpflege über 24 Stunden täglich könne daher eine Leistung nur dann dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen, wenn sie auf einer konkreten Vergütungsvereinbarung beruht. Das wird nicht nur an der Komplexität der Leistung deutlich, sondern auch daran, dass bei nachträglicher Festsetzung einer angemessenen Vergütung unklar bleibt, ob diese an den üblichen Verträgen der Klägerin oder der Beklagten oder der Ortskrankenkasse am Wohnsitz des Versicherten zu bemessen ist.
Ohne jede vertragliche Beziehung zwischen der Krankenversicherung und dem Leistungserbringer nach § 132a Abs. 2 SGB V kommt nach Auffassung des BSG ein Vergütungsanspruch für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur in ganz besonderen Ausnahmefällen in Betracht. Ein solcher Ausnahmefall kann sich indessen nach Auffassung des BSG nicht daraus ergeben, dass die Klägerin möglicherweise einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungs- und Vergütungsvertrages in dem entsprechenden Bundesland hatte, weil sie die Anforderungen erfüllt hätte.
Fazit:
In der beschriebenen Versorgungs- bzw. Fallkonstellation sind Pflegedienste zukünftig gut beraten, genau zu prüfen, ob bzw. mit welchem Kostenträger in dem Bundesland, in dem der zu versorgende Versicherte wohnt bzw. versorgt werden soll, eine Zulassung besteht. Die vom BSG geforderten vertraglichen Vereinbarungen können dabei zwischen Leistungserbringer und Kostenträger direkt oder auf Verbandsebene geschlossen werden, ggf genügt auch eine schriftliche Vereinbarung nur für einen konkreten Einzelfall mit der betroffenen Krankenkasse.
Andernfalls bleibt nur der Weg über den Versicherten selbst: die Krankenkasse hat nach § 37 Abs. 4 SGB V dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft für die häusliche Krankenpflege in angemessener Höhe zu erstatten, wenn sie selbst keine Kraft stellen kann oder Grund besteht, davon abzusehen. § 13 Abs. 3 SGB V gewährt dem Versicherten ebenfalls einen Anspruch auf Kostenerstattung für die selbstbeschaffte Leistung, der auch als Anspruch auf Freistellung von Kosten anerkannt ist, soweit eine Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann. Der Versicherte ist also, für den Fall einer unaufschiebbaren Leistung, berechtigt, sich die Leistung zu Lasten der Krankenversicherung durch einen geeigneten, vertragslosen Leistungserbringer selbst zu beschaffen. Auf diesem Weg erwirbt aber lediglich der Versicherte, nicht der Leistungserbringer, (Zahlungs-)Ansprüche gegen die Krankenkasse.

Anja Hoffmann, LL.M. Eur.
Rechtsanwältin
www.hoffmann-kanzlei-berlin.de

Brandschutz in Pflegeeinrichtungen

Die Brandgefahr in Pflegeeinrichtungen stellt eine ernste Bedrohung für Pflegeeinrichtungen dar. Eine Feuer- und Feuer-Betriebsunterbrechungsversicherung kann vielleicht den materiellen Schaden eines Brandes ausgleichen, aber ungleich schwerer wiegen die nicht ersetzbaren Verluste, wie z.B. solche an Leben, Gesundheit und Lebensqualität. Man muss durchaus immer mit dem Ausbruch eines Brandes rechnen.

Zur Brandgefahr gibt es in einem Gerichtsurteil folgende Aussage: „Es entspricht der Lebenserfahrung, dass mit der Entstehung eines Brandes praktisch jederzeit gerechnet werden muss. Der Umstand, dass in vielen Gebäuden jahrzehntelang kein Brand ausbricht, beweist nicht, dass keine Gefahr besteht, sondern stellt für die Betroffenen einen Glücksfall dar, mit dessen Ende jederzeit gerechnet werden muss!“ (OVG Münster 10A 363/86)
Der Brandgefahr in Einrichtungen kann durch vorbeugende Brandschutzmaßnahmen wirksam begegnet werden. Sinnvolle Investitionen in bauliche Maßnahmen und technische Einrichtungen, verbunden mit organisatorischen Maßnahmen, ermöglichen einen sicheren Betrieb. Dies gilt nicht nur für Neubauten; auch in bestehenden Einrichtungen können mit geeigneten Maßnahmen Verbesserungen erreicht werden.
Einrichtungen zur Unterbringung oder Behandlung von Personen weisen als gemeinsame Besonderheit auf, dass sich in ihnen eine große Zahl von Menschen befindet, die in ihrer Mobilität eingeschränkt sind. Im Gefahrfall sind diese besonders gefährdet, da sie nicht in der Lage sind, sich aus eigener Kraft in Sicherheit zu bringen. Von den Beschäftigten dieser Einrichtungen wird in einer solchen Situation erwartet, dass sie sich an den erforderlichen Rettungsmaßnahmen beteiligen. Die größte Bedrohung für die im Gebäude befindlichen Personen und Sachwerte wird durch die bei einem Brand entstehenden Rauchgase verursacht. Dichter Rauch verhindert die Orientierung flüchtender Personen; toxische Inhaltsprodukte schädigen deren Gesundheit. Insbesondere die eingeschränkte Mobilität verlangt nach besonderen Schutzkonzepten, die insbesondere auf eine Verlängerung der zur Verfügung stehenden Eingreifzeit abzielen.
Ein wirkungsvoller Brandschutz kann nur durch ein auf die jeweilige Einrichtung angepasstes Brandschutzkonzept erreicht werden, in dem die einzelnen Schutzmaßnahmen aufeinander abzustimmen sind. Ein Brandschutzkonzept führt alle erforderlichen baulichen, technischen und organisatorischen Maßnahmen zusammen, um den Ausbruch eines Brandes und dessen Ausbreitung zu verhindern und eine rechtzeitige Rettung zu ermöglichen.
Prüfen Sie, ob es bereits ein Brandschutzkonzept für Ihre Einrichtung gibt.
Die Brandschutzordnung ist ein Teil des Brandschutzkonzeptes. Sie ist eine Zusammenstellung aller für die Einrichtung geltenden organisatorischen Regelungen zur Verhinderung und Begrenzung von Bränden und deren Folgen sowie der sicheren Rettung von Personen. Jede Einrichtung muss eine individuelle Brandschutzordnung mit einem darin integrierten Notfallplan (Alarmplan) erstellen.
Die Gliederung einer Brandschutzordnung ist genormt.
Sie besteht aus den drei Teilen A, B und C. Zuständige Feuerwehren und andere Brand- und Arbeitsschutzfachleute können Sie bei der Erstellung der Brandschutzordnung unterstützen. Die Alarmvorkehrungen können auch für andere Notfälle, zum Beispiel Bombendrohung oder andere kriminelle Delikte, eingesetzt werden.

Teil A
richtet sich an alle Personen, die sich in Ihrer Pflegeeinrichtung – beispielsweise auch nur kurzzeitig – aufhalten (zum Beispiel Gäste). Der Alarmplan muss frei zugänglich ausgehängt und allen Beschäftigten bekannt gegeben werden.

Teil B
richtet sich an Personen, die sich regelmäßig in den Gebäuden aufhalten (Pflegepersonal, Personen im Haushandwerk). Er ergänzt den Teil A und muss in geeigneter Form bekannt gemacht werden (zum Beispiel in Pausen-/Aufenthaltsräumen, Intranet). Teil B sollte über Brandverhütung, Brand- und Rauchausbreitung, Evakuierungszonen, Flucht- und Rettungswege und Sammelplätze informieren.
Er sollte möglichst mit individuellem Grundriss des Stockwerks und mit individuellen Fluchtwegen aus dem betreffenden Raum ergänzt werden. Ferner sollte er Regelungen zum Verhalten im Brandfall enthalten – z.B. Brandmeldung, Alarmsignale, Evakuierung der Pflegebedürftigen,

Löschversuche. Der Text sollte kurzgehalten und Überflüssiges weggelassen werden.
Auf Grundlage des Teils B sind alle Betroffenen regelmäßig zu unterweisen.

Teil C
richtet sich an alle Personen, die besondere, von der Leitung oder dem Träger übertragene, Aufgaben beim Brandschutz haben (zum Beispiel Einrichtungsleitung, Personen im Haushandwerk, Brandschutzbeauftragte). Hier wird festgelegt, wer Verantwortung für die Planung, Durchführung und Überwachung des vorbeugenden Brandschutzes übernimmt.
Zum Beispiel: Wer mit der Räumung des Hauses und der Evakuierung betraut worden ist. Wer die vollständige Räumung kontrolliert – insbesondere die Vollzähligkeit der Bewohner und Bewohnerinnen, der Beschäftigten sowie der Gäste.
Wer die Zufahrt zum Grundstück öffnet, die Feuerwehr einweist und über die aktuelle Lage informiert.
Hier sind einige Anhaltspunkte, die bei der Erstellung der Brandschutzordnung Berücksichtigung finden sollten:
Offenes Feuer, zum Beispiel das einer Kerze, muss einen sicheren Abstand zu brennbaren Materialien haben und immer beaufsichtigt werden. Adventskränze sollten auf einer nichtbrennbaren Unterlage stehen, zum Beispiel einer Tortenplatte aus Glas. Teelichter können zum Beispiel in wassergefüllten Gläsern oder Windlichtern aufgestellt werden. Vor dem Verlassen der Einrichtung immer prüfen, ob alle Kerzen gelöscht sind.
Das Pflegepersonal sollte in der Zusammenarbeit mit der örtlichen Feuerwehr, im Umgang mit Feuerlöscheinrichtungen und in der Bekämpfung von Entstehungsbränden geschult werden. Sie sollten regelmäßig in Brandschutzseminaren zu folgenden Themen geschult werden:

- Gefahren durch einen Brand
- Grundlagen der Verbrennung
- Erkennen von Brandursachen
- Brand- und Rauchausbreitung
- vorbeugende Schadensverhütung
- Evakuierungsübungen
- Einsatz von Feuerlöschmitteln und
- spezifische Gegebenheiten der Einrichtung

Für Pflegebedürftige, die nicht mehr selbst mobil oder orientierungslos sind, sollte pro Bett ein Rettungstuch eingelegt werden. Die Handhabung eines Rettungstuches sollte im Rahmen der Brandschutz- und Evakuierungsübungen geübt werden, zum Beispiel mit einer Person, die die Rolle des pflegebedürftigen Menschen übernimmt.

Feuerlöscher
Pro Etage muss mindestens ein Feuerlöscher an einem deutlich gekennzeichneten Standort vorhanden sein. Die Entfernung zum Feuerlöscher darf maximal 20 m betragen. Er sollte maximal 6 bis 9 Kilogramm wiegen und in Griffhöhe angebracht sein. Die Feuerlöscher müssen alle 2 Jahre von einem Sachkundigen geprüft werden. Zu empfehlen sind Wasser- oder Schaumlöscher für die Brandklassen A und B. Für Küchen sind Löscher mit einer Kennzeichnung für die Brandklasse F (Speiseölbrände) geeignet. Andere Feuerlöscher, wie z.B. Wasser-, aber auch Schaumlöscher, die Wasser enthalten, dürfen nicht bei Fett- und Ölbränden verwendet werden, da es zu einer Fettexplosion kommt, wenn Wasser auf brennendes Fett trifft.
Bei der Ermittlung der erforderlichen Art und Anzahl kann Ihnen die Fachkraft für Arbeitssicherheit oder der Brandschutzbeauftragte helfen.

Rettungswege
Die Länge der Rettungswege bis ins Freie oder bis zur Tür eines notwendigen Treppenraumes darf von keiner Stelle eines Aufenthaltsraumes aus mehr als 30 m betragen. Flure, die nur nach einer Seite verlassen werden können (Stichflure) dürfen maximal eine Länge von 10 m haben. Notwendige Flure von mehr als 30 m Länge sind durch nicht abschließbare, rauchdichte und selbstschließende Türen zu unterteilen. Werden die Türen aus betrieblichen Gründen offengehalten, sind zugelassene Feststellanlagen einzubauen. Brand- und Rauchschutztüren dürfen nicht außer Funktion gesetzt werden, wie zum Beispiel durch Feststellung mit Holzkeilen. Die Ausbreitung von Rauch und Feuer kann durch rauchdichte Türen, Wände und Decken verhindert werden.
Flucht und Rettungswege müssen rauchfrei bleiben und frei von Brandlasten sein. Brandlasten sind Gegenstände und Materialien, wie z.B. Papierkörbe, Sitzecken, Holz- oder Kunststoffverkleidungen, Elektrogeräte.
Flure im Verlauf von Fluchtwegen müssen freigehalten und dürfen nicht verengt werden. Bei Einrichtungen mit mehreren Etagen sollte ein zweiter baulicher Flucht- und Rettungsweg vorhanden sein, der ins Freie oder in einen gesicherten Bereich führt. Dies kann beispielsweise eine Nottreppe, ein Balkon oder ein Podest sein.
Notausgänge müssen jederzeit ohne Hilfsmittel zu öffnen sein und in Fluchtrichtung aufschlagen.

Hier noch einige praktische Tipps:
Sichern Sie die Stromversorgung der Elektrogeräte beispielsweise in Teeküchen gegen unbefugtes Benutzen durch Bewohner und Bewohnerinnen, Elektrogeräte, die eine hohe Temperatur erzeugen, zum Beispiel Wasserkocher oder Toaster, sollten nur auf einer nichtbrennbaren Unterlage aufgestellt werden.
Durch Reduzierung von Brandlasten kann eine Brandausbreitung reduziert werden. Häufig werden Lampen oder Lichterketten in Verbindung mit Dekorationsmaterialien verwendet. Die durch die Leuchtkörper entstehende Wärme kann besonders Synthetikstoffe oder Papier entzünden. Deshalb sollten Dekorationen aus nichtbrennbaren beziehungsweise schwerentflammbaren Materialien bestehen. Kunststoffe beziehungsweise Kunstfasern sollten vor allem in Bereichen der Decken (beispielsweise für Baldachine) nicht verwendet werden. Sicherheitsabstände von Lampen zu brennbaren Materialien müssen unbedingt beachtet werden.

Guido Rickert
Brandschutzbeauftragter

Quellen:
„Krankenhäuser, Pflegeheime und ähnliche Einrichtungen zur Unterbringung oder Behandlung von Personen Richtlinien für den Brandschutz“ VdS 2226 : 2008-01 (04)
Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. (GDV) Verlag: VdS Schadenverhütung GmbH
https://www.bgw-online.de/SharedDocs/Downloads/DE/Arbeitssicherheit_und_GesundheitsschutzGesund-und-sicher-Arbeiten/Sichere-Seiten/Pflege/Brandschutz
Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege

Unterstützung der Pflege durch Digitalisierung

Die Unterstützung der Pflege durch intelligente Technik wird derzeit allerorts diskutiert. Auch beim MAIK war es unter verschiedenen Blickwinkeln Thema.

In seinem Vortrag „Unterstützung des Pflegeprozesses in der ambulanten intensivpflege durch Augmented Reality-Datenbrillen“ stellte Heinrich Recken von der Hamburger Fern-Hochschule das Projekt „Pflege mit Durchblick: Die Pflegebrille zur Unterstützung professionell und informell Pflegender in der ambulanten Intensivpflege“ vor, das seit Mai 2016 läuft und im April 2019 beendet wird. Sein Hauptziel ist die Entwicklung von Lösungen zur Unterstützung des Alltags in der Intensivpflege. Bei der Datenbrille geht es um eine Technologie zur intelligenten Erweiterung der menschlichen Realitätswahrnehmung: Informationen stehen schnell und komfortabel zur Verfügung – sie können visuell oder auditiv in das Sichtfeld einer Datenbrille eingebracht werden. Das Referat ist, wie viele andere Vorträge beim MAIK, auf der Kongresshomepage im Downloadbereich eingestellt. Weitere Informationen unter www.pflegebrille.de

Heinrich Recken, Hamburger Fern-Hochschule

Kick-off zur XPOMET© Convention

Zum Auftakt der XPOMET© Convention für Innovation und Hightech in der Medizin, die vom 21. - 23. März 2018 in Leipzig stattfinden wird, veranstaltete der Verband digitale Gesundheit e.V. (VdigG), der offizielle Co-Host der XPOMET©, am 22.11.17 einen Kick-off mit Podiumssitzung zu digitaler Vernetzung und Interoperabilität im deutschen Gesundheitswesen in Berlin.

Nach der Begrüßung durch XPOMET©-Gründer und VdigG-Vorstandsvorsitz Ulrich Pieper stellte Prof. Dr. Arno Elmer (Vorstand Strategie & Markt) das Projekt InterX.0- A Patient’s Journey vor, das im Zentrum der Future Health Ausstellung der Convention im März 2018 stehen wird. Dieses Projekt im Bereich Digital Health & Big Data behandelt die Schaffung von Schnittstellen und den unkomplizierten Datenfluss in einem idealen Patientenparcours sowohl in einer Kunstinstallation vor Ort als auch in einem dazugehörigen Think Tank. Zunächst stellten Vertreter der am InterX.0-Projekt teilnehmende Unternehmen, Christian Klose (AOK Nordost), Torsten Schoch (CompuGroup Medical), Benedikt Kurz (Garmin Health), Marcus Beck (Tiani Spirit), Heiko Mania (NursIT Institute) und Prof. Guido Noelle (gevko), ihre Lösungen für Patienten und medizinisches Fachpersonal vor sowie die Herausforderungen der Interoperabilität.
Dass Digitalisierung inzwischen auch im Gesundheitswesen eine große Rolle spielt, die insbesondere von der neuen Generation gefordert werden wird und mit der sich die Akteure des Gesundheitswesens früher oder später auseinandersetzen müssen, waren sich Experten und Publikum einig. “Digitalisierung wird nicht verschwinden, nur weil der Elektrofachmarkt wieder Schallplatten anbietet”, unterstrich Christian Klose die digitale Bewegung. Zunächst müsse eine Akzeptanz durch das Aufzeigen von Mehrwerten in der Nutzung von digitalen Lösungen geschaffen werden, so Torsten Schoch. Erst dann könne die technische Umsetzung beginnen.
Publikum und Experten waren sich einig, dass digitale Lösungen und die Nutzung von gesammelten Daten und Informationen am Ende dem Wohl desjenigen dienen sollten, der bei der Diskussion im Fokus stehen sollte: dem Patienten. Voraussetzung dafür ist jedoch ein kultureller und mentaler Wandel- den Anstoß dazu wollen die XPOMET© und der Verband digitale Gesundheit e.V. geben.

Mehr unter: www.xpomet.com

Neue Technologien und künstliche Intelligenz sind schon mitten unter uns

Über die Digitalisierung Krankheit und Tod überwinden, ist das Ziel der Transhumanisten. Erstmals in diesem Jahrhundert ist es möglich, dass Mensch und Maschine verschmelzen. Technik ist dann nicht mehr nur Hilfsmittel, sondern könnte z.B. unsere „Hardware“, also unseren Körper, ersetzen.

Der Journalist Mark O'Connell beobachtet bei der DARPA Robotics Challenge, bei der sich führende Robotikingenieure der Welt treffen, am Stand der Firma Softbank Robotics, wie ein Humanoid, gerade mal einen Meter groß, dazu überredet werden soll, ein dreijähriges Mädchen zu umarmen. „Pepper, bitte umarme das kleine Mädchen,“ wird ihm empfohlen. Doch immer wieder antwortet Pepper in einer angenehm kindlichen Stimme, dass er nicht verstehe. Nach mehreren Aufforderungen hebt Pepper endlich den Arm und rollt auf das Kind zu, um es zu umarmen. Dieser Roboter, so erfährt man, soll bald in der Kundenbetreuung in einem Handygeschäft eingesetzt werden. Aber dies ist nur einer die vielen Aspekte der Digitalisierung, der in dem Buch „Unsterblich sein. Reise in die Zukunft des Menschen“ zur Sprache kommt. Es geht um viel weitreichendere Ziele: Den Sieg über Krankheit und Tod.

Denn müssen wir uns damit abfinden, dass wir endlich sind? Nein, sagen Anhänger des Transhumanismus, die den Vergleich des Menschen mit einer Maschine auf die Spitze treiben. Wenn man Einzelteile durch Technik ersetzen kann, warum dann nicht schließlich den ganzen Menschen? Ist der Körper schadhaft, könnte man die Daten aus seinem Gehirn hochladen ... in eine Cloud, in einen anderen Körper, in einen Avatar. Auf der dunklen Seite des Silicon Valley wird längst damit experimentiert. O'Connell suchte Kontakt zu den Wissenschaftlern und Aktivisten, die an verschiedenen Ansätzen arbeiten, den Menschen unsterblich zu machen.

Das Bedürfnis des Menschen, seine natürlichen Grenzen zu überwinden ist nicht neu. Schon Ikarus träumte davon, und Leonardo da Vinci konstruierte einen mechanischen Ritter. Aber erst jetzt im 21. Jahrhundert arbeiten Transhumanisten daran, Mensch und Maschine miteinander zu verschmelzen. Vieles kennt man aus Science-Fiction-Filmen. Doch liest man O'Connells Reportagen, dann wird einem bewusst, wie fieberhaft daran gearbeitet wird, diese Ideen zu verwirklichen. Und es fließen Milliarden in diese Projekte. Beispielsweise kostet es Unsummen, sich direkt nach dem Tod einlagern zu lassen, bis man wieder zum Leben auferweckt werden kann. So besuchte der Autor die Alcor Life Extension Foundation in Phoenix, die größte der vier Einrichtungen zur kyrostatischen Lagerung weltweit. 117 „Patienten“ sind in der sog. „Pflegestation“ in hohen rostfreien Stahlzylindern aufbewahrt. Inzwischen werden auch nur die Schädel samt Gehirn aufbewahrt.

„Wenn dieser Körper versagt, brauchen wir einen anderen. Man kann jeden Moment sterben, und das ist unnötig und inakzeptabel. Als Transhumanist habe ich keine Achtung vor dem Tod. Ich habe keine Geduld für ihn, und er ärgert mich. Wir sind eine neurotische Spezies – aufgrund unserer Sterblichkeit, weil der Tod uns ständig im Nacken sitzt“, sagt Natasha Vita-More, Leiterin der Gruppe Humanity Plus. Ein wichtiger Pfeiler des Transhumanismus, dieser Denkrichtung, die Grenzen menschlicher Möglichkeiten, sei es intellektuell, physisch oder psychisch, durch den Einsatz technologischer Verfahren erweitern möchte, ist die Vorstellung des entkörperlichten Bewusstseins. Dieses könnte man beispielsweise in künstliche, humaniode Körper einspeisen.

Hier sind Akteure am Werk, die beispielsweise über die Entwicklung und den Verkauf des vollautomatischen Bezahldienstes PayPal viel Geld gemacht haben und nun in diese Forschung stecken. Das Buch eröffnet den Blick in eine andere Welt, zeigt mächtige Bewegungen, die im Hintergrund agieren und unsere Welt völlig verändern werden. Die Stärke des Buchs liegt daran, dass der Autor durch seine persönliche Recherche nicht nur die Ziele der Anhänger des Transhumanismus beschreibt, sondern auch den Menschen sehr nahekommt, die hinter dieser Idee stehen und die Auskunft über ihre Beweggründe geben.

Man sollte sich nichts vormachen, technische Entwicklungen benötigen inzwischen nicht mehr Jahrhunderte. Sie vollziehen sich immer schneller. Technische Intelligenz könnte uns über kurz oder lang überholen und von uns nicht mehr zu kontrollieren sein. Roboter, die heute noch tollpatschig daher kommen, werden nach immer neuen Updates schneller als erwartet uns Menschen in vielen Bereichen ersetzen.

Wir müssen uns diesen Fragen stellen, denn Technologie kann Krankheiten besiegen, Fähigkeiten potenzieren, sie kann aber auch alles Leben auslöschen. Es gibt übrigens schon Experimente mit Theaterstücken, die von Künstlicher Intelligenz geschrieben wurden! Deshalb vorsichtshalber die Anmerkung: Dieses Buch ist (noch) von Menschenhand geschrieben - und das wirklich hervorragend und sehr erhellend!

Dr. Maria Panzer

Mark O'Connell, Unsterblich sein. Reise in die Zukunft des Menschen. Aus dem Englischen von Sigrid Schmid. Carl Hanser Verlag München 2017, 306 Seiten, Preis 24,00 Euro

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.

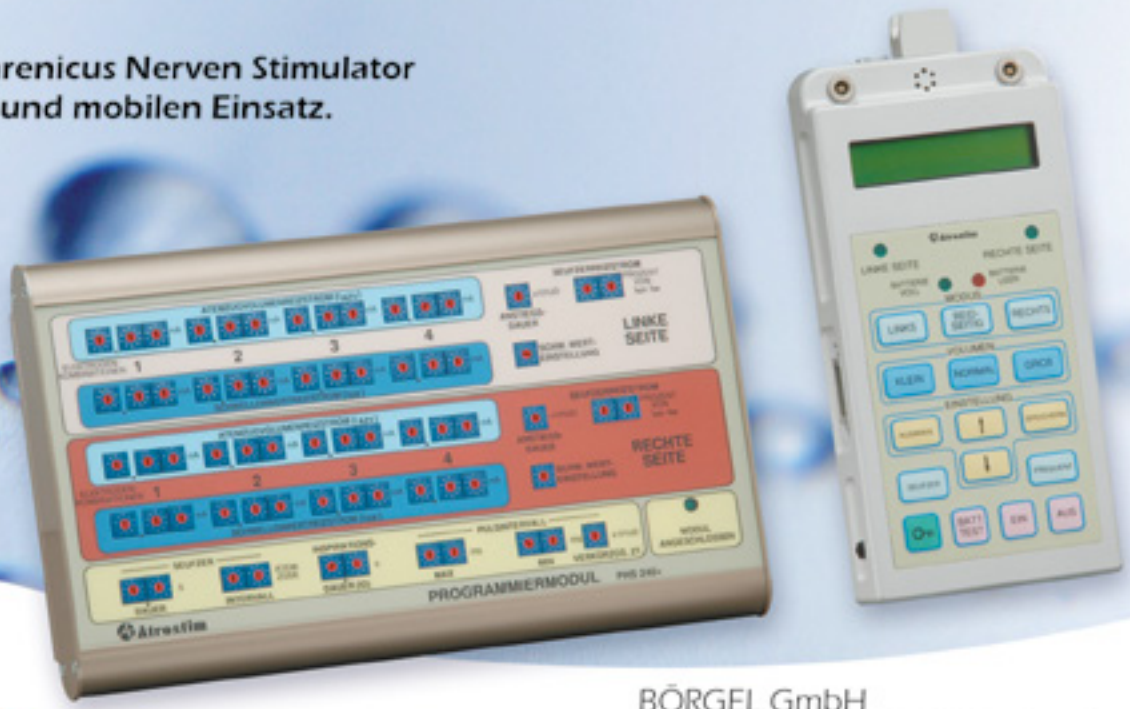
Unsere Leistungen:

- 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

Wie kann Fürsorge im digitalen Zeitalter aussehen und wo liegen die ethischen Grenzen?

Auf der 4. Berliner Pflegekonferenz im November 2017 ging es unter anderem um die Frage, welche Einflüsse die Digitalisierung auf die Pflege haben wird. Im Eingangsbereich stand ein Exemplar des humanoiden Roboters Pepper, der Menschen und deren Mimik und Gestik analysiert, um auf diese Emotionszustände zu reagieren. Über die Zukunft der Pflege im digitalen Zeitalter referierte der Philosoph, Publizist und Buchautor Professor Richard David Precht.

„Das Thema Pflege wird jeden von uns mit einer recht hohen Wahrscheinlichkeit irgendwann persönlich betreffen", so Yves Rawiel, Geschäftsführer von spectrumK und Initiator der Berliner Pflegekonferenz. „Sei es, weil wir einen Angehörigen pflegen oder weil wir selber pflegebedürftig werden." Die eigentliche Motivation der Pflege ist die Fürsorge für Menschen, die Hilfe benötigen. Was aber bedeutet das in unserer heutigen Zeit und vor dem Hintergrund zunehmender Arbeitsbe-und-überlastung?
Welche Rolle spielt hier der Trend der Digitalisierung? Dieser Frage ging Prof. Richard David Precht in seinem Vortrag nach. Selbstverständlich könnten Roboter Arbeiten in der Pflege erleichtern, beispielsweise das Anheben von schweren Menschen. Auch sei es schon möglich, ein Bett in einen Rollstuhl zu verwandeln. Aber was ist mit Psychorobotern, beispielsweise mit dieser Robbe, die man Menschen mit einer Demenzerkrankung in die Arme drücke? Würde man es nicht für verwerflich erachten, wenn auf offener Straße ein schwerstbehinderter Mensch, selbst wenn er es nicht begreift, verspottet würde? Tut man dies nicht auch durch den Einsatz dieser Roboter-Robbe? Verstößt es immer dann gegen die Menschenwürde, wenn menschliche Zuwendung substituiert wird? Bis an welche Grenze ist Digitalisierung noch ethisch vertretbar, ab wann nicht mehr? Es sei nicht Aufgabe von Philosophen, eine „ethische DIN-Norm" aufzustellen. Dies könnten sie gar nicht, aber man müsse Denkanstöße geben. Was die Digitalisierung betreffe, würden z.B. die Politiker nur reagieren. Wer habe schon den Weitblick, um wichtige Weichen in diesem Bereich zu stellen? Es sei wichtig, ein Problembewusstsein dafür zu entwickeln, dass die Digitalisierung in der Pflege ein zweischneidiges Schwert sei.
Schon jetzt befänden wir uns inmitten eines großen Umbruchs. In vielen winzigen Schritten würden die Grenzen immer weiter verschoben. Diesen Prozess hätte man zuerst in der Umweltforschung beobachtet, der unter dem Begriff „Shifting Baselines" in die Wissenschaft einging. Er besagt, dass sich die Orientierungspunkte, anhand derer Menschen ihre Umwelt beurteilten, schleichend verschöben. Dies sei in vielen anderen Bereichen zu beobachten. Die Folgen dieser vielen kleinen Schritte können gravierend sein. Wir befänden uns in einem Übergang in eine neue Epoche vergleichbar mit der Industriellen Revolution. Ein Blick in die Geschichte zeige, dass solche Umbrüche große Kollateralschäden, Schäden an der Menschheit und einen inhumanen Umgang mit den Menschen zur Folge hätten. Zudem würde alles immer noch mehr spezialisiert, institutionalisiert und individualisiert. Aufgrund dessen hätten immer weniger Menschen Platz in ihrem Leben, ihre eigenen Eltern zu pflegen. „Institutionen, in der nur Pflegebedürftige sind und Leute, die sie pflegen, sind selten Orte, die besonders inspirierend sind und zum Weiterleben motivieren", so Precht. Die Gewinnorientierung von Pflegeheimen sei nicht das alleinige Problem. Aber wenn sie der einzige Maßstab wird, wird es inhuman.
Zwar ging Precht in seinem aufrüttelnden Vortrag hauptsächlich auf ältere Menschen ein, denen man in der Gesellschaft wieder eine aktive Rolle geben müsse, aber was die Institutionalisierung angeht, trifft dies auch Menschen mit Behinderung und/oder Intensivpflegebedürftigkeit zu.
Weil die Digitalisierung immer mehr Arbeitsplätze ersetzen würde und damit die Menschen in Zukunft mehr Zeit hätten, sprach sich Precht für die Einführung von zwei sozialen Pflichtjahren in Deutschland aus: Eines nach dem Schulabschluss und das andere, bevor man in Rente gehe. Letzteres mit der Einschränkung, weniger Stunden zu leisten und sich auch befreien lassen zu können. „Für nachfolgende Generationen ist das, was man dem Staat schuldet, immer weniger geworden. Aber es kann durchaus auch ein schönes Gefühl sein, seine Pflicht zu tun", sagte Precht.
Die nächste Berliner Pflegekonferenz „Aus der Praxis - für die Praxis" ist am 8. und 9.11.2018. Dort wird die Diskussion um Fürsorge im digitalen Zeitalter fortgesetzt.
Mehr zur Berliner Pflegekonferenz unter:
www.berliner-pflegekonferenz.de

Prof. Richard David Precht beim Signieren seiner Bücher zum Abschluss der Berliner Pflegekonferenz

OXYCARE Medical Group GmbH
FON +49(0)421 48 99 66 • www.oxycare.eu

OXYCARE • GERMANY
A.R.U. Medizin-Technik • GERMANY
OXYCARE • AUSTRIA

Asthma Bronchitis COPD Migräne
THERAPIEGERÄTE
Schlafapnoe Herzschwäche Wunde
Neuromuskulär Krebs

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

Beatmung mit speziellen Modi

prisma VENT30/40/50

NEU: prisma VENT mit COPD-Modi

- AT-C: AirTrap Control gegen Lungenüberblähungen (Intrinsic PEEP) insb. bei COPD
- Exspiratorische Druckrampe, Wirkprinzip ähnlich der sog. „Lippenbremse“
- LIAM: Lung Insufflation Assist Maneuver (VENT50)

BiPAP A40 Silver Series

Mit Modus AVAPS-AE, mit automatischer Anpassung des EPAP

TRENDvent physio AMT + AP

Mit integrierter Physiotherapie AMT (AtemMuskel-Training) und AP (AtelektasenProphylaxe), erleichtert das Weaning.

Nasaler High-Flow

auch ambulant, Homecare und leihweise

MyAirvo2 mit Optiflow+

Auch bei **Lungenentzündung.** Sauerstoffbeimischung möglich, mit Pädiatrie-Modus

O3T-Clean mit Akku
Ozon Desinfektionsgerät

Messe-Neuheit 82,77 € *

Desinfizieren Sie Geräte und Zubehör (z.B. Schläuche, Masken) einfach und komfortabel auf Knopfdruck, ohne Chemikalien.

Absaugung

ASSKEA /Clario/VacuAide 7314

Saugleistung bis 30 l/min, auch mit Akku

Thromboseprophylaxe

Verschiedene Geräte:

Doctus/A-V Impulse/SCD 700

Apparative Kompressionstherapie mit Erhöhung von Blut-/ und Lymphfluss auch im Liegen., z.B. bei Immobilität.

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

Bundesweiter Service:

- Schnelle Patientenversorgung
- 24h technischer Notdienst

Atemtherapiegeräte + Inhalation

IPPB Alpha 3er-Serie + PSI

IPPB Atemtherapie mit Inhalation: PSI

Intermittend **P**ositive **P**ressure **B**reathing
- Prä- und postoperatives Atemtraining
- Einstellbarer Exspirationswiderstand (Lippenbremse, Intrinsic PEEP, Air Trapping)
- **PSI = P**ressure **S**upport **I**nhalation, dadurch Erhöhung der Medikamentendeposition

m-neb pressure+ Membranvernebler

- Inhalation atemzuggesteuert oder mit Dauerflow
- Maximaler Wirkungsgrad durch ideale Tröpfchengröße durch Mesh-Verneblung
- Durch Atemzugsteuerung weniger Medikamentenverbrauch z.B. bei ICS (Inhalative Kortikosteroide) somit weniger systemische Nebenwirkungen

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

Sekretolyse

VibraVest

4.200,00 € *

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

GeloMuc/Flutter/RespiPro
PowerBreathe Medic
Quake/RC-Cornet
PersonalBest - Peak-Flow-Meter

Mobilität

Rollstuhl FreedomChair A08
der faltbare, elektrische Rollstuhl

- Gewicht nur 23,5 kg
- Geschwindigkeit 6 km/h
- Bedienung mit Joystick
- Bis zu 3 Akku gleichzeitig möglich (15-45 km Reichweite)

LIMBO Dusch- und Badeschutz

- wiederverwendbar, langlebig
- hochwertige Materialien und Verarbeitung

Anwendung: Verbände, Gips, Wunden, Tape

Shop ab 15,55 € *

Preisänderungen / Druckfehler vorbehalten - Abb. können abweichen

*** zzgl. MwSt.**

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 · Shop www.oxycare.eu

Auszeichnung für menschenähnlichen Roboter

Die Preisträger des diesjährigen Deutschen Zukunftspreises haben ein neuartiges Konzept für kostengünstige, flexible und intuitiv bedienbare Roboter entwickelt. Es soll die Automaten zu Helfern des Menschen machen.

Drei Teams waren für die hochrangige Auszeichnung nominiert. Ausgezeichnet wurden Prof. Dr.-Ing Sami Haddadin, Dr. med. (Univ. Debrecen) Simon Haddadin und Dipl. Inf. (FH) Sven Parusel. Dieses Team hat einen sensiblen und intuitiv bedienbaren Roboter konstruiert - als Basis für viele neue Anwendungen der Automatisierungstechnik. Das kostengünstige System ist digital vernetzbar und ermöglicht eine sichere Kooperation von Menschen und Maschinen- in der Industrie und im privaten Umfeld.
Professor Dr.-Ing. Sami Haddadin ist Direktor am Institut für Regelungstechnik der Leibniz Universität Hannover, Dr. Simon Haddadin ist Geschäftsführer, Sven Parusel „Chief Engineer“ der Franka Emika GmbH, München. Alle drei haben zuvor jahrelang am Institut für Robotik und Mechatronik des Deutschen Zentrums für Luft- und Raumfahrt (DLR) geforscht. In einem Video stellt Prof. Dr.-Ing. Sami Haddadin seine Vision eine nützliche Robotik vor.
Neue technische Konzepte sorgen dafür, dass Roboter künftig für eine Vielzahl von Aufgaben einsetzbar sind und sich von jedermann leicht bedienen lassen. So ist der maschinelle Assistent modular aufgebaut und besteht aus ultraleichten Komponenten. Empfindliche Sensoren in allen Gelenken und natürlich wirkende Bewegungen machen den Roboter leicht einschätzbar. Zudem hat er eine menschenähnliche Nachgiebigkeit und Feinfühligkeit und reagiert blitzschnell bereits auf einen leichten Kontakt. Das verhindert Verletzungen von Menschen durch eine Kollision mit der Maschine, die daher nicht- wie heutige Industrieroboter- hinter einem Schutzzaun agieren müssen.
Die Bedienung des Systems ist kinderleicht und erfordert keinerlei Programmierkenntnisse: Tätigkeiten, die der Roboter ausführen soll, braucht man ihm lediglich vormachen. Daraus lernt die Maschine und kann das erworbene Wissen selbstständig auch für andere Herausforderungen nutzen. Ein neuartiges Programmierkonzept ermöglicht es, Aufgaben und Bewegungsabläufe in kleine Programm-Module zu zerlegen, sogenannte Roboter-Apps. Sie machen die Nutzung von Robotern so einfach wie den Umgang mit einem Smartphone- und eröffnen viele neue Anwendungsperspektiven, nicht zuletzt für kleine und mittelständische Unternehmen.
Roboter-Produkte mit der neuen, in Deutschland erforschten und entwickelten Technologie werden in Durach im Allgäu hergestellt und an Anwender aus Forschung und Industrie ausgeliefert. Das Potenzial ist riesig: Rund 25 Millionen lernfähige und kooperative maschinelle Assistenten könnten künftig weltweit im Einsatz sein- als Helfer in der Fertigung, im Haushalt oder als Servicerobotern zur Unterstützung von Pflegekräften für alte, behinderte oder kranke Menschen. Ein weiteres Nutzungsfeld bietet sich als Plattform für die Ausbildung junger Menschen in der Robotertechnologie, was an niedersächsischen allgemein- und berufsbildenden Schulen bereits umgesetzt wird.
Die Entscheidung der Jury fiel am 29. November 2017 und Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier zeichnete das Siegerteam am Abend mit dem mit 250.000 Euro dotierten Preis aus.

Link zum Video www.presseportal.de/pm/25570/3789264
Link zur Homepage www.deutscher-zukunftspreis.de

Das Gewinner-Team des Deutschen Zukunftspreises 2017 (v.l.n.r.): Sven Parusel, Prof. Dr. Sami Haddadin und Dr. Simon Haddadin.
© Ansgar Pudenz; Deutscher Zukunftspreis

Die Ärmel hochkrempeln und los geht´s!

„Wir können ja eh nichts ändern!“, „Wann soll ich mich denn noch engagieren neben meinem Job?“, „Die da oben machen doch sowieso was sie wollen!“ – So oder so ähnlich. Diese Aussagen haben wir schon unzählige Male gehört oder in den sozialen Netzwerken gelesen. Das zeigt den großen Frust und auch jede Menge Resignation in der Pflege. Aber es ist am Ende des Tages auch eine Haltung, in der viele davon ausgehen „Irgendwer wird´s schon richten...“. Es ist ein Weitergeben der Verantwortung.

Ich finde es absolut verständlich, dass man nach einer harten Schicht keine Lust mehr hat, die Nase in den eisigen Wind der Pflegepolitik zu halten oder auf Veranstaltungen zu gehen, bei denen man lediglich zuhören darf. Gemeint sind die zahllosen Pflege-Kongresse, Pflege-Tagungen, Pflege-Podiumsdiskussionen. Sehr oft Frontalveranstaltungen, bei denen man, wenn man viel Glück hat, vielleicht eine Frage stellen kann. Und dann heißt es auch gleich: Bitte halten Sie sich kurz... Viele gehen am Ende unzufrieden nach Hause. Ein Wunder, dass Veranstaltungen dieser Art immer noch so zahlreich besucht werden.
Wir kennen das doch alle. Man bleibt am Problem hängen. Aber eine Lösung oder Impulse für Veränderung nimmt man an solchen Abenden nicht mit nach Hause. Das muss doch anders gehen, haben wir uns gedacht. Und ja, es geht anders!

Wo Pflegekräfte für ihre Anliegen aktiv werden

In der Pflege gibt es viele, die etwas zu sagen haben und sich engagieren wollen. Wenn man ihnen nur die Chance dazu gibt! Diese in der Pflege Aktiven machen sich auf den Weg. Wollen mitreden, wollen lösungsorientiert diskutieren. Dafür braucht es ein Forum, einen Raum in dem man ohne Schranken im Kopf oder Denkverbote Lösungen sucht. Lösungen, für die Probleme, die einen selbst umtreiben. In dem ein Austausch auf Augenhöhe stattfindet, in dem man sich vernetzen und am eigenen Herzensprojekt weiterarbeiten kann – gemeinsam. Wo es heißt: Geht nicht gibt´s nicht! Ein solcher Raum war das Aktivcamp Pflege am 27. Oktober 2017 im betahaus in Berlin-Kreuzberg.
Aber was ist das Aktivcamp Pflege? Der Name ist Programm. Aktiv steht für mitmachen statt zuschauen und Camp, das bedeutet Barcamp: keine Stuhlreihen, kein Redepult, keine Trennung zwischen Podium und Publikum. Das Aktivcamp ist ein Open Space – quasi ein offener Raum für Kreativität, Mut und Lust, wirklich zu verändern. Hier werden Lösungen statt Probleme diskutiert. Hier ist jede und jeder ein Experte, denn alle Sichtweisen und Erfahrungen sind wichtig. Es gibt keine vorgegebene Tagesordnung. Das erfordert Mut und ein Vertrauen in den Prozess. Zu wissen, es gibt genug Themen. Zu vertrauen auf das Engagement der TeilnehmerInnen — das war die Aufgabe für uns vom Team Scharfenberg als Veranstalter.
Und wie läuft so was ab, fragen Sie sich? Jeder und jede hatte die Möglichkeit ,sein Thema einzubringen und es als Session anzubieten. Das heißt, man stellt sich und sein persönliches Thema des Tages vor. Wichtig ist, dass es um aktuelle Problemstellungen geht und dass der Wille da ist, eine Lösung mit Menschen zu erarbeiten, die sich zu dem Thema einbringen möchten. So entsteht eine Tagesordnung, die sich tagesaktuell an den TeilnehmerInnen orientiert und punktgenau auf diese Gruppe passt. Denn: Setzt der Veranstalter vorab – teilweise Monate im Voraus — die Themen und Schwerpunkte, gehen diese nicht selten an den Interessen der TeilnehmerInnen und den aktuell brennenden Themen vorbei.

Wenn die Tagesordnung steht, wird in den einzelnen Gruppen diskutiert – lösungsorientiert, denn am Ende jeder Session gibt es einen 5-Punkte-Aktionsplan. Was werden die nächsten Schritte sein? Wo will ich in drei, in sechs, in zwölf Monaten stehen? Diese Ergebnisse werden am Ende des Aktivcamps Pflege im Plenum vorgestellt.

Ein Tag voller Kreativität und Motivation

Geht da jemand hin, werden viele jetzt fragen. Das heißt ja auch, raus aus der Komfortzone und rein ins Mitgestalten. Stimmt! Die TeilnehmerInnen, die beim Aktivcamp Pflege dabei waren, hatten genau dazu große Lust. In der Rückschau kann ich sagen, dass es eine wunderbare Mischung, vom Azubi bis zur Pflegedirektorin, vom Ehrenamtlichen bis zur Geschäftsführung, von der Bloggerin bis zur Pflegefachkraft war. Pflege hat viele so Gesichter und Arbeitsfelder. Es gibt so viele Aktive, die ihre Ideen einbringen wollen. Insgesamt waren hunderte Jahre Lebens- und Pflegeerfahrung im Raum. Erfahrung, die miteinander geteilt wurde. Bei unserem Aktivcamp Pflege gab es wunderbare Denk- und Handlungsanstöße. Netzwerke wurden geschmiedet, Projekte verabredet. Die Themen Ausbildung, Demenzfreundlichkeit, Stärkung der Fachlichkeit, Führungsrolle, selbststeuernde Teams und Social Media im Bereich Pflege standen an diesem Tag im Fokus. Alle Themen kamen von den TeilnehmerInnen selbst. Das Credo des Tages war: Nicht quatschen sondern handeln!
Eine Umfrage nach dem Camp ergab, dass sich 95 % der TeilnehmerInnen wieder anmelden würden. Darum werden wir es wieder tun. Das nächste Aktivcamp Pflege findet am **15. Juni 2018** statt. Unser Fazit ist ganz klar: Es lohnt sich, neue Wege zu gehen, um die Pflege aktiv einzubinden. Lösungen für viele Probleme im Bereich Pflege können sich am besten aus der Mitte der Pflege entwickeln. Wir geben ihr nur den Raum dafür.

Elisabeth Scharfenberg

Krankheit ist immer auch eine Familienangelegenheit – Einführung in die familienzentrierte Pflege (2)

„Chronische Krankheit spielt sich nie in einem luftleeren Raum ab, sondern ist immer eingebettet in vielfältige systemische Zusammenhänge“, so bringt Arist von Schlippe die Bedeutung der familienzentrierten Pflege auf einen Punkt. (1) Die Familie und ihr chronisch krankes oder behindertes Mitglied beeinflussen sich gegenseitig in vielfältiger Weise. Die besonderen Pflegesituationen in der außerklinischen Intensivpflege machen deshalb eine „andere“ Pflege notwendig. Pflegende müssen um die Bedeutung der Familie wissen und Interventionen der familienzentrierten Pflege kennen.

Patientenorientierung und Ganzheitlichkeit

Patientenorientierung und Ganzheitlichkeit sind heute häufig gebrauchte Begriffe in der Pflege, auch in der AKI. Sie gelten allgemein als Eckpfeiler pflegerischen Handelns. Es gibt wohl kaum ein Leitbild von Einrichtungen im Gesundheitswesen, in dem diese beiden Begriffe nicht zu finden sind.

Bis in die 1970er Jahre war die Pflege funktionell und tayloristisch organisiert. Kennzeichnend für diese sog. Funktionspflege war die Orientierung an Stationsabläufen und Routinen. Die Patientenversorgung ergab sich aus der Summe von Einzeltätigkeiten, die Wünsche und Bedürfnisse der Patienten blieben weitgehend unberücksichtigt, eine ganzheitliche Sicht auf den Patienten war für die einzelne Pflegekraft nicht möglich. Seit den 1970er Jahren fanden verstärkt Diskussionen um Organisationsveränderungen in Krankenhäusern statt.

Patientenorientierung bezeichnet die Ausrichtung von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen des Systems der gesundheitlichen Versorgung auf die Interessen, Bedürfnisse und Wünsche des individuellen Patienten. Hinter dem Konzept der Patientenorientierung steht, dass die Beziehung zwischen Erbringern und Nutzern von Gesundheitsleistungen immer asymmetrisch ist, begründet u.a. durch den Wissensvorsprung und die Definitionsmacht der Professionellen. Zudem sind Patienten krankheitsbedingt zumeist körperlich und auch psychisch geschwächt, was ihnen die Wahrnehmung ihrer Interessen erschwert oder unmöglich macht. (2)

Ganzheitlichkeit wird in der Pflege häufig in einem Satz mit Patientenorientierung genannt. Der Begriff der Ganzheitlichkeit hat sich vor allem im Rahmen der Auseinandersetzung mit dem Berufsbild der Pflege sowie der Abgrenzung zu anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen entwickelt, aber auch als Folge der Auseinandersetzung mit Pflegeformen wie der Funktionspflege, die sowohl von Patienten wie auch Pflegenden als belastend und unzulänglich wahrgenommen wurde.

Ab den 1980er entstanden neue Pflegeorganisationsysteme, die die Ideen von Patientenorientierung und Ganzheitlichkeit realisieren wollen. Ziel der sog. Bezugspflege oder Primary Nursing ist eine individuelle, ganzheitliche Betreuung mit größtmöglicher Kontinuität für den Patienten. Dafür übernimmt eine Pflegekraft (Bezugspflegekraft, Primary Nurse/PN) die Gesamtverantwortung für den pflegerischen Prozess und erstellt eine individuelle Pflegeplanung für den Patienten, anhand derer auch andere Pflegekräfte die Maßnahmen in Abwesenheit der PN durchführen können. Allgemein ist mit „ganzheitlich pflegen“ gemeint, nicht nur die körperlichen Auswirkungen von Krankheit, Behinderung und Alter zu berücksichtigen. Vielmehr geht es auch um die Einschätzung von psychischen und sozialen Bedürfnissen und die Berücksichtigung dieser. Im Idealfall begleiten Pflegende Patienten umfassend in ihrem Bewältigungsprozess von Krankheit, Behinderung oder auch Sterben und berücksichtigen auch kulturelle und spirituelle Aspekte. (3)

Familienmedizin und familienzentrierte Pflege

Die Pflegearbeit in der außerklinischen Intensivpflege unterscheidet sich vollständig von der Pflegearbeit in einem Krankenhaus, einem Altenheim oder der normalen ambulanten Pflege. Herausragende Merkmale sind die tägliche lange Pflegezeit (häufig 12 Stunden), oft innerhalb der Wohnung bzw. Familie des Kranken, die Versorgung von einem bis maximal drei Pflegekunden während des Dienstes und die oft monate- oder gar jahrelangen Versorgungsdauern, die für die Pflegenden eine große Nähe zum Pflegekunden und seiner Familie bedingen.

Diese besonderen Pflegesituationen macht eine „andere“ Pflege notwendig. Ganzheitlichkeit und Patientenorientierung alleine sind nicht ausreichend, denn sie haben typischerweise nur den Patienten im Fokus. Familienmitglieder spielen kaum eine Rolle, bestenfalls werden sie in Pflege- und Behandlungsabläufe einbezogen. Die Familie kann aber in diesem Versorgungskontext nie unbeachtet bleiben, denn die Familie und ihr chronisch krankes oder behindertes Mitglied beeinflussen sich gegenseitig in vielfältiger Weise. Krankheit bzw. Behinderung kann zu einem entscheidenden Bestandteil familiärer Interaktionen werden und das gesamte soziale Geschehen innerhalb der Familie beeinflussen, ja zum „organisierenden Prinzip“ innerhalb des Familiensystems werden. Sie wird zum zentralen Thema, um das sich jede Kommunikation innerhalb der Familie dreht. (1)

Und in diese familiären Interaktionen kommen professionelle Helfer wie Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte. Die Pflegefachkräfte in der AKI sind besonders nahe an den Familien, sind nicht neutrale Beobachter des Geschehens, vielmehr greifen sie in dieses „Gewebe von Interaktionen“ direkt mit ein. Oftmals wird ihnen sogar eine vermittelnde Rolle zwischen den Familienangehörigen zugeschrieben. An dieser Stelle lässt sich erahnen, wie komplex und anspruchsvoll die Arbeit für die Pflegenden ist – neben den fachlichen Herausforderungen.

In der Medizin ist die Bedeutung der Familie bei chronischer Krankheit und Behinderung schon einige Jahrzehnte bekannt und anerkannt, der Begriff der Familienmedizin gut eingeführt und in verschiedenen Modellen beschrieben. John S. Rolland beschreibt in seinem Modell der familiären Anpassung an Behinderung und chronische Krankheit (Family Systems-Illness Model) die zentralen Faktoren für den Anpassungsprozess. Natürlich spielen in diesem Prozess krankheitsspezifische Faktoren (z.B. Krankheitsfolgen, Verlaufscharakteristika und Prognose) eine Rolle, aber auch die Balance zwischen Stressoren und Ressourcen der Familie, die Phasen im Lebenszyklus, generationsübergreifende familiäre Vorerfahrungen mit Krankheit

und Behinderung und die Qualität der Familienfunktionen (v.a. Kohärenz, Flexibilität, Kommunikation und emotionaler Austausch), familiäre Prozesse (z.B. Vorwürfe, Schuldgefühle, Hilflosigkeit oder hektische Betriebsamkeit) und krankheitsbezogene Glaubenssysteme. (4)
Ein weiterer Aspekt darf nicht außer Acht gelassen werden, der vor allem auch auf die außerklinische Intensivpflege zutrifft. Erfolge in der Medizin ermöglichen chronisch Kranken ein immer längeres Überleben und stellen das Gesundheitswesen vor große Anforderungen bezüglich Organisation und Finanzierung. Krankenhäuser entlassen oder verlegen Patienten sehr viel früher als noch vor 20 Jahren, auch Patienten mit einem hohen Behandlungs- und Pflegebedarf. Durch den seit Jahren bestehenden Pflegenotstand gelingt es Intensivpflegediensten kaum noch, genügend Pflegekräfte vorzuhalten. Überstunden sind an der Tagesordnung. Die Notwendigkeit, Familienmitglieder in die Versorgung mit einzubeziehen, erscheint deshalb unabdingbar. Aber die Familie ist mehr als nur ein soziales Unterstützungssystem, in dem Pflege- und Behandlungsaufgaben übernommen werden. Vielmehr teilt sie gemeinsame Überzeugungen über Familie, Krankheit und Gesundheit und über die Welt insgesamt. Helm Stierlin spricht in diesem Zusammenhang von „Famliencredo“, als einem Satz gemeinsam geteilter Überzeugungen von der Welt. (5)
Und die Familie gibt dem Kranken ganz praktisch Fürsorge, Liebe und Unterstützung. „Die Einbeziehung bei der Krankenversorgung bedeutet für Familienangehörige in vielen Fällen die Möglichkeit, ein Gefühl von Kontrolle in einer von ihnen primär nicht kontrollierbaren Situation zurückzugewinnen.“ (6)
Die Gefahr von Überforderung ist groß, besonders für die Familienmitglieder, die dem Kranken sehr nahe stehen. Alltagsprobleme und Meinungsverschiedenheiten, die in jeder Familie normal sind, können jetzt wie durch ein Vergrößerungsglas hervorgehoben, zu Schuld- und Defizitgefühlen werden und die Belastungen insgesamt noch ansteigen lassen. In der familienmedizinischen Betreuung stehen deshalb Krankheitsverarbeitung und -bewältigung und die Auswirkungen der Erkrankung auf die einzelnen Familienmitglieder im Vordergrund.
Nun stellt sich die Frage, wie die professionelle Pflege ihre Aufgaben mit Familien im Kontext von chronischer Krankheit und Behinderung selbst sieht, wie kompetent sie Maßnahmen der familienzentrierten Pflege umsetzen kann. Die Verfasserin hat mit einer empirischen Untersuchung im Rahmen ihrer Masterarbeit bewiesen, dass Pflegefachkräfte in der außerklinischen Intensivpflege in Deutschland zu wenig theoretisches Wissen und praktische Fähigkeiten und Fertigkeiten haben, um diese Pflegekunden und ihre Familien abzuholen und in angemessener Weise zu begleiten. Häufig gibt es kein Bewusstsein dafür, dass die Familien der Gepflegten irgendeine Rolle spielen könnten oder sollten. Ganz im Gegenteil, sehr oft sprechen Pflegende in der AKI von „schwierigen Angehörigen“ oder treffen die Aussage, dass die pflegerische Versorgung an sich ganz entspannt wäre, wenn es die Angehörigen nicht gäbe.

Familienzentrierung in der Pflege und Grundannahmen

Familienzentrierte Pflege ist in anderen Ländern sehr wohl ein Thema und hat sich in den letzten drei Jahrzehnten kontinuierlich weiterentwickelt. Die Veröffentlichung des Buches „Nurses and Families - a Guide to Family Assessment and Intervention” von Lorraine M. Wright und Maureen Leahey 1984 in Kanada und Nordamerika ist sicher ein Meilenstein gewesen. Die deutsche Übersetzung „Familienzentrierte Pflege“ ist (erst) 2009 im Huber Verlag erschienen. Der Begriff der Familienzentrierten Pflege ist in Deutschland noch weitgehend unbekannt. „Die Auffassung, dass Pflege sich in Praxis und Wissenschaft nicht nur an Einzelpersonen richtet, sondern das Individuum im Kontext seiner Umwelt bzw. mehrere Personen als Familie oder soziale Gruppe in den Mittelpunkt pflegerischer Interventionen rückt, ist in der deutschen Pflegelandschaft relativ neu.“ (7)
„Pflegende haben den Auftrag sowie die ethisch und moralische Verpflichtung, Familien in die Gesundheitsversorgung einzubeziehen. Erkenntnisse aus den Bereichen Theorie, Praxis und Forschung über den Einfluss der Familie auf Gesundheit, Wohlbefinden und Krankheit ihrer Mitglieder verpflichten Pflegende, familienzentrierte Pflege aus integralen Bestandteil der pflegerischen Praxis wahrzunehmen“. (8)
Nachfolgend wird knapp anhand einzelner ausgewählter Aspekte der theoretische Bezug zu chronisch Kranken und ihren Familien hergestellt werden (8):

- Das Familiensystem ist Teil größerer Systeme und setzt

sich aus vielen Subsystemen zusammen. Pflegende erforschen in diesem Zusammenhang, wer zum Familiensystem gehört, welche Subsysteme es gibt und in welchem größeren System die Familie eingebettet ist, z.B. Verwandtschaft, Nachbarschaft, Wohnort.

- Die Familie als Ganzes ist größer als die Summe ihrer Teile. Pflegende wissen, dass die Beobachtung einzelner Familienmitglieder nicht das Gleiche ist wie die Beobachtung der Familie insgesamt, weil immer auch die Interaktionen zwischen den Familienmitgliedern eine Rolle für ein System spielen.
- Die Veränderung eines Familienmitglieds beeinflusst alle anderen Familienmitglieder. Jedes Ereignis, jedes Verhalten eines Familienmitglieds hat immer auch Auswirkungen auf alle anderen, weil sich die Familienmitglieder nun nicht mehr in gewohnter Weise verhalten können, wenn einer aus der Familie ein abweichendes Verhalten zeigt.
- Die Familie ist in der Lage, eine Balance zwischen Veränderung und Stabilität zu schaffen. Jede Familie – wie jedes andere System auch – ist beständig in Veränderung, sodass Veränderung und Stabilität selbstverständlich nebeneinander existieren. Jede Veränderung ist der Anfang von einem neuen, anderen Gleichgewicht, von einer Neuorganisation innerhalb der Familie.
- Zirkuläre Kausalität erklärt das Verhalten von Familienmitgliedern besser als lineare Kausalität. Lineare Kausalität beschreibt Ursache-Wirkungsmuster. In Familien, wie in jedem anderen System, herrschen aber rekursive Muster, d.h. wechselseitige Beziehungen. Das bedeutet, das Verhalten des kranken Familienmitglieds bewirkt Verhalten bei allen anderen, was wiederum das Verhalten des Kranken beeinflusst. Im Fazit bedeutet das auch, dass Pflegende nie ein Familienmitglied für die Probleme der ganzen Familie verantwortlich machen dürfen.
- Familiensysteme haben die Fähigkeit zur Selbstregulation. Hinter dieser Aussage steckt die Theorie, dass sich Systeme beständig in ihren Prozessen und Beziehungen reproduzieren. Dadurch erhalten sie sich selbst und sind von außen nicht steuerbar. In dieser Aussage findet sich auch die zentrale Annahme, dass jedes System bereits über alle Ressourcen verfügt, die es zur Lösung seiner Probleme benötigt, sie aber im Moment nicht nutzt. Aufgabe von Pflegenden ist es, den Kranken und seine Familie bei der Nutzung von Ressourcen und der Lösungssuche zu unterstützen. Dafür ist es nicht notwendig, sich mit Problemen zu beschäftigen.
- Veränderung ist abhängig von der Wahrnehmung des Problems. Die Wahrnehmung einer bestimmten Situation innerhalb der Familie wird von Pflegenden als „wahr“ betrachtet oder Pflegende betrachten das Verhalten oder das Gesagte eines Familienmitglieds als „wahr“ i.S. von „objektiv richtig“, weil sie nicht wissen, dass jegliche Wahrnehmung immer durch die eigene „Brille der Wahrnehmung“ geschieht (siehe auch Gepflegt Durchatmen 38, S. 24- 27). Oft werden Familien so Probleme zugesprochen, die die Familie selbst so gar nicht sieht. Zum anderen besteht die Gefahr, dass Pflegende Partei für die Wirklichkeit eines Familienmitglieds ergreifen und damit die wichtige Position von Allparteilichkeit und Neutralität verlassen.
- Veränderung ist abhängig von der gemeinsamen Entwicklung der Behandlungs- bzw. Pflegeziele. Das setzt voraus, dass Kranker, Familie und Pflegende gemeinsame Ziele erarbeiten. Nur so kann es überhaupt gelingen, unangemessene und unrealistische Ziele auf beiden Seiten zu vermeiden. Pflegekunden und Angehörige beklagen oft, dass Pflegende ihre professionellen Ziele unbedingt durchsetzen wollen, ohne die Bedürfnisse und Ziele des Kranken und seiner Familie zu erfragen und zu berücksichtigen. Pflegende beklagen häufig, dass v.a. Angehörige unrealistische Erwartungen an den Heilungs- und Rehabiliationsprozess haben, Maßnahmen fordern, die den Kranken offensichtlich überfordern.

In der Fortsetzung der nächsten Ausgabe wird es um ganz konkrete Interventionen in der familienzentrierten Pflege gehen.

Christine Keller, M.A.
Gesundheits- und Krankenpflegerin, Lehrerin für Pflegeberufe, Qualitätsberaterin, Wundexpertin, Heilpraktikerin (Psychotherapie), Systemische Beraterin

Christine Keller

Literaturverzeichnis

(1) Schlippe, A. von: Chronische Krankheit im Kontext sozialer Systeme. In: systema 17 (1/2003).
(2) Vgl. Klemperer, D.: Patientenorientierung im Gesundheitswesen. Newsletter der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V., 2000.
(3) Vgl. Baumgärtel, F., Al-Abtah, J.: I Care, Band 1. Stuttgart, Thieme Verlag 2015.
(4) Vgl. Retzlaff, R.: Familien-Stärken. Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Stuttgart, Klett-Cotta 2010.
(5) Vgl. Stierlin, H.: Über die Familie als Ort psychosomatischer Erkrankungen. In: Familiendynamik 13. (4), 1988.
(6) Kröger,F., Altmeyer, S., Hendrischke, A.: Systemische Familienmedizin. In: Kontext (33, 4), 2002.
(7) Gehring, M. et al.: Familienbezogene Pflege. Bern, Huber Verlag 2001.
(8) Wright, L.M., Leahey, M., Börger, H. (Übersetzerin): Familienzentrierte Pflege, 2. Auflage. Bern, Huber Verlag 2013.

2. RECHTSTAG
AUSSERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE
2018

26./27.04.2018

Holiday Inn Munic – City Centre | Hochstraße 3 | 81699 München

PROGRAMM

Donnerstag, 26. April 2018

09.00 Uhr - 10.00 Uhr
Stehempfang im Foyer

10:00-10:30 Uhr
Begrüßung und Eröffnung des Kongresses

10.30 Uhr - 12.30 Uhr
Das Arbeitsrecht in der außerklinischen Intensivpflege – ein Buch mit 7 Siegeln? (Martin Rößler, Fachanwalt für Arbeitsrecht)

12.45 Uhr
Mittagspause

14.00 Uhr - 16.00 Uhr
Vergütungsverhandlungen in der ambulanten Intensivpflege effektiv vorbereiten (Anja Hoffmann, LLM. Eur., Rechtsanwältin)

16:00 Uhr
Erfahrungsaustausch – Kaffeebuffet

19.00 Uhr
Gemeinsames Abendessen, „Dinnerbuffet á la mode du chef"

Freitag, 27. April 2018

09.00 Uhr - 11.00 Uhr
Vorbereitung und Durchführung von Schiedsverhandlungen (Dr. Ulrike Brucklacher, Fachanwältin für Medizinrecht)

11.15 Uhr - 13.15 Uhr
Die Leistungen für Mitglieder der Wohngemeinschaft nach SGB V und SGB XI (Prof. Ronald Richter, Prof. für Sozialrecht)

13.15 Uhr
Mittagspause

14.15 Uhr - 16.15 Uhr
Steuerliche Möglichkeiten und Fußangeln beim Betrieb von ambulanten Intensivpflegediensten (Dr. Benjamin Liedy, Fachanwalt für Medizinrecht, Fachanwalt für Steuerrecht)

16.30 Uhr
Erfahrungsaustausch – Kaffeebuffet

REFERENTEN

Referent:
Prof. Ronald Richter,
Prof. für Sozialrecht

Referent:
Anja Hoffmann,
LLM. Eur., Rechtsanwältin

Referent:
Dr. Ulrike Brucklacher,
Fachanwältin für Medizinrecht

Referent:
Martin Rößler,
Fachanwalt für Arbeitsrecht

Referent:
Dr. Benjamin Liedy,
Fachanwalt für Medizinrecht,
Fachanwalt für Steuerrecht

Infos zur Veranstaltung / Anmeldung:
www.curademic.de/rechtstag
Info-Hotline: 09225-958922-22

AKADEMIE FÜR AUßERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE
CURADEMIC

Entlassmanagement reloaded...

In der letzten Ausgabe der GEPFLEGT DURCHATMEN schrieb ich über das Entlassmanagement intensivpflegeabhängiger Menschen verfasst. Seitdem sind zwei Dinge geschehen: Zum einen ist der Rahmenvertrag über ein Entlassmanagement beim Übergang in die Versorgung nach Krankenhausbehandlung nach § 39 Abs. 1a S. 9 SGB V (Rahmenvertrag Entlassmanagement) jetzt geltendes Gesetz, zum anderen fand auf dem 10. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress eine Podiumsdiskussion zum Thema „Versorgungsstrukturen in der außerklinischen Intensivversorgung. Wie geht es weiter?" statt, an der ich teilnehmen durfte. Sie hat mir erhellende wie ernüchternde Erkenntnisse gebracht.

Bei dem neuen Gesetz über den „Rahmenvertrag Entlassmanagement" brauchen sicher alle mehr Zeit, um zu sehen, welche Auswirkungen es haben wird. Oder welche Auswüchse. So kann ich momentan dazu nur sagen, dass es in unserer Klinik eine Arbeitsgruppe gibt, welche sich damit beschäftigt und es, im Hinblick auf unsere Gegebenheiten, nach und nach umsetzt. Ansonsten hat sich für mich im Entlassmanagement erst einmal nichts weiter geändert. Frage ich bei gesetzlichen Krankenversicherungen und Medizinprodukteprovidern bezüglich des Gesetzes nach, so bekomme ich sehr unterschiedliche Antworten, die sich zum Teil widersprechen.
Alle haben sich mit der Thematik bereits (mehr oder weniger …) beschäftigt. Aber in der Praxis ist das Gesetz noch nicht angekommen, jeder macht erst einmal weiter wie bisher. Aber mehr ist im November 2017 wahrscheinlich auch noch nicht zu erwarten.
Nur: Je mehr ich mich mit dem Gesetz beschäftige und mich mit anderen, am Entlassmanagement intensivpflegeabhängiger Menschen beteiligten Gesprächspartnern unterhalte, desto mehr beschleicht mich der Gedanke, dass bei dem Formulieren des Gesetzes die uns beschäftigende Patientenklientel nicht bedacht wurde. Mit „Patientenklientel" meine ich im Übrigen Menschen, die das Leben in ein Schicksal geworfen hat, welches das Vorstellungsvermögen der meisten nicht beteiligten Menschen übersteigt. Um diese Menschen ging es auch auf der Podiumsdiskussion auf dem kürzlich ausgerichteten MAIK, bei dem die Versorgungsstrukturen in der außerklinischen Intensivpflege diskutiert und hinterfragt werden sollten.
Die beiden wichtigsten Gedanken, die ich als Teilnehmer der Diskussion mitgenommen habe, stammen von Frau Dr. Simone Rosseau. Während ich einleitend noch von Versorgungsstrukturen und Möglichkeiten, gerade in größeren Städten gesprochen habe, hat sie verdeutlicht, dass es sich nur um Versorgungsangebote, um Möglichkeiten handelt, und eben nicht um Versorgungstrukturen*.
Des Weiteren hat sie darauf hingewiesen, dass es keine unabhängige Institution gibt, die bewertet und Lösungen aus einer neutralen Position heraus vorschlägt. Interessant wäre bei beiden Punkten die Antwort der einzigen Vertreterin aus der Politik gewesen, die leider erkrankt war. Für sie eingesprungen ist einer der Kongresspräsidenten, Christoph Jaschke. Wer ihn kennt, weiß, dass er in seinen Beiträgen den Spannungsbogen von sachlich über emotional bis plakativ spannen kann. Und dies, meiner Meinung nach, authentisch und fundiert. Wieder hat er so einige Dinge auf den Punkt gebracht. Wirklich in Erinnerung geblieben ist bei mir seine Aussage, dass während der Podiumsdiskussion - statistisch gesehen - gerade zwei weitere ambulante Intensivpflegedienste in Deutschland gegründet werden.
Dies schlichtweg deshalb, weil es scheinbar so einfach ist, einen solchen Dienst zu gründen und sicher auch, weil es lukrativ sein kann. Ist. Ich möchte deutlich machen, was dies bedeutet: Man „versorgt" Menschen, die maximal Technologie- und Fremdhilfeabhängig sind und nutzt sie als Möglichkeit, um maximalen Gewinn zu erzielen. Dabei kann man sich sicher sein: Es ist legal und die Anreize sind da. Selbst für einen kleinen Pflegedienst, der vielleicht nur ein paar Jahre besteht, um Gewinn abzugreifen oder aber auch für einen Großanbieter, der mit entsprechendem Kapital noch einmal deutlich mehr Umsatz machen kann.
Entschuldigen Sie bitte meine Unterstellungen, falls Sie zu den engagierten und wirklich am Patientenwohl interessierten Pflegeanbietern gehören! Ich bin mir allerdings recht sicher, dass gerade Sie erst recht das Beschriebene nachvollziehen können. Machen Sie weiter so, Transparenz und Empathie gehören zu den wenigen nachhaltigen Wegen.
Ursprünglich sollte die Fortsetzung meines Artikels nun eher sachlich den eigentlichen Ablauf des Entlassmanagements beschreiben. Das erscheint mir jedoch, trotz aller Überleitungsbögen und strukturellen Empfehlungen als schwierig, da der Ablauf einer Entlassung sehr individuell ist. Und das ist auch gut so! Nur scheint mir, dass die Individualität immer mehr auf der Strecke bleibt. Wie im ersten Artikel angemerkt, wird die neue Gesetzgebung hier eher Spielräume einschränken.
Finden Sie die anlaufende Elektromobilität zukunftsweisend? Sind Sie gerade in einen „angesagten" Stadtteil gezogen? Haben Sie das neueste iPhone? Ist Ihnen das alles egal? Das können Sie weitgehend für sich entscheiden, wir leben in einer hoch individualisierten Gesellschaft. Die Kräfte, die greifen, wenn sie außerklinisch intensivpflegeabhängig werden, sind dazu, gelinde gesagt, ziemlich konträr. Freie Wohnortwahl? Ambulant vor stationär? Der Pflegedienst, der Ihnen kompetent und zugewandt erscheint? Nicht unwahrscheinlich ist, dass Ihr Kostenträger da andere Vorstellungen als Sie.
Das klingt nun vielleicht wieder plakativ. Aber wenn Sie sich nicht mehr für Ihre eigenen Interessen einsetzen können und es kein anderer für Sie tut, dann werden Sie schnell zum Spielball anderer Interessen. Auch wenn alle um Sie herum Ihnen versichern werden, dass Sie im Mittelpunkt stehen.
In der Podiumsdiskussion auf dem MAIK wurde ich von dem offensichtlich gut informierten Moderator mehrfach auf die Strukturen meines Arbeitgebers, der Berufsgenossenschaften, angesprochen. Das hat mich - dort sitzend - im ersten Moment irritiert, es sollte doch um die außerklinische Versorgung gehen. Im Nachhinein denke ich, dass der Moderator u. a. auf zumindest einen Punkt des berufsgenossenschaftlichen Heilverfahrens hinaus wollte: es gibt hier keine Trennung zwischen ambulant und stationär. Es würde der außerklinischen Intensivpflege bestimmt weiterhelfen, wenn dies Kostenträger-unabhängig so gehandhabt würde.
Dies würde eine ernsthafte Anbindung der Betroffenen an ein Beatmungs-/ Weaningzentrum ermöglichen. Unterhalte ich mich mit Kolleginnen aus der Schweiz, welche im Rahmen der Überleitung mit den Patienten nach Hause

Diskussionsrunde „Versorgungsstrukturen in der außerklinischen Intensivversorgung. Wie geht es weiter?“ (v.li.n.re.) Christoph Jaschke, Kongresspräsident, Sören Tiedemann, Atmungstherapeut (DGP), Hamburg, Thomas Muck, MdK Bayern, Andreas Westerfellhaus, Präsident a.D., Deutscher Pflegerat e.V., und Dr. Simone Rosseau, Präsident DIGAB e.V.

fahren - und vor Ort den Kollegen aus der ambulanten Intensivpflege zeigen, was bei diesem Patienten wichtig ist, dann denke ich: „Ja, das ist es!“ Wäre das auch bei uns möglich — und würde uns das jemand bezahlen, dann wäre viel gewonnen. Und es würden dadurch sicher unnötige Klinikaufenthalte vermieden und Folgekosten eingespart.
Interessant finde ich es unter anderem auch, dass es in der Schweiz nur eine begrenzte Auswahl an (Heim-) Beatmungsgeräten gibt, die — egal von welchem Provider sie kommen - das Gleiche kosten. Über die Sinnhaftigkeit eines Gerätes entscheiden dort die Kliniker.
Nun habe ich wieder viele Dinge angerissen, Unterschiedliches in den Fokus gelegt und habe, wie alle, keine einfache Lösung. Eigentlich habe ich gar keine Lösung.
Darf ich einfach ein paar Wünsche äußern?

- Eine unabhängige Instanz oder zumindest ein entsprechendes Gremium, welches Lösungen aus einer neutralen Position heraus empfiehlt.
- Die Aufhebung der Trennung von ambulant und stationär in der außerklinischen Versorgung intensiv pflegeabhängiger Menschen.
- Realistische und menschenbejahende Kriterien für die Gründung eines außerklinischen Intensivpflegeanbieters, unabhängig davon, ob es sich um die 1:1-Versorgung oder um eine Wohngemeinschaft handelt.
- Transparente und nachvollziehbare Personalschlüssel. Außer- wie innerklinisch.
- Unangemeldete Kontrollen durch die zuständigen Organe.
- Schiedsgerichte? Rechtliche Schnellverfahren?

Zum letzten Punkt ist nur zu sagen, dass der/die Betroffene sonst tot sein kann, bevor eine für ihn/sie akzeptable Lösung umgesetzt wird – oder, wieder: vermutlich bereits tot ist. Das passiert zunehmend. Da stellt sich die Frage, ob es gesellschaftlich akzeptiert ist, dass man in der Klinik verstirbt, obwohl man vielleicht noch Wochen oder Monate zu Hause bei der Familie haben könnte: Irrwege der individualisierten Gesellschaft.
Wir sollten uns neu fragen, was wir in der Versorgung außerklinisch intensivpflegeabhängiger Menschen eigentlich machen und erreichen wollen. Bestimmt haben dazu viele etwas zu sagen, aber wieder beschleicht mich der Eindruck, dass es auf allen Ebenen vielfach vor allem um Profit geht – und dies unter dem Deckmantel des „im Mittelpunkt stehenden Menschen“.
Abschließend sei gesagt, dass der Entlassprozess intensivpflegeabhängiger Menschen komplex ist und auf mehreren Ebenen parallel läuft. Immer häufiger sind dabei Atmungstherapeuten zentrale Ansprechpartner, sowohl innerklinisch, wie außerklinisch bei ambulanten Intensivpflegeanbietern. Das macht auch eindeutig Sinn, da die Atmungstherapeuten in diesem Bereich häufig viel Erfahrung und Expertenwissen mitbringen. Zusammen mit dem Sozialdienst und einer guten Vernetzung kann das Entlassmanagement dann am Ende häufig zu einer guten Lösung für den oder die Betroffene führen.

*Bei dem Tippen des Satzes habe ich im Sinne eines Lapsus linguae ‚Versorgungstrikturen‘ getippt. Das fand ich gerade zu passend und wollte Ihnen das nicht vorenthalten.

Sören Tiedemann

Atmungstherapeut (DGP) im Querschnittgelähmtenzentrum des BG Unfallkrankenhauses Hamburg (BUKH). Dort gehört einer AG an, welche die gesetzlichen (An-)Forderungen an das Entlassmanagement von Kliniken umsetzen soll. Er nimmt dort in seiner Funktion als Atmungstherapeut teil und ist in das Entlassmanagement intensivpflegeabhängiger Menschen involviert.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit in der Versorgung neurofrührehabilitativer und akut neurologisch erkrankter beatmungspflichtiger Patienten auf einer neurologischen Intensivstation

Die gut abgestimmte interdisziplinäre Zusammenarbeit ist der wesentliche Faktor für die optimale Behandlung der Beatmungsfrührehabilitation für neurologische Patienten sowie ein wichtiger Baustein für die bestmögliche Genesung akut intensivpflichtiger neurologischer Patienten. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit soll im Folgenden am Beispiel unserer Klinik erläutert werden, ist jedoch in ihrer Ausgestaltung maßgeblich von den Gegebenheiten der einzelnen Einrichtung abhängig.

Die Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation am Evangelischen Krankenhaus Oldenburg

Am 01.06.2014 wurde am Evangelischen Krankenhaus Oldenburg eine interdisziplinär geführte Intensivstation zu Versorgung von beatmungs-und intensivpflichtigen Patienten in Zusammenarbeit der Klinik für Neurorehabilitation (Chefarzt Prof. Dr. med A. Zieger) und der Universitätsklinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie (Chefarzt: Prof. Dr.med C. Byhahn) gegründet.
Grund war die wachsende Zahl an nicht akutintensivmedizinisch behandlungsbedürftigen, aber überwachungs- und beatmungspflichtigen Patienten, die von einer frührehabilitativen Maßnahme profitierten. Zu diesem Zeitpunkt hatte die frührehabilitative Versorgung von Patienten schon eine lange Tradition: 1997 gründete Prof. Zieger die Abteilung für Schwerst-Schädel-Hirngeschädigte am Evangelischen Krankenhaus in Oldenburg. Hier wurden Patienten innerhalb der Rehabilitationsphasen B und in den folgenden Jahren auch Patienten der Rehabilitationsphase C in einem Bereich mit 20 Betten behandelt.
Am 01.06.2014 erfolgte eine umfangreiche Erweiterung auf insgesamt 42 Betten. Es entstand eine interdisziplinäre Intensivstation mit 10 Betten und der Frührehabilitationsbereich wurde auf 32 Betten erweitert. Patienten der Rehabilitationsstufe C wurden seitdem im Rehabilitationszentrum Oldenburg behandelt.
Am 01.04.2015 erfolgte aus Altersgründen ein Chefarztwechsel. Mit dem neuen Chefarzt Herrn Dr. M. Groß entstand die Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation. Eine Erweiterung der interdisziplinären Intensivstation auf 20 Betten wurde im Oktober 2016 etabliert. Der frührehabiltative Bereich bestand nun aus zwei unabhängigen Stationen mit jeweils 20 Betten und unterschiedlicher Priorisierung. Auf einer Station befinden sich Patienten in der Frührehabilitation inklusive Patienten mit einem Linksherzunterstützungssystem. Die zweite Station bietet einen Schwerpunkt für heim- und langzeitbeatmete Patienten. Alle Patientenbetten sind auch dort mit einem Monitorsystem zur Überwachung der Herz-Kreislauffunktionen ausgestattet.
Seit Juli 2016 ist aufgrund der fachlichen Gemeinsamkeiten der Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation das interdisziplinäre Palliativzentrum angegliedert. Den Aufbau unserer Klinik soll folgende Graphik verdeutlichen:

Frührehabilitation im Akutkrankenhaus

Rehabilitationsphasen kann man in folgende Phasen einteilen:

Phase A:
- Intensivmedizinische/ medizinische Akutbehandlung

Phase B:
- Frührehabilitation, ggf. noch unter intensivmedizinischen Bedingungen
- operative Versorgung sollte abgeschlossen sein
- Frakturen übungsstabil versorgt
- kein Hirndruck
- Patienten häufig noch in komatösem Zustand
- Frühreha-Barthelindex <35 Punkten

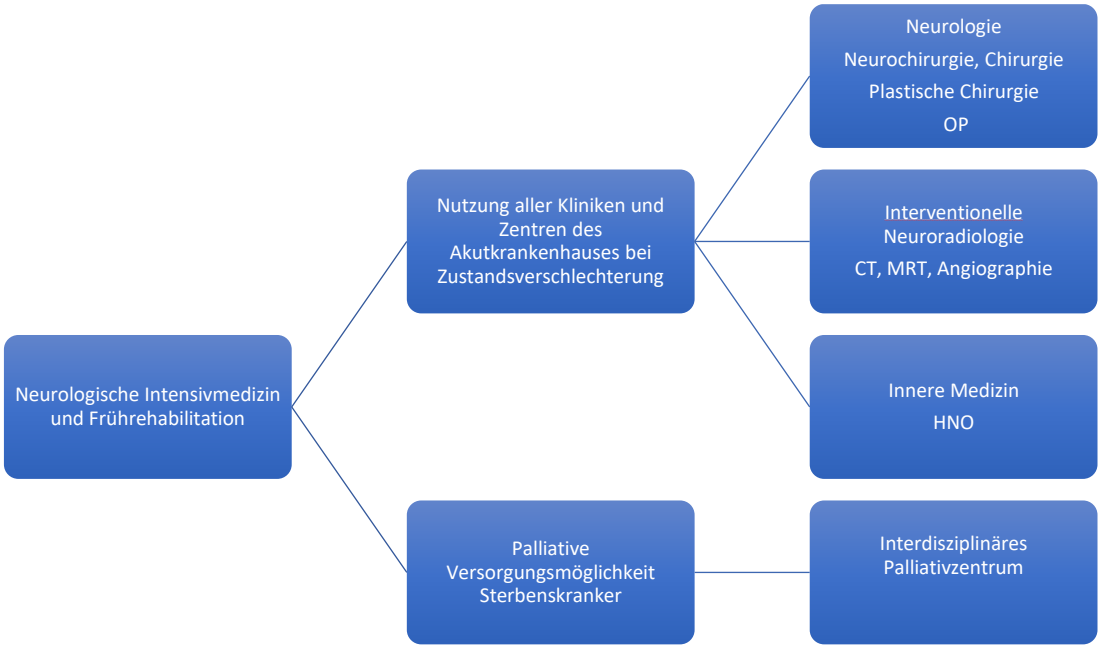
Phase C:
- Patient kann bereits besser aktiv mitarbeiten
- Frühreha-Barthelindex 35-80 Punkte.

Phase D:
- Anschlussheilbehandlung zur beruflichen, häuslichen und sozialen Wiedereingliederung
- Frühreha-Bathelindex > 80 Punkten

Phase F:
- Leben in einer Fachpflegeeinrichtung

- Hilfe bei der Rückkehr in ein selbstbestimmtes und selbständiges Leben und die Beteiligung an der Gemeinschaft

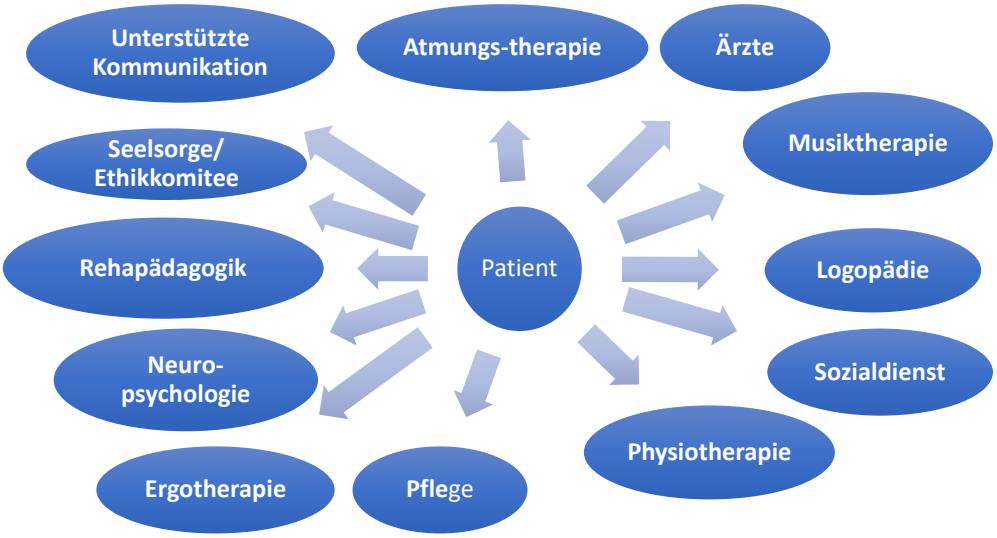
Das Ziel jeder Rehabilitation ist die Ermöglichung von Teilhabe! (SGB IX §§ 1 und 4)
Die Etablierung einer interdisziplinären Intensivstation für Patienten der Rehaphase B in einem Akutkrankenhaus hat Vorteile: Zum einen können alle Kliniken und Zentren des Akutkrankenhauses zur Therapie und Diagnostik der Patienten genutzt werden. Zum anderen besteht die Möglichkeit, Schwerstbetroffenen mit unheilbaren Erkrankungen und begrenzter Lebensdauer eine Behandlung im Sinne einer Symptomkontrolle und Lebensqualitätsverbesserung, auf der schon etablierten Palliativstation am Evangelischen Krankenhaus Oldenburg zu ermöglichen. Dies stellt sich wie folgt dar:



Interdisziplinäre Zusammenarbeit und Frührehabilitation auf der Intensivstation

Die intensivmedizinische Versorgung der Patienten mit schweren neurologischen/ neurochirurgischen sowie internistischen Grunderkrankungen inklusive Patienten mit einem Linksherzunterstützungssystem erfolgt auf der Intensivstation der Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation vorwiegend in Einzelzimmern.
Behandlungsschwerpunkte sind die invasive und nicht invasive Beatmung inklusiv der Indikationsstellung zur Heimbeatmung, das Sekretmanagement, das invasive hämodynamische Monitoring, die Nierenersatztherapie und das Neuromonitoring. Häufige Krankheitsbilder stellen der ischämische Schlaganfall, die Hirnblutung, der hypoxische Hirnschaden und die Critical-Illness-Polyneuro- und myopathie da. Des Weiteren werden Patienten nach einem Schädel-Hirn-Trauma, mit neuromuskulären Erkrankungen und Meningoencephalitiden behandelt.
Die Behandlung und Pflege der zumeist kritisch Erkrankten, großteils vigilanzgeminderten Patienten wird zum einen durch den ärztlichen Dienst bestehend aus Ärzten der Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation und Ärzten der Universitätsklinik für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie in enger Kooperation und intensivmedizinischem Fachpflegepersonal gewährleistet.
Zum anderen steht dem Patienten vom ersten Tag an ein multiprofessionelles Therapeutenteam, bestehend aus Physio- und Ergotherapie, Logopädie, Atmungstherapie, Neuropsychologie und Musiktherapie zur Verfügung. In der Betreuung von Patienten und Angehörigen, der Entscheidungsfindung in ethisch schwierigen Situationen sowie der Planung der außerklinischen Behandlung sind der Sozialdienst, die Neurorehabilitationspädagogik und das Angebot der innerklinischen Seelsorge bzw. die Nutzung des Ethikkomitees wichtige Bausteine.
Konzeptionell soll für den meist trachealkanülierten Patienten neben der akutintensivmedizinischen Versorgung und Pflege eine frühestmögliche Mobilisation, und Erlangung alltagspraktischer Fähigkeiten, eine Entwöhnung vom Beatmungsgerät, unter Berücksichtigung eines individuell angepassten Sekret- und Dysphagiemanagements, erzielt werden. Bei Weaningversagen ist die Versorgung des Patienten mit einem Heimbeatmungsgerät notwendig. Die Verbesserung der Kommunikation im Rahmen einer Heimbeatmung wird durch ein individuelles Trachealkanülenmanagement gewährleistet, um z.B unter Beatmung sprechen zu können. Für Patienten ohne verbale Äußerungsmöglichkeiten bietet sich die Möglichkeit der unterstützten Kommunikation mittels Augencode, der Nutzung eines Buzzers oder eines Piktogrammes sowie die computergestützte Kommunikation. Es wurde daher ein Fachbereich Unterstützte Kommunikation geschaffen, welcher wiederum in stationsbezogenen Teams arbeitet.
Bei der Einschätzung des individuellen Rehabilitationspotentials ist zudem die Diagnostik und Therapie kognitiver Defizite nötig. Zur Komplettierung des Therapiekonzeptes gilt es, Angehörige und engste Bezugspersonen des Patienten mit in den Genesungsprozess einzubeziehen. So stellen die Erhebung einer Sozialanamnese und die Einbeziehung von Angehörigen in Therapie und Pflege sowie die Ermittlung des mutmaßlichen Willens des Patienten wesentliche Aspekte dar. Im Rahmen von längeren Behandlungsverläufen ist die Unterstützung der Angehörigen durch Seelsorge und Neurorehabilitationspädagogik in Form von Gesprächen und dem Angebot einer Angehörigengruppe mit wechselnden Themenschwerpunkten essentiell.

Auf die enge Verzahnung der Arbeit von ärztlichem Dienst, Pflege und Therapie, wird eine besondere Priorität gesetzt. Zur Veranschaulichung der Arbeit des multiptrofessionellen Teams soll folgendes Diagramm dienen:



Zur täglichen und wöchentlichen Organisation des multiprofessionellen und interdiziplinären Teams sind folgende Leitstrukturen geschaffen worden:

- tägliche Übergabe des ärztlichen Nachtdienstes an das gesamte Team
- tägliche Konferenz der pflegerischen und ärztlichen Leitung sowie des Sozialdienstes hinsichtlich des Aufnahmemanagements und der vorausschauenden Behandlungsplanung schon vor Eintreffen des Patienten in der Klinik
- gemeinsame tägliche ärztliche und pflegerische Visite
- wöchentliche Teamkonferenz zur Festlegung der nächsten Behandlungsziele des Patienten.

Fallbeispiel

An einem Beispiel soll dieses erläutert werden: Ein Patient mit einem Zustand nach schwerem Schädel-Hirn-Trauma und Tetraparese, Dysphagie (mit erhaltener Restschluckfunktion) soll unter Beatmung sprechen und mit geblockter Trachealkanüle Joghurt zu sich nehmen. Hier gilt es, den Patienten zunächst mit Hilfe von Pflege und Physiotherapie in einen Stuhl oder auf die Bettkante zu mobilisieren. Da der Patient im Rahmen seiner Dysphagie die produzierte Speichelmenge nicht abschlucken kann, wird dieser medikamentös reduziert (ärztlicher Dienst). Zum Sprechen unter Beatmung bedarf es einer individuellen Kanülenanpassung (Logopädie, ärztlicher Dienst) und einer Modifikation der Beatmungseinstellung am Heimbeatmungsgerät (Atmungstherapeut, ärztlicher Dienst). Zum Essen des Joghurts mit einem Löffel, bei erhaltener Restfunktion im Bereich der oberen Extremität, ist eine optimale Positionierung des Armes und der Hand des Patienten, unter Berücksichtigung der funktionellen Nutzung der oberen Extremität sowie einer Löffelstielverdickung zum besseren Greifen des Löffels (Ergotherapie) nötig. Die Technik des Abschluckens wird durch die Logopädie begleitet. Ein Stundenplan könnte dann wie folgt aussehen:

EVANGELISCHES KRANKENHAUS OLDENBURG

Ausschnitt aus einem Therapieplan/Stundenplan NFR

Gültig ab: 04.11.2014
Datum

Name des Patienten: H.T., 47 J.
schw. SHT, Koma, Weaning

Koordinator:
S. Sin

Uhrzeit	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donnerstag	Freitag	Samstag	Sonntag
09:00-10:00	Pflege	Pflege	Pflege	Pflege	Pflege	Pflege	Pflege
10:00-10:30	Künstl. Therapie Frau H.	Künstl. Therapie Frau H.	Künstl. Therapie Frau H.	Künstl. Therapie Frau H.	Künstl. Therapie Frau H.		
10:30-11:00	**TK entblocken Tracoe-Sprech-aufsatz** Ergotherapie Frau U.	**TK entblocken Tracoe-Sprech-aufsatz** Ergotherapie Frau U.	**TK entblocken Tracoe-Sprech-aufsatz** Ergotherapie Frau U.	**TK entblocken Tracoe-Sprech-aufsatz** Ergotherapie Frau U.	**TK entblocken Tracoe-Sprech-aufsatz** Ergotherapie Frau U.		
11:00-11:30	Physiotherapie Herr K. / Herr Sch. **Feuchte Nase TK blocken**	Physiotherapie Herr K. / Herr Sch. **Feuchte Nase TK blocken**	Physiotherapie Herr K. / Herr Sch. **Feuchte Nase TK blocken**	Physiotherapie Herr K. / Herr Sch. **Feuchte Nase TK blocken**	Physiotherapie Herr K. / Herr Sch. **Feuchte Nase TK blocken**		
11:30-12:45	Sitz im Rollstuhl/Hängematte	Sitz im Rollstuhl/Hängematte	Sitz im Rollstuhl/Hängematte	Sitz im Rollstuhl/Hängematte	Sitz im Rollstuhl/Hängematte		
12:45-13:00	Transfer Physio ins Bett	Transfer Physio ins Bett	Transfer Physio ins Bett	Transfer Physio ins Bett	Transfer Physio ins Bett		
13:00-14:00	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause	Mittagspause		
14:00-14:45	**TK entblocken** Logopädie & Neuropsychologie Herr Z. / Frau Sch. **TK blocken**	**TK entblocken** Logopädie & Neuropsychologie Herr Z. / Frau Sch. **TK blocken**	**TK entblocken** Logopädie & Neuropsychologie Herr Z. / Frau Sch. **TK blocken**	**TK entblocken** Logopädie & Neuropsychologie Herr Z. / Frau Sch. **TK blocken**	**TK entblocken** Logopädie & Neuropsychologie Herr Z. / Frau Sch. **TK blocken**		

Behandlungspfade und Entlassmanagement
Konnte erreicht werden, dass der Patient keiner intensivmedizinischen Betreuung bedarf, eine Entwöhnung des Patienten vom Beatmungsgerät erfolgte oder ist eine stabile Versorgung mit Hilfe eines Heimbeatmungsgeräts abgeschlossen, steht einer Verlegung auf eine frührehabilitative Station nichts mehr im Wege.
Aus der Frührehabilitation ist eine Verlegung in eine weiterführende Rehabilitationsphase C, ins häusliche Umfeld / Heimeinrichtung oder in eine Phase F Einrichtung möglich. Die weitere Versorgung von trachealkanülierten und / oder heimbeatmeten Patienten in einer Beatmungswohngemeinschaft oder mit Hilfe einer häuslichen 24-Stunde-Intensivpflege stellt ebenfalls eine Entlassungsoption, auch direkt von der interdisziplinären Intensivstation, dar.
Eine strukturierte Entlassungsplanung unter Federführung des Sozialdienstes mit Berücksichtigung des Entlassungsortes, einer individuellen und adäquaten Hilfsmittelversorgung, einer Einbeziehung der nächsten Angehörigen und Hilfe bei der Beantragung von einer Einordnung in eine Pflegestufe und anderen Leistungen aus der Pflege-, Kranken-, und Rentenversicherung, sind für die außerklinische weitere Versorgung eines Patienten unerlässlich. Die Kooperation und enge Verzahnung mit den örtlichen ambulanten Pflege- und Intensivpflegediensten, den Pflege- und Fachpflegeeinrichtungen, ist ein wichtiger Baustein der Entlassungsplanung.

Ambulante Weiterbehandlung
Die Komplexität der kognitiven und körperlichen Defizite unserer Patienten stellt auch nach Entlassung eine große Herausforderung für die Weiterbehandler dar. Unter anderem benötigte Expertise in der Heimbeatmung, Spastiktherapie sowie Unterstützten Kommunikation sind nicht flächendeckend verfügbar. Die zum jetzigen Zeitpunkt vielerorts im Aufbau befindlichen Medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderungen, in denen ebenfalls interdisziplinäre Teams schwer mehrfachbehinderte und geistig behinderte Menschen betreuen werden, sind zur adäquaten medizinischen-, sozialmedizinischen und therapeutischen Weiterversorgung essentiell.

Dr. Kerstin Pelzer, Fachärztin für Neurologie
Nicole Seyfarth, Fachärztin für Anästhesiologie, Notfallmedizin und Anästhesiologische Intensivmedizin

Neurointensivstation
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg,
Steinweg 13 – 17
26122 Oldenburg
www.evangelischeskrankenhaus.de

2. Bonner Beatmungs-Symposium

Über 150 Teilnehmer diskutierten über aktuelle Themen der Beatmungsmedizin - ganz im Sinne von Vernetzung und interdisziplinärer Zusammenarbeit.

„Beatmet leben - eine Herausforderung“ - unter diesem Titel fand am 18. November 2017 das 2. Bonner Beatmungs-Symposium statt. Nachdem die große Teilnehmerresonanz beim 1. Symposium 2016 die Räumlichkeiten sprichwörtlich gesprengt hatte, fand das Folgesymposium in diesem Jahr im Kameha Grand Bonn statt und bot viel Platz für Vorträge, Workshops und kollegialen Austausch.
Unter der Leitung von Dr. Abdel Hakim Bayarassou, dem Chefarzt der Klinik für Pneumologie, Kardiologie, Schlaf- und Beatmungsmedizin im Malteser Krankenhaus Seliger Gerhard Bonn/Rhein-Sieg diskutierten über 150 Teilnehmer aktuelle Themen der Beatmungsmedizin. In Vorträgen und Diskussionen herrschte Einigkeit: Eine optimale Versorgung von Beatmungspatienten kann nur dann gelingen, wenn Berufsgruppen und Fachrichtungen multiprofessionell vernetzt zusammenarbeiten. Entsprechend gestaltet war das Programm: Neben einem Pneumologie-Vortrag kamen auch Vertreter der Neurologie, der Kardiologie, der Palliativmedizin und der Logopädie zu Wort und diskutierten mit den teilnehmenden Ärzten, Pflegekräften und Therapeuten.
Parallel zu dem Vortragsprogramm hieß es „Hands on“: In Workshops ging es beispielsweise um verschiedene Beatmungsmodi, Thoraxsonografie, Kanülen- und Sekretmanagement. Eine Podiumsdiskussion rundete das Programm ab: Anhand eines konkreten Falls diskutierten ein Klinikarzt, eine Sozialarbeiterin, eine Atmungstherapeutin, die Leiterin eines Ambulanten Pflegedienstes und ein Krankenkassenmitarbeiter das Überleitungsmanagement einer beatmeten Patientin. Diese selbst war ebenfalls dabei und berichtete über ihre Überleitung aus der stationären in die ambulante Versorgung.
Die Pausen nutzten die Teilnehmer zum Besuch der begleitenden Industrieausstellung und zum Austausch rund um die Beatmungsmedizin. Nach über sieben Stunden Programm verabschiedete Veranstaltungsleiter Dr. Abdel Hakim Bayarassou seine Gäste mit den Worten: „Wir sehen uns im nächsten Jahr beim 3. Bonner Beatmungs-Symposium wieder.“

Dr. Abdel Hakim Bayarassou

Beatmungsqualität und Schrittmachereinstellung

Was ist zu beachten, wenn Beatmungspflichtige Patienten wegen einer kardialen Komorbidität die Implantation eines Schrittmachers (SM), Resynchronisierungsgerätes (CRT) oder Defibrillators (ICD) benötigen?

Hintergrund

In zunehmendem Maße finden sich unter Beatmungspflichtigen Patienten Fälle mit einer kardialen Komorbidität, die die Implantation eines Schrittmachers (SM), Resynchronisierungsgerätes (CRT) oder Defibrillators (ICD) erforderte. In Europa ist Deutschland führend bei der Implantation von SM mit stetig steigender Tendenz [1, 2, 3]. Waren es im Jahr 2010 noch 1264 Implantationen pro Million Einwohner (pME), so stieg diese Zahl im Jahr 2016 auf 1314 pME. 261 pME CRT-Geräte wurden 2016 in Deutschland implantiert und 356 pME ICD-Geräte. Da die einmal begonnene Aggregate-Therapie i.d.R. lebenslang fortgesetzt wird, akkumulieren sich mehr und mehr solcher Geräte in der Bevölkerung. Dieses Aggregat kann bei der Beatmungseinstellung eine entscheidende Rolle spielen, da die Transportkapazität für CO_2 zur Lunge u.a. von der Pulsfrequenz abhängig ist [4, 5]. Bei Einleitung einer intermittierenden nur nachts durchgeführten Beatmung wird u.U. die für den normokapnischen Gastransport kritische Pulsfrequenz unterschritten in Fällen, in denen die Geräte entweder auf der üblichen Werkseinstellung von 60/min belassen werden oder eine nächtliche Absenkung der unteren Grenzfrequenz programmiert ist. In diesen Fällen ist das erzielte Herzminutenvolumen so niedrig, dass trotz optimaler Einstellung des Beatmungsgerätes nicht genug CO_2 zur Lunge transportiert und damit abgeatmet wird. Auch bei normokapnischen Patienten kann die untere Grenzfrequenz der Aggregate problematisch sein, wenn die Pulsfrequenz den O_2-Transport von der Lunge ins Gewebe limitiert (Abb. 2). Dass das Herzzeitvolumen, als Produkt von Herzschlagvolumen und Pulsfrequenz, maßgeblich entscheidend ist für die O_2-Aufnahme, haben Bassett & Howley (2000) ausführlich dargestellt [6].

Methodik

Im Rahmen von Kontrollen außerklinischer Beatmungstherapien oder von aktuellen Einstellungen auf eine Beatmungstherapie werden, gemäß S2-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) [7], sehr regelmäßig transkutane pCO_2-Untersuchungen (tCO_2) und Blutgasanalysen (BGA) durchgeführt, um den Zielparameter pCO_2zu überwachen. Für die tCO_2-Untersuchungen stehen TOSCA 500 Geräte (Radiometer, Kopenhagen, Dänemark) zur Verfügung. BGAs werden mit Omni S Geräten durchgeführt (Roche, Basel, Schweiz) und Pulsoximetrien mit Nonin Avant 4000 Geräten (Nonin Medical, USA). Mit den TOSCA 500 Geräten wird gleichzeitig eine Pulsoximetrie durchgeführt, so dass, ebenso wie mit den Nonin-Pulsoximetern, Pulsfrequenz-Verläufe für die gesamte Messnacht zur Verfügung stehen.

Bei fortbestehender Hyperkapnie nach erfolgreicher Beatmungseinleitung fielen in einigen Fällen starre Pulsfrequenzverläufe auf, vorzugsweise geradzahlige 10er Pulsfrequenzwerte (am häufigsten bei 60/min). In anderen Fällen waren nächtliche sprunghafte Änderungen (um exakte Beträge von 5/min oder 10/min) der Pulsfrequenz der ansonsten eher frequenzsstarren Pulsfrequenz in den Messungen zu beobachten. Bei näherer Untersuchung stellte sich heraus, dass es sich hier um Patienten mit SM, CRT oder ICD handelte, bei denen die untere Grenzfrequenz des Aggregats bei Werkseinstellung verblieben war, oder bei denen eine abendliche Frequenzabsenkung bzw. eine morgendliche Frequenzerhöhung der Backup-Frequenz programmiert wurde.

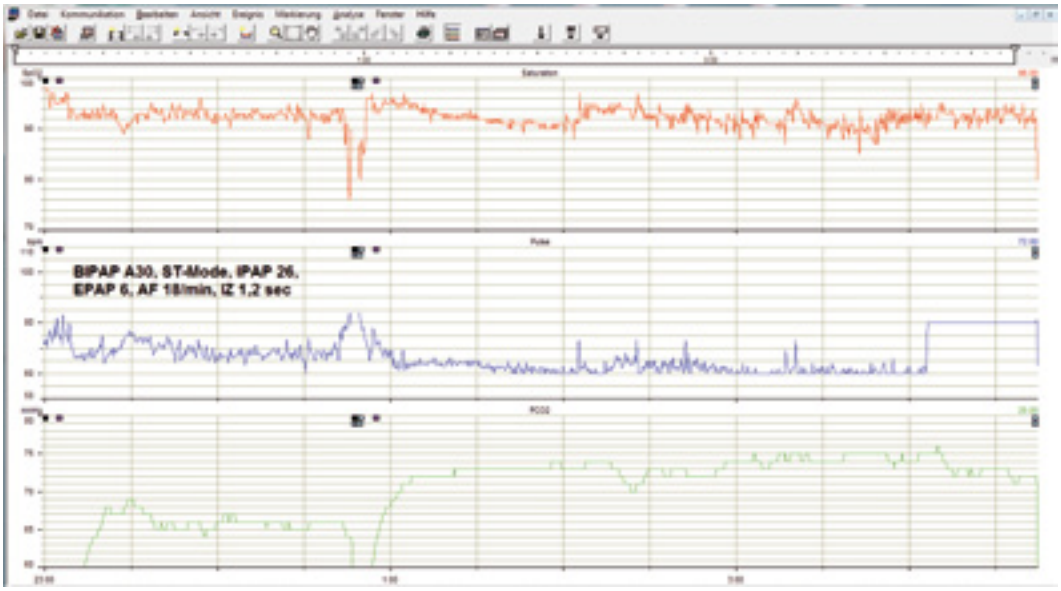


Abb. 1: Transcutane pCO_2-Messung eines Patienten unter nichtinvasiver Beatmung mit aktiviertem Nachtmodus (programmierte Absenkung der Nachtherzfrequenz) des implantierten Schrittmachers. Von 23:00 Uhr bis 0:50 Uhr Patient noch wach, dann Einschlafen nach Toilettengang mit tCO_2-Werten bis 75 mmHg. Am Morgen gegen 4:07 Uhr tCO_2-Abfall nach programmiertem Ende der Nachtabsenkung der unteren Grenzfrequenz (60/min) und Erhöhung auf Tagesniveau von 80/min

Ergebnisse

Nicht in allen Fällen war ein Einfluss der Aggregat-Einstellung auf die Beatmungsqualität zu beobachten. In einigen Fällen konnte jedoch gezeigt werden, dass die eingestellte untere Grenzfrequenz bzw. die nächtliche Pulsfrequenz-Absenkung den Blutgastransport so stark beeinträchtigte, dass hyperkapnische tCO_2-Werte beobachtet wurden, die entweder beim programmierten morgendlichen Hochschalten der Schrittmacher Backup-Frequenz deutlich fielen (Abb.1) oder beim Erwachen des Patienten. In kritischen Fällen konnten die Aggregate entsprechend umprogrammiert werden, um eine nächtliche verbesserte CO_2-Abatmung im Rahmen der Beatmungseinstellung zuzulassen und zu gewährleisten.

Der letzte Fall (06/2017) eines Patienten mit COPD Stadium GOLD IV und gleichzeitigem Vorliegenden von koronarer Dreigefäßerkrankung, Z.n. Myokardinfarkt, ischämischer Kardiomyopathie, AV-Block 1. Grades und ICD-Implantation acht Jahre zuvor, konnte erfolgreich zunächst auf eine nichtinvasive Beatmung (NIV) eingestellt werden. Die pCO_2-Werte blieben jedoch im hyperkapnischen Bereich (BGA-Verlauf: 23:30 Uhr pCO_2 = 54,3 mmHg, 2:34 Uhr pCO_2 = 56,7 mmHg). Das ICD-Aggregat war auf eine untere Grenzfrequenz von 50/min eingestellt, die der Patient auch stets in der Nacht erreichte. Mit Hilfe der kardiologischen Abteilung wurde das Aggregat umprogrammiert auf eine untere Grenzfrequenz von 60/min, worunter normokapnische pCO_2-Werte erreicht werden konnten (BGA-Verlauf: 1:49 Uhr pCO_2 = 48,7 mmHg, 4:25 Uhr pCO_2 = 39,4 mmHg).

Dieses Beispiel, so wie auch die in den Abbildungen 1 und 2, gehören zu einer Fallsammlung, die 2012 mit dem ersten Fall dieser Art begonnen wurde. Seitdem kommen stetig welche dazu, bei denen nach erfolgreicher NIV-Einstellung erst die Umprogrammierung des jeweiligen Aggregats eine Beatmungsqualität im Bereich normokapnischer BGA-Werte ermöglichte bzw. eine deutliche Senkung der pCO_2-Werte zuließ.

Diskussion

Eine wachsende Anzahl beatmungspflichtiger Patienten ist bei Auftreten der Lungen- bzw. Atempumpeinschränkung bereits mit elektronischen kardialen Geräten (SM, CRT, ICD) versorgt. Die Einstellung dieser Aggregate bzgl. der unteren Grenzfrequenz bzw. die Einstellung einer Nachtabsenkung der unteren Grenzfrequenz orientiert sich offensichtlich insbesondere an Standard- bzw. Werkseinstellungen. Bei einer Untersuchung an 140 Schrittmacher-Patienten konnte Kruse (2010) feststellen, dass bei 103 (73,6%) Patienten die untere Grenzfrequenz bei der Werkseinstellung 60/min verblieben war. Nur bei 37 (26,4%) Patienten wurde die untere Grenzfrequenz nach unten (n=8) oder oben (n=29) aktiv angepasst [8]. Bei verschiedenen kardialen Erkrankungen (z.B. Hypertonie, koronare Herzerkrankung, Herzinsuffizienz) wird eine Pulsfrequenz-Senkung (i.d.R. mit beta-Blockern) als kardiale Therapiestrategie verfolgt, da sich damit die diastolische Zeit verlängert, in der die Durchblutung des Herzmuskels selber erfolgt [9, 10]. Oft wird also eine niedrig eingestellte Pulsfrequenz für den kardiologischen Patienten als vorteilhaft angesehen. Daher erfährt die Einstellung der unteren Grenzfrequenz an den implantierten Aggregaten offenbar relativ wenig Aufmerksamkeit.

Offen ist derzeit die Frage, in welchem Pulsfrequenzbereich die untere Grenzfrequenz eines solchen Aggregats problemlos variiert werden kann. Chew et al. (1996) haben eine Untersuchung durchgeführt, bei der die nächtliche Herzfrequenz von Zweikammer-Schrittmachern für drei Wochen auf 50/min eingestellt war und für drei Wochen auf 80/min. Die verschiedenen Parameter systolischer und diastolischer Herzfunktion waren jeweils bei 80/min schlechter als bei 50/min. Die Studie untersuchte jedoch nur neun Patienten, die eine eingeschränkte kardiale Funktion hatten [11].

Ideal wäre es, im Einzelfall die kardiale Funktion in Abhängigkeit von der am Aggregat eingestellten unteren Grenzfrequenz individuell zu messen. Als Verfahren käme dafür die nächtliche Impedanzkardiographie in Frage. Mittels Impedanzkardiographie ließe sich das Herzschlagvolumen kontinuierlich Herzschlag für Herzschlag über die gesamte Nacht aufzeichnen. Wenn in den Aggregaten der Nachtmodus aktiviert wird, dann können innerhalb einer Messnacht zwei verschiedene Pulsfrequenzen eingestellt und in ihrer Auswirkung auf das Schlagvolumen bestimmt werden. Ein statistischer intraindividueller Vergleich der Schlagvolumen-Mittelwerte von ca. 14.000 Herzzyklen pro

Abb. 2a: Pulsoximetrie eines Patienten mit frühkindlichem hypoxischem Hirnschaden. Tiefe langstreckige Entsättigungen bei Einstellung der unteren Schrittmacher-Grenzfrequenz auf 60/min bei Normokapnie

Pulsfrequenz-Einstellung würde eine Beurteilung auf der Basis einer sehr soliden Datenpopulation erlauben. Am Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft wird diese Technik ab September 2017 erprobt.
Da die Pulsfrequenz die Blutgastransportkapazität mitbestimmt (CO_2-Transport zur Lunge und O_2-Transport von der Lunge ins Gewebe), nimmt die Einstellung der unteren Grenzfrequenz am SM/CRT/ICD Einfluss auf die Beatmungsqualität. Die untere Grenzfrequenz des Aggregats kann so niedrig eingestellt sein, dass trotz richtig eingestellter Beatmungsparameter nicht genug CO_2zur Lunge transportiert und keine ausreichende Beatmungsqualität erzielt wird. Neben IPAP, EPAP, Atemfrequenz und Inspirationszeit am Beatmungsgerät muss in solchen Fällen der Schrittmacher als fünftes Element der Beatmungseinstellung den Anforderungen entsprechend adjustiert werden. Bei normokapnischen Patienten (Abb. 2) ohne Beatmungsgerät kann der O_2-Transport limitiert sein.

Dr. rer. nat. Jens Kerl, Leiter Schlafmedizin, Außerklinische Beatmung, Dr. med. Detlev Heyse, Dr. med. Marcus Möllenberg, Dr. med. Christian Berndt, PD Dr. med. Dominic Dellweg
Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft GmbH, Schmallenberg

Dr. rer. nat. Jens Kerl

Literatur

[1] Statistics for Cardiac Rhythm Management products, 2012-2016. CRM charts 2016. http://www.medtecheurope.org/node/801
[2] Valzania C, Torbica A, Tarricone R, Leyva F, Boriani G. Implant rates of cardiac implantable electrical devices in Europe: A systematic literature review. Health Policy 2016 Jan;120(1):1-15. doi: 10.1016/j.healthpol.2015.11.001. Epub 2015 Nov 10.
[3] Cunningham D, Cunningham M, Donkor A, Linker N, Murgatroyd F. National Audit of Cardiac Rhythm Management Devices April 2015 - March 2016. National Institute of Cardiovascular Outcomes Research (NICOR), The British Cardiovascular Society, The British Heart Rhythm Society (BHRS), The Healthcare Quality Improvement Partnership (HQIP), UCL (University College London), Published on 14 February 2017, www.bhrs.com/audit and www.ucl.ac.uk/nicor/audits/cardiacrhythmmanagement/publicreports
[4] Weil MH, Bisera J, Trevino RP, Rackow EC. Cardiac output and end-tidal carbon dioxide. Crit Care Med 1985;13:907-9
[5] Ornato JP, Garnett AR, Glauser FL. Relationship between cardiac output and the end-tidal carbon dioxide tension. Ann Emerg Med 1990;19:1104-6
[6] Bassett DR Jr., Howley ET. Limiting factors for maximum oxygen uptake and determinants of endurance performance. Med Sci. Sports Exerc. 2000, 32: 70-84
[7] Windisch W, Brambring J, Budweiser S, Dellweg D, Geiseler J, Gerhard F, Köhnlein T, Mellies U, Schönhofer B, Schucher B, Siemon K, Walterspacher S, Winterholler M, Sitter H. Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz. S2-Leitlinie herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. Pneumologie 2010, 64, 640-652
[8] Kruse SM. Einfluss präventiver Stimulationsalgorithmen auf das Verteilungsmuster der Induktionsszenarien. Dissertation Univ. Bonn, 2010
[9] Reiterer W. Hämodynamische Untersuchungen bei Patienten mit Hypertonie und Herzinsuffizienz. S. 95-100 in: Porpaczy E, Steger N, Büttner KHJ. Ein neues Konzept in der Hochdrucktherapie. Medical Congress Service. Meducation Foundation. Clyancourt Corporation, Cham 1984
[10] Stoschitzky K. KHK und Beta-Blocker. J Kardiol 2003; 10 (Suppl A), 10-13
[11] Chew PH, Bush DE, Engel BT, Talan MI, Abell RT. Overnight Heart Rate and Cardiac Function in Patients with Dual Chamber Pacemakers. Pace 1996; 19; 822-828

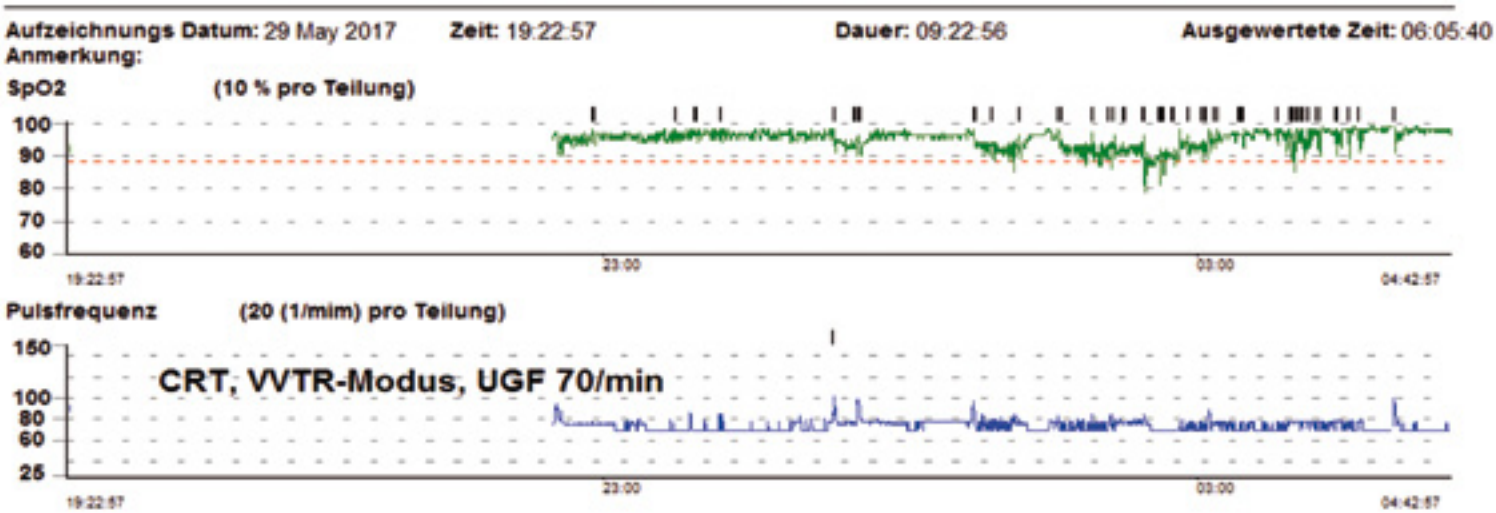


Abb. 2b: Pulsoximetrie desselben Patienten wie in Abb. 2a dargestellt, jedoch nach Erhöhung der unteren Grenzfrequenz des Schrittmachers auf 70/min. Es resultiert eine stabile Sättigung mit Werten überwiegend oberhalb 90%

ResMed

Astral™ series

Astral Release 5

Tag für Tag sorgen die Astral-Geräte für eine sichere und zuverlässige Beatmung und geben damit beatmungsabhängigen Patienten ein Stück Mobilität und Unabhängigkeit zurück.

Das aktuelle Software Update Release 5 bietet:

- Verbesserte Schlauchtest-Funktionalität
- Sicherheitsvolumen für Leckagebeatmung
- Optimiertes Alarmverhalten
- Schnellere PEEP-Regulierung
- Erweitertes Akku-Management

NO LIMITS - internationales Theaterfestival Berlin

Vom 9. bis 18. November 2017 war Berlin wieder Schauplatz von NO LIMITS – internationales Theaterfestival Berlin. Über 200 Mitwirkende mit und ohne Behinderung waren aus Australien, Deutschland, England, Frankreich, Österreich, Polen, der Schweiz und Spanien waren nach Berlin gekommen. Spielorte waren das HAU Hebbel am Ufer, Theater Thikwa und Ballhaus Ost.

Das Theaterfestival hatte Andreas Meder 1997 in Mainz ins Leben gerufen und es war das erste Festival im deutschsprachigen Raum, bei dem Künstler und Künstlerinnen mit und ohne Behinderungen sich auf Augenhöhe begegneten. Seitdem findet es regelmäßig statt. Auch in diesem Jahr wurden viele außergewöhnliche Theaterstücke gezeigt, so beispielsweise die Uraufführung „Der Tag, an dem Kennedy ermordet wurde, und Mimmi Kennedy Präsidentin wurde“ von Dennis Seidel, einem Regisseur mit geistiger Behinderung. Auf die häufige Frage beim Festival, wer denn nun auf der Bühne behindert ist und wer nicht, spielten Danza Mobile & Yugsamas Movement Collective in ihrem Tanzstück „Where is down?“ an. In „Luegen“, einem Gastspiel der Münchner Kammerspiele, kommunizierten eine hörende und eine gehörlose Schauspielerin über die Wahrheit. Und im Stück „Hypergamie“, Gewinner des Jury-Preises beim Favoritenfestival 2016, wurde das Publikum in eine behinderte und eine nicht behinderte Hochzeitsgesellschaft eingeteilt.
Im Rahmen des Festivals fand das dreitägige Symposium „Take Care“ mit Vorträgen, Performances, Kontroversen und Perspektiven zum Thema Fürsorge als sozialer, kreativer und politischer Entwurf statt. Aktivistinnen und Aktivisten, Theoretikerinnen und Theoretiker aus den Bereichen Performance, Kunst, Politik, soziale Arbeit, Wissenschaft, Gesundheitswesen und Sexarbeiten suchten dabei nach Entwürfen und Koalitionen. Zu den Mitwirkenden gehörte Matthias Vernaldi, u.a. Redakteur von „Mondkalb – Zeitschrift für das organisierte Gebrechen“ und Vorstand des Assistenzvereins ambulante dienste e.V.. Wegen einer Muskelkrankheit ist er 24 Stunden auf

Plakatmotiv zum Symposium Take Care, Gestaltung: Stefan Fähler

Assistenz angewiesen. Im Jahr 2000 gründete er die Initiative „Sexybilities – Sexualität und Behinderung“ und ist seit 2002 Mitglied des Landesbeirates für Menschen mit Behinderungen. Auf dem Symposium sprach er darüber, welche Möglichkeiten der Fürsorge entstehen, wenn hilfsbedürftige Menschen ihre Unterstützung nach eigenen Bedingungen strukturieren. Gemeinsam mit Rebecca Maskos wirkte er in dem Stück „Hope and Fear on Trial“ mit. Ausgangspunkt ist eine atemlose Nacht, weil das Atemgerät gestreikt hat. Quälende Fragen kreisen im Kopf: „Was, wenn das Sozialamt einem das Geld für nächtliche Assistent*innen verweigert hat, man aber nur überlebt, wenn die Assistent*in sofort bei einem ist? Was, wenn man im Rollstuhl vor der Stairway to Heaven steht? Ab zum Highway to Hell? Muss man seine Hoffnung auf Erlösung herunterschrauben und seine Glückserwartungen reduzieren? Darf man überhaupt irgendetwas erwarten?“
Mehr unter www.no-limits-festival.de

(v.li.n.re.) Jeremy Wade, Matthias Vernaldi und knoblich beim Symposium Take Care, Foto: Alexa Vachon

Ziel Perspektivenwechsel: Das Projekt „CASCO – vom Case zum Coach“ der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben

2018 jährt sich das Inkrafttreten UN-Behindertenrechtskonvention auf internationaler Ebene. Einer der zentralen Grundsätze dieser Konvention ist der Satz „Nichts über uns ohne uns“. Die ISL führt ein bundesweites Modellprojekt unter dem Titel „CASCO – Vom Case zum Coach“ durch. Hier geht es ganz praktisch auch um „Nichts über uns ohne uns“.

Das Ziel von CASCO und seiner Qualifizierung ist es, im Geiste der UN-Behindertenrechtskonvention Menschen mit Behinderung zu Referent*innen für eine menschenrechtsbasierte Behindertenpolitik auszubilden. Dies soll dazu führen, dass bei Themen und Fragen aus allen Lebensbereichen, die behinderte Menschen betreffen, ihnen zukünftig als Expert*innen in eigener Sache noch mehr Gehör verschafft wird. Tatsächlich finden sich in Aktionsplänen und Leitbildern der Rehabilitationsträger sowie der Träger der Behindertenhilfe entsprechende Absichtserklärungen, behinderte Menschen aktiv einzubeziehen und ihre Selbstbestimmung zu fördern. In der Praxis mangelt es jedoch bisher an entsprechend qualifizierten Referent*innen, um diesen Worten auch Taten folgen lassen zu können.
Mit dem Anspruch, an dieser Situation etwas zu verändern, startete im Jahr 2016 das mit Mitteln des Ausgleichsfonds geförderte Projekt „CASCO – vom Case zum Coach“, das bis 2020 läuft und an dessen Ende die Schaffung eines Referentenpools für Fort- und Weiterbildungsangebote verschiedener Träger stehen wird. Nach intensiver konzeptioneller Arbeit wurde im Sommer 2017 die Qualifizierung ausgeschrieben. Die Resonanz, die das Projekt seitdem erfährt, hat alle Beteiligten positiv überrascht. Das Interesse war und ist nach wie vor sehr groß. Auch der zweite Jahrgang, der im November 2018 in Mainz beginnen wird, ist infolge der hohen Anzahl eingegangener Bewerbungen bereits nahezu voll besetzt. Doch nicht nur die Zahl der Bewerber*innen spricht für einen guten Start des Projekts, sondern auch die Tatsache, dass bereits erste Buchungen der angehenden Referenten für Weiterbildungen vorliegen. So kooperieren z. B. das Deutsche Rote Kreuz und die Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation sowie die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung mit der ISL.
Vom 1.-3.11.2017 fand das erste von zwei Präsenzseminaren im Bildungszentrum Erkner bei Berlin statt. Für die 16 Teilnehmer*innen mit unterschiedlichsten Behinderungen, die aus ganz Deutschland kamen, standen dabei Themen wie die UN-Behindertenrechtskonvention, die menschenrechtliche Sicht von Behinderung und ihre Auswirkungen auf das deutsche Sozialsystem, Fragen der Barrierefreiheit sowie das Konzept der Selbstbestimmung auf dem Programm. Ergänzend kamen praxisorientierte Übungen hinzu, in denen die Teilnehmer sich eigene Stärken ebenso bewusst machen sollten wie ihre ganz individuelle Wirkung als Referent*in mit Behinderung. Dabei waren die Grenzen zwischen fachlicher Diskussion und persönlichem Erfahrungsaustausch besonders interessant. Auf dieses erste Seminar folgen in dem dreiteiligen Aufbau der Qualifizierung nun ein Selbststudium mittels einer Onlinelernplattform sowie ein erster praktischer Einsatz der Teilnehmer*innen als Referent*in. Themen des Selbststudiums sind z. B. ein Überblick über das Sozialsystem und die Sozialgesetzbücher, Informationen über das Persönliche Budget und Persönliche Assistenz, barrierefreie Gesundheitsleistungen sowie die Lebenssituation behinderter Frauen und Mädchen. Begleitet werden die Teilnehmer*innen während dieser Phase durch die Projektleitung sowie Expert*innen der einzelnen Themengebiete. Den abschließenden Teil der Qualifizierung bildet schließlich das zweite Präsenzseminar. Dieses findet vom 15.-17.6.2018 wiederum im Bildungszentrum Erkner statt. Dann werden die Reflektion des praktischen Einsatzes und methodische Fragen im Mittelpunkt stehen, bevor den Teilnehmer*innen der erfolgreiche Abschluss der Qualifizierung durch ein Zertifikat bescheinigt wird.
An dieser Stelle sei ein kurzer Ausblick auf den 2. Qualifizierungsjahrgang gewagt, denn Ort und Zeit für die Präsenzseminare stehen bereits fest: Sie finden vom 14.-16.11.2018 sowie vom 26.-28.6.2019 im Hotel INNdependence in Mainz statt.
Weitere Informationen sowie potentielle Kooperationspartner finden Sie auf der Website: www.casco.isl-ev.de
Darüber hinaus steht die Projektleitung für Nachfragen per E-Mail: bvieweg@isl-ev.de oder gkuehlborn@isl-ev.de sowie telefonisch: 03641/234795 zur Verfügung.

Grit Kühlborn
Referentin der Geschäftsführung
ISL e.V.- Büro Jena, S.- Allende- Platz 11

Grit Kühlborn

Wenn man kommunizieren kann, dann ist man nicht gefangen in seinem eigenen Körper

Renate Leschik, Ehefrau und Mutter von zwei erwachsenen Kindern, ist seit 2000 an der Amyotrophen Lateralsklerose ALS erkrankt. Acht Jahre später wurde ein Luftröhrenschnitt für die Beatmung durchgeführt. Sie wollte weiterleben und hat dies durch eine kleine Bewegung ihrer Finger signalisieren können. Im folgenden Text, den sie mit den Augen geschrieben hat, schildert sie ihren Umgang mit der Erkrankung und ihre Freude am Leben. Eine der wichtigsten Kraftquellen ist die Möglichkeit zu kommunizieren und ihre Erfahrungen über ein Leben mit Beatmung weiterzugeben.

Beatmung kann man sich erst vorstellen, wenn man betroffen ist. Viele Leute wissen überhaupt nicht, was es bedeutet, beatmet zu werden, und ich gehörte früher auch dazu. Ich wusste nicht einmal, dass es so etwas gibt!
Im Jahr 2000 bin ich an ALS erkrankt. Trotz der Erkrankung hat mich kein Arzt aufgeklärt, dass es dazu kommen kann, dass ich eines Tages beatmet werden muss. Als es dazu kam, konnte ich mich wegen der ALS nicht mehr dazu äußern. Da wurde nur immer wieder gesagt, ich hätte eine Lebenserwartung von fünf Jahren. Keiner kann sich vorstellen, welche Ängste ich in dieser Zeit hatte. Einfacher gesagt: Jeden Tag habe ich auf den Tod gewartet; ich war psychisch am Ende. Aber ich wollte keine Tabletten dagegen nehmen, um nicht noch kränker zu werden als ich schon war. Ich hatte großes Vertrauen in die Ärzte, weil es mehrere gesagt haben.
Im Jahr 2008 wurde ich zuhause bewusstlos und kam ins Krankenhaus. Mit der Beatmungsmaske war ich leider nicht zurechtgekommen. So wurde ich gefragt, ob ich leben oder sterben möchte. Ich sollte die Hand / Finger schließen, wenn ich „JA“ zum Weiterleben sagen möchte. Sprechen konnte ich ja nicht mit der Beatmungsmaske im Gesicht. So habe ich mich für das Leben entschieden, war aber in einem kritischen Zustand, als ich den Luftröhrenschnitt bekam. Dann lag ich im Koma. Ich habe nur viele Ärzte und eine Schwester um mich gesehen. Mein Zustand war katastrophal, und ich hörte sie rufen: „Frau Leschik, Sie müssen kämpfen!“ Von wegen, man bekommt nichts mit, wenn man im Koma liegt! Ich muss sagen, das waren nur Sekunden, was ich mitbekommen habe. Aber ich weiß sehr viel über die Zeit, als ich im Koma lag. Sprechen konnte ich mit keinem darüber. Erst nach Jahren habe ich über die Zeit geschrieben, in der ich im Koma war.
Ein Luftröhrenschnitt ist auch mit Schmerzen verbunden. Man muss den Schmerz annehmen können. Dann muss man sich die Frage stellen, was man möchte. Leben? Oder gibt man sich auf? Das Leben ist doch nicht sinnlos! Heute kann ich sagen, dass mich die Beatmung am Leben hält. Obwohl ich nicht sprechen kann, habe ich sehr viel Spaß am Leben. Das heißt für mich Leben, nicht nur Überleben! Und vor allem bin ich dankbar, dass es die Beatmungsmaschine gibt. Sonst wäre ich nicht mehr hier auf dieser Welt. Ich bin 50 Jahre, seit 17 Jahren lebe ich mit ALS. Davon bin ich neun Jahre beatmet. In dieser langen Zeit habe ich viel über Beatmung gelernt.
Niemand kann einen glücklich machen, wenn man das Glück nicht zulässt! Man muss an sich arbeiten, über Jahre hinweg. Einfach ist es nicht, aber man kann alles schaffen, wenn man möchte. Ich nutze inzwischen einen Computer als Kommunikationshilfe. Das ist für mich eine Erleichterung und auch für das Personal. Nicht alle, die an ALS erkrankt sind, können so einen Computer nutzen, weil es schwer ist, mit den Augen zu schreiben. Aber, wie das alte Sprichwort sagt: „Von nix kommt nix!“. Mit dem Computer kann ich jederzeit sagen, wenn mit der Beatmung etwas nicht stimmt. Und normal unterhalten kann ich mich damit auch.
Ich meine, es muss mehr über Beatmung informiert werden, denn egal aufgrund welcher Erkrankung, Beatmung kann jeden treffen. Da ist es doch besser, wenn man darüber schon etwas weiß. Es soll anderen nicht so gehen wie mir, die damals überhaupt keine Ahnung von Beatmung hatte. Ich habe Glück, dass ich von der Firma Börgel betreut und sehr gut beraten werde. Das muss einfach gesagt werden. Ich kann jederzeit meiner Beraterin schreiben, wenn ich Probleme habe, oder sie zur Beatmung fragen. Leider habe ich nicht immer so gute Erfahrungen gemacht. Da wird, so traurig wie es klingt, immer wieder die Menschlichkeit vergessen.
Zu mir kommen inzwischen Klassen von Pflegeschulen und ich halte Vorträge über das Leben mit Beatmung und zu vielen verschiedenen Themen. Denn ich habe in den 17 Jahren viele Erfahrungen gesammelt. Es ist mir wichtig, diese Informationen weiterzugeben. Die Schulklassen und ihre Lehrkräfte sind sehr dankbar, dass ich das für sie tue. Oft haben die Schüler Tränen in den Augen, weil ich so offen spreche. So etwas bekommen sie im Krankenhaus nicht zu hören. Aber auch nicht in der Schule. Für die jungen Leute ist es wichtig, Informationen von einer betroffenen Person zu erhalten. Sie können mir direkt Fragen stellen, und die jungen Leute zeigen großes Interesse. Ich mache das gerne für sie. Man kann nicht nur nehmen, man muss etwas zurückgeben!
Weil ich beatmet bin und mit Hilfe des Sprachcomputers ist mir das möglich. Ich kann so sein, wie ich früher war, obwohl meine Krankheit für mich, aber auch für meine Familie, nicht einfach ist. Ich hasse Leute, die ständig nur darüber jammern, wie schwer sie es im Leben haben. Man muss einfach zufrieden sein!

Renate Leschik

Wir danken Meike Grimm, Börgel GmbH, für die Unterstützung.

Renate Leschik, Foto: Angelika Leschik

Das Locked-in Syndrom - Gefangen im eigenen Körper. Wer hilft dem Patienten aus dem Gefängnis?

In der Session „Wachkoma oder Locked In?“ beim diesjährigen MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress referierte Dr. Karl-Heinz Pantke zum Thema „Völlig gelähmt bei klarem Verstand. Das Locked-in Syndrom - ein häufig mit dem Wachkoma verwechseltes Krankheitsbild“. Dies ist auch eine Herausforderung für Pflegekräfte.

1. Das Locked-in Syndrom – Wie grenzt man dieses vom Wachkoma ab und warum können beide Zustände leicht verwechselt werden?

„Lebendig begraben zu sein, ist ein Alptraum. Noch im vergangenen Jahrhundert war die Angst davor, bewusstlos zu werden und in einem Sarg wieder aufzuwachen, weit verbreitet - mitunter zu Recht, denn zu irrtümlichen Begräbnissen von Lebendigen kam es durchaus. […] In Staaten mit moderner Medizin ist das inzwischen praktisch ausgeschlossen. Dennoch hat der Alptraum bis heute eine Entsprechung, auch in Deutschland: Tausende gelten als Wachkoma-Patienten, obwohl sie bei Bewusstsein sind. Sie sind begraben im eigenen Körper.“ (Spiegel-Online vom 23.11.09)

Patienten mit einem Locked-in Syndrom sind bei klarem Bewusstsein, sämtliche motorische Fähigkeiten außer vertikalen Augenbewegungen sind jedoch erloschen. Auch Schlucken, Sprechen und selbständig Atmen ist in der Anfangszeit nicht möglich. Der Patient kann sich also nicht bewegen, obwohl er klar bei Bewusstsein ist. Dies ist zu unterscheiden von einem Wachkoma-Patienten, der nicht bei klaren Bewusstsein ist und sich deshalb nicht bewegen kann. In der Praxis wird leider fälschlicherweise bewegungslosen Patienten ein klares Bewusstsein abgesprochen. So ist es nicht verwunderlich, dass viele Wachkoma-Patienten gar nicht im Wachkoma sind, sondern sich nur nicht bewegen können. Wir fragen den Tübinger Wissenschaftler Boris Kotchoubey. Nach Kotchoubey sind 30 – 40 % der Diagnosen „Wachkoma“ falsch.

2. Wie stellt man Bewusstsein fest und welche Fehlerquellen gibt es?

Wir tun uns sehr schwer, wenn eine Person bei Bewusstsein ist, sich aber nicht bewegen kann. Die von uns befragte Würzburger Wissenschaftlerin Andrea Kübler vom Institut für Psychologie der Universität Würzburg schreibt uns hierzu: „Normalerweise erschließen wir uns, dass die Personen, mit denen wir täglich kommunizieren, bei Bewusstsein sind, da sie in irgendeiner Weise auf uns reagieren. Sie geben uns die Hand, wenn wir ihnen die unsrige reichen; sie folgen unserem Finger, wenn wir auf etwas hindeuten und sie antworten meist sinnvoll auf Fragen, die wir ihnen stellen. Wir handeln also, indem wir uns bewegen, die Blickrichtung verändern oder sprechen. All diese Handlungen sind nur durchführbar, wenn wir unsere Muskeln willentlich bewegen können. Patienten im so genannten Locked-in Zustand können das nicht mehr, so dass uns die Grundlagen für die Kommunikation genommen sind, zumindest sind sie nicht mehr so einfach zu erkennen. Können die Augen nicht doch noch, zumindest auf und ab, bewegt werden? Reagiert nicht ein kleiner Finger auf unsere Frage, ob sie uns hören können? Die Entdeckung solch kleiner Reaktionen erfordert Zeit und genaues Hinschauen.“ Die meisten Definitionen von Bewusstsein greifen auf das Vorhandensein von Motorik zurück. Z.B. kann der Patient, auf Ansprache verbal oder durch Gestik reagieren. Aber was passiert, wenn die Motorik, wie bei einem Patienten mit einem Locked-in Syndrom, selbst erloschen ist? Das Gehirn des Patienten nimmt den Reiz wahr, eine weitergehende Reaktion unterbleibt jedoch. Ein Außenstehender kann jetzt leicht den Eindruck bekommen, dass der Patient nicht bei Bewusstsein ist. Um in einer solchen Situation festzustellen, ob Bewusstsein vorhanden ist, muss direkt beobachtet werden, ob das Gehirn auf den Reiz reagiert. Dem Gehirn wird bei der Arbeit zugeschaut.

Das menschliche Gehirn verarbeitet hochdifferenziert Sinneseindrücke und koordiniert komplexe Verhaltensweisen. Diese Aufgabenvielfalt hat ihren Preis. Das Gehirn macht nur ca. 2 % der Körpermasse aus, verbraucht aber ca. 20 % des Sauerstoffs. Vom Gehirn ein- und ausgehende Informationen sind als bioelektrische Impulse codiert.

Aus dem letzten Absatz wird klar, welche Möglichkeiten bestehen, dem Gehirn bei seiner Arbeit zuzuschauen. Es kann in einer Elektroenzephalographie-Messung (EEG) das elektrische Feld beobachtet werden. Hierbei bekommt der Patient eine Haube aufgesetzt, mittels derer Elektroden auf bestimmte Punkte der Kopfhaut gelegt werden und von der Kopfoberfläche wird eine Spannung abgegriffen. Als Evozierende Potentiale werden hierbei alle gezielt durch einen äußeren Reiz auslösbaren Spannungsunterschiede im EEG bezeichnet. Dabei kann es sich um eine Reizung der Sinnesorgane, aber auch um etwas handeln, was unsere Aufmerksamkeit erregt. Ein Patient, der klar bei Bewusstsein ist, wird sofort merken, dass mit dem Satz „ich esse Kartoffelsalat mit Socken“ etwas nicht stimmt. Spielt man dem Patienten diesen Satz vor, so lässt sich ein Ausschlag im EEG feststellen.

Eine weitere Methode besteht darin, den Energieverbrauch des Gehirnes mit einem Bildgebenden Verfahren sichtbar zu machen. Hierbei wird die Aktivität verschiedener Gehirnbereiche mit relativ hoher räumlicher Auflösung gemessen. Möglich wird dies durch den glücklichen Umstand, dass Hämoglobin, welches den Sauerstoff im Blut transportiert, seine physikalischen Eigenschaften mit der Oxidation ändert. Zum Einsatz kommt funktionelle Magnetresonanztomographie (fMRT), mit der der Oxidationszustand des Hämoglobins sichtbar gemacht werden kann, das für den Sauerstofftransport im Körper verantwortlich ist. Die funktionelle Magnetresonanztomographie ist eine Weiterentwicklung der klassischen Magnetresonanztomographie; sie erweitert MRT um einen funktionellen Anteil. Dadurch kann sofort auf neuronale Aktivität im Gehirn geschlossen werden. Man sieht also, wo im Gehirn nachgedacht wird. Gelingt der Nachweis, dass äußere Reize im Gehirn weiterverarbeitet werden und zu einem Bereich verstärkter Durchblutung führen, so ist der Patient bei Bewusstsein.

Durch ein EEG oder ein fMRT kann nachgewiesen werden, ob ein Reiz der Aufmerksamkeit zu einer Aktivität im Gehirn führt, was den Rückschluss auf vorhandenes Bewusstsein zulässt. Der Umkehrschluss ist nicht zulässig! Kann keine Reaktion nachgewiesen werden, so heißt das noch lange nicht, dass kein Bewusstsein vorhanden ist. z.B. könnte der Patient schwerhörig sein. Oder aber versteht die deutsche Sprache nicht.

Wir fragen Nils Birbaumer vom Institut für Medizinische

Psychologie und Verhaltensneurobiologie der Universität Tübingen, warum es so oft zu Fehldiagnosen kommt. "Fehldiagnosen sind häufig, weil die diagnostizierenden Ärzte keine mehrtägigen und nächtlichen EEG-Ableitungen machen und dabei den Schlafzustand des Patienten kontrollieren. Man müsste außerdem längere Kommunikationsversuche mit ja-nein Sätzen machen und dazu evozierte Potenziale und EEG eventuell fMRI ableiten. Es fehlen Zeit, Geduld, Geld und vor allem Kenntnisse!"

3. Können Pflegende erste Anhaltspunkte auf ein Locked-in Syndrom finden und worauf sollten Pflegende achten?

Der vom Locked-in Syndrom Betroffene sendet Hilferufe aus seiner Isolation. Seine Situation ist verzweifelt. Er möchte ausbrechen aus dem Gefängnis seines eigenen Körpers. Die Signale sind schwach und nicht einfach zu erkennen für das betreuende Personal. Pflegende spielen eine gewisse Sonderrolle. Andreas Zieger vom Institut für Sonder- und Rehapädagogik der Universität Oldenburg schreibt: „Pflegende sind näher am Patienten als Ärzte. Sie kommunizieren häufiger und meist auch mehr empathisch. Dies ist eine gute Grundlage, bereits in der Notfallambulanz mit einem für ‚bewusstlos' gehaltenen Patienten Kontakt aufzunehmen, ihn anzusprechen und sehr genau darauf zu achten, ob der regungslose Patient nicht doch blinzelt oder vertikale Augenbewegungen zeigt. Wenn der Patient nicht bewusstlos ist und die Augen geöffnet hat, gilt das umso mehr; die Fähigkeit, mit vertikalen Augen-/Blickbewegungen zu antworten unterschiedet solche Patienten dann auch vom Wachkoma im Vollbild."

Gehen wir einmal von einer optimalen Pflegesituation aus. Die pflegende Person, egal ob professionelle Kraft oder Angehöriger, ist mit der nötigen Empathie ausgestattet, unterliegt nicht dem Zeitdruck eines Leistungssolls und die Bezugspflege ist integraler Bestandteil der Arbeitsorganisation. Es kann dadurch eine Konstellation zwischen Sender und Empfänger geschaffen werden, in der sich eine Vertrauensbasis ergibt. Die Ängste vor Versagen, der Zukunfts- und Trennungsängste des Betroffenen würden sich reduzieren. Der Betroffene fühlt sich in einer sicheren Situation. Dadurch ist er in der Lage, sich zu öffnen und Kontakt zu suchen. Die Chance, mit der Außenwelt nonverbal zu kommunizieren und wahrgenommen zu werden, wäre gegeben.

Dadurch werden wir sehend für die kleinen, minimalen Veränderungen des „versteinerten" Zustands des Patienten, hervorgerufen durch seinen klaren Bewusstseinszustand. Wichtige Fragen, die der Pflegende dabei stellen sollte, sind:

Dr. Karl-Heinz Pantke

- Bin ich der Sender oder der Empfänger?
- Welche Signale sende ich bzw. empfange ich?
- Falls ich Empfänger bin, kann ich die Signale des Senders dechiffrieren?

Die Signale, welche gesendet oder auch empfangen werden, sind gleichzusetzen mit den klassischen Sinnen des Menschen, wie Sehen, Hören, Tasten usw .
Liegt ein klassisches Locked-in Syndrom vor, kann der Patient versuchen, den Pflegenden durch Augenbewegungen zu erreichen. Leider sind selbst diese oft, gerade in der Zeit direkt nach dem Infarkt, derart schwach ausgeprägt, dass sie kaum als solche zu erkennen sind. Ist das Locked-in Syndrom unvollständig, so wären auch andere Mikrobewegungen möglich. Etwa durch Bewegungen eines Fingers. Dadurch würden sich dann weiterführende Möglichkeiten einer nonverbalen Kommunikation ergeben, indem ein Ja/Nein Code vereinbart wird. Aber nicht jede Bewegung lässt den Rückschluss auf vorhandenes Bewusstsein zu. Ein Mensch ohne Bewusstsein könnte auch reflexartige Bewegungen durchführen.
Ein Hinweis auf vorhandenes Bewusstsein könnte eine plötzliche Tonusänderung (Veränderung der Körperspannung) sein, falls eine vertraute Person das Zimmer betritt. Es reicht auch schon aus, falls der Patient glaubt, eine vertraute Person würde den Raum betreten. Auslösende Faktoren hierfür könnten Gerüche, z. B. ein bekanntes Parfüm, Stimmen und Berührungen sein, die an angenehme, frühere Erinnerungen anknüpfen. Allerdings sind plötzliche Tonusänderungen auch ohne Bewusstsein möglich.
Ebenso wie der Pflegende, der die Tonusänderung in verschiedenen Situationen wahrnimmt, sei es eine Erhöhung bei Stress oder eben auch eine Entspannung, würde eine mit Empathie ausgestattete Pflegeperson, Veränderungen im Wesen des Erkrankten wahrnehmen, falls der Patient emotional angesprochen wird. Nonverbale Kommunikation geht im Wesentlichen über Mimik von statten. Der Blickkontakt zum Erkrankten, auch wenn das Gesicht „versteinert“ ist, ist in der Pflege wesentlich. Es lässt sich beim ersten morgendlichen Kontakt schon sehr viel aus dem Gesicht lesen. Rötung, Schwellung und eben auch Tränen könnten ein Hinweis auf die physische Verfassung und somit vorhandenes Bewusstsein sein.
Es sei nochmals betont, dass die hier angesprochenen Punkte noch kein Beweis für vorhandenes Bewusstsein sind. Falls jedoch derartige Beobachtungen gemacht werden, sollte der Patient einer eingehenden Untersuchung unterzogen werden, wobei die im vorigen Absatz vorgestellten Methoden zum Einsatz kämen.

4. Fazit

Pflegende, seien es professionelle Kräfte oder Angehörige, kommt eine Sonderrolle zu, wenn es darum geht, erste Hinweise zu sammeln, ob eine bewegungslose Person, z.B. ein Patient mit einem Locked-in Syndrom, bei Bewusstsein ist. Ein hohes Maß an Empathie ist eine optimale Voraussetzung für nonverbale Kommunikation, um die verzweifelten Signale des Patienten zu empfangen. Beim Vorliegen eines Anfangsverdachtes sollten systematische Untersuchungen, wie z.B. des EEGs, der evozierten Potentiale oder des fMRTs, durchgeführt werden.

Dr. Karl-Heinz Pantke,
Vorsitzender von LIS e.V. und Lehrbeauftragter in Unterstützter Kommunikation. Er hat ein Locked-in-Syndrom überlebt.

Erich Meyer
arbeitete bis zu seiner Berentung als Pflegedienstleiter auf einer Station für Schwerst-Schädel-Hirn Geschädigte.

Kontakt: LIS e.V., Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge, Herzbergstraße 79, Haus 30, 10365 Berlin.
Tel.: (030) 34 39 89 75

Literatur:

- Bauby J.-D. (1997) Schmetterling und Taucherglocke. Paul-Zsolnay-Verlag, Wien.
- Pantke K.-H. & Meyer E. (2011) Das Locked-in Syndrom: Ein häufig verkanntes Krankheitsbild, Pflegezeitschrift Jg. (64), Heft 1, pp. 25-29.
- Pantke K.-H. (1999) Locked-in – Gefangen im eigenen Körper. Mabuse-Verlag, Frankfurt/ Main.
- Pantke K.-H. (Hrsg.) (2011) Mensch und Maschine. Mabuse-Verlag, Frankfurt/ Main.
- Pantke K.-H. et al. (Hrsg.) (2011) Das Locked-inSyndrom. Geschichte, Erscheinungsbild, Diagnose und Chancen der Rehabilitation. Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main.

An der Session „Wachkoma oder Locked In?“ nahmen neben Dr. Karl-Heinz Pantke auch Dr. Annett Horn und Prof. Dr. Boris Kotchoubey teil. Frau Dr. Horn sprach über „Gesundheits- und Versorgungsdaten von Bewohnern im Langzeit-Reha Bereich am Beispiel einer Wachkoma/Langzeit-Reha Einrichtung“ und Prof. Kotchoubey über „Unwertes Leben Schwerhirnverletzter? Über Sinn und Irrsinn der Sterbehilfe“. In den nächsten Ausgaben wird dieses Thema, das immer wieder kontrovers diskutiert wird, weiterverfolgt. Die Session wurde moderiert von Karin Brich, NITSA e.V., und Marcello Ciarrettino, der neben seinen vielen anderen Qualifikationen auch Pflegeexperte für Menschen im Wachkoma ist. Dr. Karl-Heinz Pantke gründete im Jahr 2000 den Verein LIS e. V., den er seitdem auch leitet. Der Verein setzt sich dafür ein, dass, entgegen häufig vertretener Meinungen, eine möglichst frühe und intensive Rehabilitation und Therapie der Betroffenen erfolgt, die sich in vielen Fällen als erfolgreich erwiesen hat. 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 publiziert 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.

Totgesagte leben länger – autobiografische Notizen eines Beatmeten

Beim diesjährigen MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress hielt Dr. Peter Radtke einen Workshop mit Diskussionsrunde zum Thema Sterben und Tod. Es begleitet jeden von uns in der einen oder anderen Form lebenslang, und wer in der Arbeit mit sogenannten Schwerstbehinderten oder -kranken steht oder wer selber diesem Personenkreis angehört, wird nicht umhinkommen, sich damit auseinanderzusetzen.

Ich will Sterben und Tod nicht abstrakt abhandeln, sondern ich will es an meiner eigenen Biografie erläutern. Nicht weil ich mir so wichtig vorkomme, sondern weil man nur in der Selbstreflexion ehrlich genug mit der Thematik und den sich daraus ergebenden Konsequenzen umgeht. Im Anschluss daran wollen wir in einen gemeinsamen Gedankenaustausch eintreten, der das Gesagte durch Fragen, Ergänzungen und persönliche Erfahrungen vertiefen soll.
Vermutlich hat mir mein Todesurteil das Leben gerettet. Das hört sich paradox an, aber Widersprüche haben mein ganzes Leben begleitet. Keine Schule wollte mich als Kind wegen der Gefahr von Unfällen aufnehmen. Trotzdem habe ich später studiert, promoviert und saß viele Jahre im Deutschen Ethikrat. Ich kann weder gehen noch stehen. Aber wahrscheinlich habe ich mehr von der Welt gesehen als die meisten von Ihnen. Man verweigerte mir Arbeitsstellen, weil ich, wie man meinte, keine zehn Jahre in einem Beruf durchhalten könne. In meiner späteren Tätigkeit war ich dreiundzwanzig Jahre Geschäftsführer ohne längere Ausfallzeiten und übte mehrere Berufe gleichzeitig aus. Was sich die Umwelt in der Regel unter sogenannten Schwerstbehinderten vorstellt und das, was tatsächlich zutrifft, sind oftmals zwei völlig verschiedene Welten. Und das Todesurteil? „Ihr Kind wird kaum älter als drei Monate. Es hat die schwere Form der Glasknochenkrankheit. Seine Überlebenschancen sind gleich Null“. So lautete die Prophezeiung der Ärzte bei meiner Geburt. Sie können sich den Schreck meiner Eltern vorstellen. Wenn ein junges Paar eine solche Mitteilung erhält, hat es zwei Möglichkeiten. Entweder es findet sich mit dem Schicksal ab und bereitet sich auf das angeblich Unausweichliche vor, oder es nimmt alle Kraft zusammen und sagt: „So schnell geben wir nicht auf. Und wenn es wirklich sein sollte, dann wollen wir unserm Kind wenigstens die Tage, die es leben darf, so schön machen, wie es geht“. Meine Eltern wählten den zweiten Weg. Et voilá. Heute bin ich 74 Jahre alt und felsenfest davon überzeugt, dass mich die unvergleichliche Liebe, mit der ich umsorgt wurde, und die keineswegs selbstverständlich war, vor dem bewahrt hat, was mir eigentlich zugedacht war. Fairerweise muss man jedoch ergänzen, dass zu jener Zeit kaum etwas über Osteogenesis imperfecta, so die lateinische Bezeichnung der Behinderungsart, bekannt war. Etwas besser ist es heute mit dem Wissen darüber bestellt, obwohl auch noch immer etliche Kenntnislücken bestehen.
Gefährdet war mein Leben jedoch nicht nur in Bezug auf eine verkürzte natürliche Lebenserwartung. Man schrieb das Jahr 1943. Zehn Jahre schon herrschten in Deutschland die Nationalsozialisten. Was das für Menschen mit einer Behinderung zur damaligen Zeit bedeutete, brauche ich sicher nicht auszuführen. Selbst wenn sie weit weniger betroffen waren als ich, erwartete sie ein grausames Schicksal. Euthanasie hieß der euphemistische Begriff, schöner Tod, mit dem man den Mord an fast 200.000 Kindern, Jugendlichen und Alten umschrieb. Ihre einzige Schuld bestand darin, krank oder behindert zu sein. Meine Mutter war Krankenschwester. Ich habe noch selbst die Lehrbücher gesehen, die sie in ihrer Ausbildung auswendig lernen musste. Auf jeder zweiten Seite wurde die Erbgesundheit beschworen. Dass die junge Frau trotz solcher Indoktrination „Ja“ zu ihrem behinderten Säugling sagte, dass sie auf Anraten von Freunden vor den Schergen Adolf Hitlers aus meiner Geburtsstadt Freiburg im Breisgau weg nach Regensburg floh, wo niemand uns kannte, mag man geradezu als ein Wunder ansehen. Ich tue es zumindest.
Und bezüglich meiner körperlichen Verfassung? Ich war sehr zerbrechlich. Ich hatte in den ersten Jahren ohne Übertreibung fast in jeder Woche, später zumindest in jedem Monat eine Fraktur. Die Brüche wurden in der Regel von meiner Mutter notdürftig zuhause versorgt. Ein Streckverband, manchmal nicht einmal das, musste genügen. Die schief und korkenzieherartig zusammengewachsenen Knochen zeugen noch heute von dieser unseligen Zeit. Doch Krankenhäuser schienen in jenen Tagen für Menschen wie mich zu unsicher. Ich denke, meine Mutter ahnte, was dort geschah. Es wäre also nicht unmöglich gewesen, ja vielleicht sogar sehr wahrscheinlich, dass entweder eine Embolie oder die Gesundheitspolitik des Dritten Reiches das frühe Ende meiner Lebensbahn bedeutet hätte. Von all dem wusste ich nichts – und das war auch gut so. Wenn sich meine Mutter Sorgen gemacht haben sollte, was sie ganz bestimmt tat, ließ sie mich nichts davon spüren. Auf diese Weise verlebte ich eine Kindheit, die zwar von Knochenbrüchen gezeichnet war, die ich aber ansonsten völlig unbeschwert genossen habe. Hier begegnen wir einer Erfahrung, die ich immer wieder machen durfte. Vielleicht zählte mein damaliges Jahr im übertragenen Sinne 360 Regen- und fünf Sonnentage. Für mich existieren bis heute nur die fünf Sonnentage bzw. ich erinnere mich nur an diese. Die übrigen 360 hinterließen keine Spuren in meinem Gedächtnis. Nicht die objektiven Tatsachen entscheiden darüber, ob man sein Leben als lebenswert ansieht. Es sind die subjektiven Empfindungen, die ein Leben glücklich oder unglücklich machen. Ob man dann allerdings die Gnade erfährt, stets das halbvolle Glas sehen zu dürfen und nicht das halbleere, hängt nicht allein von einem selber ab. In dieser Hinsicht kann die Umwelt sehr viel bewirken. Und Sie, meine sehr verehrten Damen und Herren, sind ein Teil dieser Umwelt. So schmerzhaft auch die ersten Jahre meines Lebens gewesen sein mögen, das Negative, das ihnen zweifellos innewohnte, wurde in meiner Erinnerung weitgehend ausgelöscht durch die Wärme meines Elternhauses, eine Wärme, die mich immer und überall umgab.
Ich habe in der Jugend sehr viel gelesen. Daher machte ich mir mit zunehmendem Alter natürlich auch durchaus Gedanken, welche Lebenserwartung ich mit meiner Behinderung haben könnte. Dabei spielte die Glasknochenkrankheit überraschenderweise zunächst nicht unbedingt die entscheidende Rolle. Ich weiß nicht einmal, ob ich meiner Behinderung überhaupt richtig bewusst war. Schließ-

lich hielt mich meine Mutter sehr besorgt von mir ähnlichen Schicksalsgefährten fern. Ich hatte ja in ihren Augen mit jenen armen Wesen nichts gemein. Vielmehr ging es überhaupt um die Frage der begrenzten Lebenszeit. Was ich Ihnen jetzt sage, werden Sie vielleicht nicht für möglich halten. Ich war doch nicht dumm und hätte es eigentlich besser wissen müssen. Aber bis in die Pubertät hinein, vielleicht sogar noch länger, bildete ich mir ein, dass natürlich alle Menschen sterben müssten, dass aber ich eine Ausnahme sei. Wie ich zu dieser Auffassung gelangte, weiß ich nicht. Was ich aber weiß ist, dass mich diese Überzeugung vor jeglicher Depression bewahrt hat. Es war eine Art Selbstschutz, den mir ein gnädiges Geschick zugedacht hatte. Allerdings konnte ich mich nicht ewig mit einer derart simplen Täuschung selbst betrügen. Irgendwann ließ die Wirkung des Schutzes nach. Da kam mir ein neuer Glücksfall zu Hilfe. Es war in den Siebziger Jahren, da begegnete ich in Schottland einer älteren Dame. Sie saß im Rollstuhl und hatte dieselbe Behinderungsart wie ich. Sie mochte sechzig oder siebzig Jahre alt gewesen sein. Blitzartig durchfuhr mich der erlösende Gedanke: Wenn also Glasknochenbetroffene doch ein solch hohes Alter erreichen können, dann hatte ich ja noch viele, viele Jahre vor mir. Ein Fehlschluss, denn niemand sagte, dass ausgerechnet ich zu diesen Auserwählten gehören würde. Aber sei's drum. Ein tonnenschwerer Stein fiel mir vom Herzen. Erst jetzt merkte ich, wie sehr mich die Frage der zur Verfügung stehenden Lebenszeit im Unterbewusstsein doch bedrückt hatte.

Wie lebt es sich aber mit dem Wissen, dass alles von heute auf morgen zu Ende sein kann? Im Grunde ganz normal, denn es ist schlichtweg eine universelle Tatsache. Nur machen sich die wenigsten Menschen diese bewusst, beziehungsweise sie verdrängen sie. Jemand mit schwerer Behinderung kann das nicht so einfach, selbst wenn er es durch mancherlei Tricks, wie die eben geschilderten, versuchen möchte. Durch seine Umwelt, aber auch durch viele kleine Alltagserfahrungen wird er immer wieder **auf seine Verletzlichkeit gestoßen**. Er braucht keinen Sklaven, wie der siegreiche Feldherr im antiken Rom während des Triumphzuges, der ihn ständig ermahnt „Denke daran, dass du sterblich bist".

Ich muss z. B. aufpassen, nicht abgeregnet zu werden. Eine Erkältung aufgrund unglücklicher Umstände verursachte bei mir vor einigen Jahren eine Lungenentzündung, die man im Krankenhaus im letzten Augenblick gerade noch in den Griff bekam. Mehrere Tage lag ich im künstlichen Koma. Ich habe in den Abgrund geschaut und ich kann Ihnen versichern: Es war nicht schön. Was ich damals erlebte, habe ich in einer Geschichte festgehalten, der ich den Titel gab „Niedergefahren zur Hölle" und die in meinem Buch „Der Sinn des Lebens ist gelebt zu werden" Aufnahme fand.

Ein anderes Beispiel. Einmal rammte ein Auto meinen Rollstuhl. Ich flog im hohen Bogen aus meinem Gefährt und schlug auf den harten Asphalt auf. Anschließend erlebte ich tatsächlich das, was von manchen Nahtoderfahrungen berichtet wird. Schwerelos schwebte ich in die Höhe und sah von dort oben mich unten winzig klein neben meinem Rollstuhl liegen. Mein Geist, oder soll ich sagen „meine Seele", hatte den Körper verlassen und führte offensichtlich eine selbstständige Existenz. Und noch eine weitere **Nahtoderfahrung** möchte ich erwähnen. Ich war ungefähr zwanzig Jahre alt. Eines nachts träumte ich, ich befände mich in einer schwarzen Röhre. Irgendwo an ihrem Ausgang leuchtete ein heller Punkt. Dieses Licht zog mich mit unwiderstehlicher Macht an. Je näher ich dem Punkt kam, je größer er wurde, desto mehr wich das Schwarz zurück und ein gleißendes Licht umfing mich. Fast konnte ich mich nicht mehr dem Sog entziehen. Er erfüllte mich mit einem vorher noch nie erfahrenen Wohlgefühl. Gleichzeitig wusste ich aber, dass ich, wenn ich voll in das Licht eintauchen würde, tot wäre. So gerne ich der verführerischen Kraft nachgeben wollte, so sehr stemmte sich mein Lebenswille dagegen. Mein Weg auf dieser Erde sollte noch nicht zu Ende sein. Und tatsächlich. Nach und nach breitete sich das Schwarz wieder aus. Als das Licht völlig verschwunden war, wachte ich plötzlich auf. Mein Herz pochte rasend und ich spürte, ich war noch einmal dem Tod von der Schippe gesprungen. Die Herzrhythmusstörungen, die mich danach mehr als ein halbes Jahr verfolgten, erinnerten mich ebenfalls daran, dass das Leben nur eine gestundete Zeit ist.

Ist der Tod also schön, wie in meinen Erfahrungen mit der dunklen Röhre oder der Trennung von Körper und Geist? Oder doch schrecklich wie die Tage im künstlichen Koma? Ich kann es nicht sagen. Doch nicht nur die **eigenen Erfahrungen am Rande des Abgrunds**, auch die Begegnungen mit dem Tod anderer Menschen prägen unser Verhalten. Da war z. B. jenes Ehepaar aus der Schweiz. Der schwangeren Frau hatten die Ärzte mitgeteilt, dass ihr Kind mit der schweren Form der Glasknochenkrankheit zur Welt kommen würde. Möglicherweise werde es sogar eine Totgeburt. Ob sie daher nicht eher eine Abtreibung ins Auge fassen wolle. Ich war damals Vorsitzender der deutschen Vereinigung für diese Behinderungsart. Die Eltern baten mich in dieser Angelegenheit schriftlich um Rat. Ich muss vorausschicken, dass ich ein engagierter Gegner jeder aktiven Sterbehilfe bin, was sich auch in einigen Sondervoten des Deutschen Ethikrates niederschlägt. Ich glaube, dass uns das Leben als Geschenk gegeben ist. Ein Geschenk aber gibt man nicht einfach zurück. Doch was sollte ich diesen

Dr. Peter Radtke und Marion Geier

Eltern sagen? Würden sie mir nicht zu Recht vorwerfen, ich argumentiere nur vom grünen Tisch? Habe ich selber je über Leben oder Sterben eines Geschöpfes entscheiden müssen? Nein. Im Ethikrat ging es um Prinzipielles. Aber hier? Irgendwie mogelte ich mich mit einer Radio-Eriwan Antwort heraus: Ja, aber. Ich würde zwar nicht unbedingt die Schwangerschaft abbrechen – auch bei mir hätten sich ja die Ärzte geirrt –, aber wenn es wirklich die schwere Form sei, könnte ich auch verstehen, wenn sie abtreiben würden. Im Grunde gab ich also überhaupt keinen Rat. Ein Vierteljahr später erhielt ich von diesem Ehepaar einen weiteren Brief. Es bedankte sich für meinen Ratschlag, nicht abzutreiben. Hatte ich einen solchen Ratschlag wirklich gegeben? Das Kind sei zur Weihnachtszeit geboren worden und habe drei Tage gelebt. In diesen drei Tagen hätten sie, die Eltern, Stunde um Stunde an seiner Wiege gesessen und seine kleinen Händchen gehalten. Es sei die wertvollste Zeit in ihrem bisherigen Leben gewesen. Ähnliche Erfahrungen kenne ich auch aus anderen Berichten.

Was können wir aus diesem Beispiel lernen? Mindestens zweierlei. Menschen entnehmen einem Gespräch, einem Ratschlag in der Regel das, was verschwommen bereits in ihrem Unterbewusstsein darauf wartet, ins klare **Bewusstsein** gebracht zu werden. Das Schweizer Ehepaar hatte sich im Grunde schon entschieden, bevor es nach meiner Meinung fragte. Daher ist es für eine Problemlösung hilfreich, ja unabdingbar, soweit es geht, die Haltung seines Gegenübers zu antizipieren. Dann wird man sich als Bezugsperson darauf einstellen können und die nötigen Worte finden, um selbst eine eingefahrene, hinderliche Auffassung zu erschüttern. Und eine zweite Erkenntnis wurde mir wieder deutlich vor Augen geführt. Kein Ereignis kann in seiner Auswirkung von vornherein als gut oder schlecht beurteilt werden. Vielmehr hält sich das Schicksal jeden Ausgang offen. Ein Gedanke des früheren tschechischen Präsidenten Václav Havel ist mir in dieser Hinsicht zu einem Leitspruch geworden: **„Hoffnung ist nicht, dass alles gut ausgeht, sondern dass alles, wie immer es ausgeht, gut ist“.**

Wie sehr mich das Sterben und der Tod fremder Menschen auch selbst berührte, erfuhr ich während eines Krankenhausaufenthaltes auf der Intensivstation einer Münchner Klinik. Ich lag in einem Zweibettzimmer, vom Mitpatienten nur durch einen Vorhang getrennt. Eines Nachmittags war beim Nachbarn ein ständiges Kommen und Gehen. Ich konnte nichts sehen, hörte jedoch, wie die Angehörigen weinten, wie sie jammerten, er solle die Seinen nicht verlassen. Ich hätte mir Ohrstöpsel in die Ohren pressen wollen. Es half nichts. In der Nacht starb dann der Mann tatsächlich. Ich war so erschöpft, dass ich nicht einmal etwas davon merkte. Nur das Bett war am nächsten Morgen leer und frisch bezogen. So war ich in gewisser Weise erleichtert, als kurz darauf eine neue Patientin in mein Zimmer zog. Die Ereignisse des Vortages hatten auch mich mitgenommen. Aber erneut wurde ich mit Tod und Sterben konfrontiert, diesmal in geradezu entgegengesetzter Hinsicht. Die offenbar todkranke Frau sollte nur vorübergehend meine Nachbarin bleiben. Am kommenden Tag war die Verlegung auf die Palliativstation vorgesehen. Nun ließ die Frau eine Sozialarbeiterin kommen, um mit ihr jede Einzelheit ihres Begräbnisses und ihres Nachlasses zu besprechen. Ich wollte gesund werden und begegnete in diesem Zimmer überall dem Tod. So falsch ich es finde, wenn man dem Thema ein Leben lang ausweicht, so problematisch kann es sein, wenn es einem am falschen Ort zur falschen Zeit aufgezwungen wird. Ich bin sicher, dass sich damals mein Genesungsprozess durch die unfreiwillige Anteilnahme an den Geschehnissen meiner Umgebung erheblich verzögert hat.

Und eine letzte Begebenheit mit dem Sterben will ich Ihnen nicht vorenthalten, weil sie unmittelbar zu Ihrer Tätigkeit Bezug hat. Meine Mutter starb mit über neunzig Jahren. Ich saß den letzten Tag an ihrem Sterbebett. Man konnte nicht mehr mit ihr sprechen. Am Nachmittag – sie starb gegen Abend – kam eine Mitarbeiterin des Altenheims ins Zimmer, setzte sich zu ihr und nahm sie ganz einfach in den Arm. Das Bild erinnerte an die Pietà von Michelangelo. Sanft schaukelte sie die Greisin und flüsterte ihr Worte zu, die ich nicht verstehen konnte. Auch meine Mutter verstand sie bestimmt nicht mehr. Aber ich erkannte, welch wohltuende Wirkung von diesem Tun auf sie ausging. Ich hatte immer ein sehr enges Verhältnis zu meiner Mutter gehabt, fast könnte man es symbiotisch nennen. Aber **Emotionalität** war uns beiden eher unbekannt. Und nun sah ich, wie eine wildfremde Frau direkter und unverfälschter zu ihr Kontakt erhielt, als es mir jemals gelungen war. Der Sterbeprozess macht so etwas möglich, sofern man sich nicht vor ihm fürchtet.

Was fängt man mit diesen Erfahrungen und diesem Wissen an, gesammelt aus eigenem Erleben und der Begegnung mit anderen? Soll man sich in Watte einwickeln lassen und das Bett nicht mehr verlassen, weil man Angst vor dem Sterben hat? Eher nicht, denn bekanntlich sterben die meisten Menschen im Bett. Ich denke, jeder Mensch muss hierzu seine eigene Antwort finden. Es gibt kein Patentrezept. Ich kann Ihnen nur erzählen, wie ich damit umging und noch immer umgehe. Von Horaz stammen die schönen zwei Worte **„carpe diem" – „pflücke den Tag"**. Ich denke, ich habe dieses „carpe diem" im meinem Leben soweit es geht beherzigt. Das mag im einen oder anderen Fall auch einmal die Bereitschaft bedeuten, ein Risiko einzugehen. Das ist immer eine Frage der Abwägung. Ich sagte ja bereits, jeder muss für sich selbst die für ihn passende Entscheidung treffen. Ich bin sicher, dass etliche einige meiner Eskapaden als zu gefährlich einstufen würden. Ob es sich um die Radtouren mit meiner Mutter bis in die Schweiz handelt, wobei ich in einem Weidenkörbchen auf dem Gepäckträger thronte. Ein Unfall oder auch nur das Umkippen des Rades hätte das Ende aller Träume bedeutet.

Ob es sich um mein Engagement im professionellen Theater dreht, bei dem insbesondere die Probenarbeit im Fall meiner hohen Knochenbrüchigkeit höchst riskant ist- eine Produktion am Züricher Schauspielhaus hat mich fast das Leben gekostet und ist letztlich für den Luftröhrenschnitt und die seitdem notwendige Heimbeatmung verantwortlich.

Doch eines weiß ich genau: Es waren diese Momente, die mir das Leben so lebenswert machten. Selbst heute, als nicht mehr ganz so junger Spund, gehe ich mit Betreuern auf Seereisen über den Atlantik nach New York, wie im Jahr 2016, oder mache Kreuzfahrten nach Island, Spitzbergen und Norwegen wie 2017.

„Carpe diem" - „pflücke den Tag". Ich belasse es bei dieser Übersetzung. Wieviel anschaulicher ist doch das Verb „pflücken" als „genießen" oder „nutzen". **Ich sehe vor mir eine Wiese voller Blumen. Jeder Tag lässt eine andere Blume erblühen, jeder Tag bringt neue Überraschungen.** Ich muss die Blume vorsichtig pflücken, damit ich sie näher betrachten kann, damit ich ihre Schönheit erkenne. Dann sind es auch die ansonsten leicht vernachlässigten Kleinigkeiten, die einem auffallen. Und wie lässt sich das Bild der Blumenwiese auf unsere Thematik übertragen? Betrachten wir jeden einzelnen Tag genau. Es gibt keinen Tag, der nicht zumindest einen winzigen Augenblick des Glücks in sich trägt. Ob es die Begegnung mit einem lieben Menschen ist, der warme Wasserstrahl beim Duschen über den nackten Körper, ein leckerer Nachtisch oder ein Sonnenstrahl nach einer Woche voll Nebel. Ihnen, die sie Verantwortung für Ihre Anvertrauten haben, obliegt nun die wunderbare Aufgabe, den Kranken, den Alten, den Behinderten zu helfen, solche Glücksmomente für sich zu entdecken. Nicht alle sind dazu selbstständig in der Lage. Sie brauchen Ihre Hilfe.

Und Zukunft und Vergangenheit, haben die keine Bedeutung? Ich habe wunderbare Erinnerungen an zurückliegende Ereignisse. Auch ich schmiede natürlich Zukunftspläne. Doch das hindert mich nie daran, **den Augenblick zu genießen**. Ich tue es umso mehr, als ich durch meine Behinderung weiß, wie schnell eine noch so ausgetüftelte Planung mit einer einzigen Fraktur über den Haufen geworfen wird. Besonders erinnere ich mich daran, als wir nach Kreta reisen wollten und die Sanitäter mir beim Einstieg ins Flugzeug das Schlüsselbein brachen. Statt am Strand landete ich im Bett. Aber hat das die Vorfreude geschmälert? Genau genommen finden doch Vergangenheit und Zukunft jetzt, in diesem Augenblick, in unserem Kopf statt. Nicht umsonst heißt es, sich ein Ereignis, eine Situation zu „vergegenwärtigen". Demente Menschen mögen vieles vergessen, aber die Vergangenheit holen sie in die jetzt von ihnen erlebte Gegenwart. Und so blenden sie vielleicht aus, dass Onkel Albert oder Tante Frieda schon längst gestorben sind. Oder sie meinen, in einem Wildfremden den Sohn oder die Tochter vor sich zu haben, die sie in Wirklichkeit schon ewig nicht mehr besucht haben. Als Außenstehende kommt uns das wahrscheinlich unheimlich traurig vor. Aber ist es nicht aus der Sicht derjenigen, die auf diese Weise ihren jeweiligen Augenblick pflücken, etwas durch und durch **Schönes und Tröstliches?**

Wenn man mich fragen würde, ob ich Angst habe vor dem Tod, könnte ich flapsig antworten: „Ich bin schon hundert Tode gestorben, warum sollte ich Angst haben vor dem Hundertundersten?" Doch Scherz beiseite; natürlich habe ich Angst. Oder um präzise zu sein „Nicht vor dem Tod habe ich Angst, sondern vor dem Sterben". Ich kenne das schreckliche Gefühl, wenn man nach Atem ringt und dennoch keinen Sauerstoff in die Lunge bekommt. Ich weiß, welche bis ins Mark dringende Bedrohung einem das Herzrasen bei Herzrhythmusstörungen vermittelt, wahrscheinlich mehr als jede andere Beeinträchtigung. Ich habe selbst die Erfahrung gemacht, was es bedeutet, knapp unter der Wasseroberfläche nur kaltes Nass einzuatmen statt Leben spendende Luft. Was nach dem Sterben kommt, wissen wir nicht, denn trotz aller Nahtoderfahrungen - , keiner hat wirklich diese endgültige Grenze überschritten und uns von dort drüben berichtet. So thematisieren zwar alle Religionen den Tod bzw. was nach dem irdischen Leben kommt, aber nicht zufällig sprechen wir in diesem Zusammenhang vom Glauben und nicht vom Wissen. Und warum sollte ich davor Angst haben? Sagt doch schon der griechische Philosoph Epikur **„Der Tod geht mich eigentlich nichts an. Denn wenn er ist, bin ich nicht mehr, und solange ich bin, ist er nicht."**

Doch die Frage bleibt: Wie möchte ICH gerne sterben. Wir können uns unseren Tod nicht aussuchen. Doch zu allen Zeiten, in allen Kulturkreisen haben Menschen auf einen gnädigen Tod gehofft. Die einen verstehen darunter das Einräumen einer ausreichenden Frist, um irdische und geistige Dinge in Ordnung zu bringen. Die anderen wünschen sich umgekehrt ein rasches Ende und nehmen dafür sogar die Dienste obskurer Sterbehilfeorganisationen in Anspruch. Gemein ist ihnen jedoch allen die Angst vor schmerzhaftem Leiden. Auch ich mache in dieser Hinsicht keine Ausnahme. Es ist sicher kein Zufall, dass die alten Griechen, wollten wir Hesiod glauben, Hypnos (Schlaf) und Thanatos (Tod) als Zwillingsbrüder und Söhne der Göttin Nyx (Nacht) gesehen haben. Noch Shakespeare erinnert in seinem Hamlet-Monolog „Sein oder Nichtsein" an diesen Zusammenhang. So gebe ich gerne zu, dass auch ich glücklich wäre, wenn ich, wie zu einem neuen Aufbruch, sanft einschlafen, sanft entschlafen dürfte, umgeben von Menschen, die mich lieben und die ich einmal liebte. Doch dies liegt nicht in unserer Hand und ich will es nehmen, wie es mir zugedacht ist.

Dr. Peter Radtke

Zoe reist...

Familie Haringer

Diesen Sommer haben wir uns einen lang ersehnten Traum erfüllt. Wir sind vier Wochen durch Irland gereist. Wir, das sind Jochen (37 Jahre), Bettina (39 Jahre), Laurin (11 Jahre), Zoe (9 Jahre) und Feli (1 Jahr) - und natürlich durfte unser Hund Lisa nicht fehlen. Das hört sich erstmal nicht so wahnsinnig spektakulär an. Aber wenn man weiß, dass Zoe seit ihrem 2. Geburtstag durch einen Autounfall querschnittgelähmt, beatmet und 24 Stunden rundum betreut werden muss, dann wird die ganze Sache schon kniffliger. Ein Reisebericht von Bettina Haringer.

Es mussten gefühlt 1000 Dinge im Voraus geplant und erledigt werden. Daher hat unser Urlaub eigentlich schon fast ein Jahr vorher begonnen. Nämlich mit den Vorbereitungen....
Wir mussten Unterkünfte finden, die groß genug, rollstuhlgerecht und tierfreundlich waren. Das war nicht ganz einfach, aber es hat geklappt. Und so wurde z.B. auch an einem Haus - nach einem Telefonat von dem wahnsinnig hilfsbereitem Besitzer - extra für Zoe noch schnell eine Rampe vor die Haustüre betoniert.
So wurde z.B. beim Sauerstoffversorger statt Flüssigsauersoff ein Konzentrator geordert. Auch mussten alle Verbrauchssachen wie Schlauchsysteme für Beatmungsmaschinen, Katheter, Metalinen, Filter, Sprechventile, bis hin zum kleinsten sterilen Tupfer bei den Lieferanten auf die Zeit vorbestellt werden. Ebenso war es mit den Medikamenten. Hier war noch die Herausforderung ein Blasenmedikament, das Zoe bekommt, dauerhaft zu kühlen....
Auch die Wahl der Rollstühle (damit Zoe überall hin- und reinkommt) wurde vor der Reise gut durchdacht und somit noch schnell ein Allroundstuhl von der Kasse genehmigt und von unserer Orthopädiefirma für Zoe gefertigt. Somit reisten wir mit ihrem E-Rolli, den sie per Kinnsteuerung selbst bedienen kann, ihrem Outdoorbuggy, einem Klapprollstuhl und einer Duschliege. Naja, und dann mussten da auch noch all unsere Sachen in das Auto passen. Irgendwie haben wir dann kurz vor der Abreise gemerkt, dass wir all die Dinge nicht in unseren Bus inkl. Dachbox bekommen, und somit noch eine Heckbox bestellt. Es wurde dann alles in Wochenpakete gepackt, ins Auto nach dem Tetris System geschlichtet und dann konnte es endlich am 1. August abends um 19 Uhr losgehen. Vor uns lag eine schier endlose Nachtfahrt von 16 Stunden an den Fährhafen in Frankreich, Cherbourg.

Dort sind wir alle ziemlich kaputt angekommen und freuten uns auf eine Überfahrt mit einem echten Bett, einem guten Essen und etwas Unterhaltung. Die Überfahrt hatten wir so gebucht, dass wir eine Rollstuhlkabine hatten und dadurch auch immer einen Stellplatz für das Auto, genau am Aufzug, damit Zoe problemlos zu den Kabinen fahren konnte. Das hat immer sehr gut geklappt, aber dadurch ist man fast das letzte Auto, das auf die Fähre fahren kann. Außerdem hatten wir den irischen Sommer nicht mit eingerechnet, der uns mit einem heftigen Sturm und meterhohen Wellen bedachte. Die leeren Bordrestaurants waren ein deutliches Zeichen, dass wir nicht die einzigen waren, die mit ihrem Mageninhalt zu kämpfen hatten. Und dann betraten wir endlich am Donnerstag, dem 3.8., irischen Boden. Wir waren alle sehr erleichtert und machten uns auf dem Weg zu unserer ersten Unterkunft in Crosshaven, wo wir auch unsere beiden Krankenschwestern trafen, die per Flugzeug angereist waren. Diese deckten alle Nachtdienste ab, wir Eltern machten alle Tagdienste.
In Crosshaven verbrachten wir unsere ersten Tage, besuchten Orte, an denen wir vor 9 Jahren mit unseren Kindern für ein Jahr gewohnt hatten und genossen den „irischen Sommer“ am Strand mit Sonne, Regen und Wind.
Die zweite Station führte uns für eine Woche an den Ring of Kerry nach Sneem. Landschaftlich ist die Gegend sehr reizvoll und besticht durch die Mischung aus rauen Bergen im Inland und wunderschönen Stränden. Leider gab es jedoch dort zu viele Touristen, die tagtäglich mit Reisebussen schnell um den Ring of Kerry gefahren werden. Nur braucht man dort Tage, um die Schönheit der Gegend zu erkunden. Wir haben das ausgiebig an Stränden getan, wo auch unser Hund Lisa ihre große Sommerliebe gefunden hat. Abgerundet wurde so ein toller Tag z.B. in einem der gemütlichen Pubs mit frischem Seafood und natürlich Guinness. Auch haben wir bei einer Wanderung durch das Landesinnere eine private kleine Käserei entdeckt und dort den wohl besten Knoblauchkäse der Welt gekauft. Unser Auto hat den schwindelerregenden und sehr engen Bergpass Ballaghisheen erklommen, und wir genossen die schier endlose Weite, nur unterbrochen von abertausenden Schafen.
Auf der Fahrt vom ersten zum zweiten Haus machten wir bei der Puk Fair in Killorglin Halt. Bei diesem traditionellen irischen Fest ist die ganze Umgebung dabei, wenn für drei Tage ein Ziegenbock der König der Stadt wird. Ein Fest für die ganze Familie mit Ständen, Musik und Straßengauklern. Dort hätten wir gerne noch viel mehr Zeit verbracht, aber unser nächstes Haus im County Clare wartete schon. Also ging es weiter Richtung Norden. Wir überquerten den River Shannon mit der Fähre und kamen gegen Abend in dem wohl schönsten Haus unserer Reise in Carrigaholt an. Dieser kleine Ort, der aus einem Spielzeugladen und drei Pubs, eins davon mit zwei Lebensmittelregalen neben der Theke, bestand, hat uns sofort in seinen Bann gezogen. Die Gegend rund um die Cliffs of Kilkee war eher rau, aber wunderbar „touristenfrei“. Auch haben wir unsere ersten selbstgefangenen Fische gegessen, die unsere Männer im

Hafen vor der Haustüre gefangen hatten, und auch im ansässigen Fischladen die besten Fische gekauft. Ein Ausflug ging zu den Bridges of Ross, wo Laurin ewig auf riesigen Felsformationen klettern konnte und Zoe eine megagroße Qualle im Wasser beobachtete. Zum Loop Head hat es uns gleich zweimal gezogen. Einmal zu einem herrlichen Sonnenuntergang auf dem Atlantik und dann noch einmal mit heftigem Sturm und Windgepeitsche. Zoe wurde kurzerhand in den Outdoorrolli mit Regencape gepackt und ab gings. In der Brandung 70 Meter unter uns konnten wir sogar Delfine beobachten.

Ein Musikfestival in Ennis (Fleah) durfte auch nicht fehlen. Die ganze Stadt hatte sich in eine Bühne verwandelt und an jeder Ecke wurde etwas geboten. Fasziniert hat uns die überaus große Hilfsbereitschaft der Menschen. Es wurde immer angeboten, den Rolli in Pubs zu heben oder uns gesagt, dass wir an einer Infostelle sogar für den Tag eine mobile Rampe ausleihen könnten, damit wir wirklich überall hinkönnen. Echt toll! So etwas würde ich mir in Deutschland auch immer wieder wünschen.

Die letzte Woche führte nach Connemara, genauer nach Cleggan. Die Landschaft zeigte sich wieder ganz anders und wieder auf ihre eigene Art wunderschön. Unser Haus lag am Hafen und direkt gegenüber vom Pub des Dorfes. Dort genoss Zoe zwei herrliche Abende bei der Pub Night mit Livemusik und irischem Flair.

Das Wetter hat uns in der letzten Woche etwas geärgert, aber nichtsdestotrotz sind wir raus und haben die Gegend erkundet. Wir besuchten die berühmte Kylemore Abbey mit ihren wunderschönen Gärten, die tolle Stadt Westport und wanderten zur Omey Insel, die nur bei Ebbe besucht werden kann. Der Höhepunkt war aber die Connemara Ponyshow. Dort kommen aus dem ganzen Land und auch England Pferdehändler zusammen, um die berühmten Connemarapferde zu verkaufen oder zu ersteigern.

Die Pferde werden dabei in eine kleine Manege geführt und die mehreren Dutzend eng an eng darumstehenden Männer bieten in atemberaubender Geschwindigkeit, beobachtet von vielleicht hundert Zuschauern auf steilen Tribünen. Da es hier unmöglich war, mit dem Rolli durchzukommen, trugen wir Zoe einfach auf die Zuschauertribüne und lauschten den Wortstafetten des Versteigerers. Zoe war von den Pferden restlos begeistert.

Der Rückweg unserer Reise führte uns quer durch das Landesinnere nach Dublin, von wo aus es wieder Richtung Süden zu unserem Fährhafen Rosslare ging. Hier übernachteten wir noch einmal in einem Privathaus in zwei Zimmern bei supernetten Gastleuten, die gerne sofort unseren Hund Lisa adoptiert hätten. Am letzten Vormittag fanden wir noch einen einsamen kilometerlangen Strand. Dort mussten wir kurzerhand mal schnell die Schranke abschrauben, um mit dem Bus mit Dachbox in die Dünen fahren zu können. Auf der Fähre machten uns einige Delfinschulen, die unser Schiff begleiteten, den Abschied von einer traumhaften Insel nicht unbedingt leichter.

Am 31.8. waren wir dann um viele Erinnerungen, Eindrücke, Bekanntschaften und Bilder reicher zurück im gewohnten Leben und im Alltag.

Es war für uns alle, inklusive der Krankenschwestern, eine wahnsinnige Herausforderung. Vielen herzlichen Dank hier nochmal an unsere beiden Schwestern, die uns tatkräftig und mit Feingefühl begleitet haben. Wir haben uns tatsächlich nie eingeengt gefühlt und würden sofort wieder mit Euch fahren.

Trotz aller Anstrengung war es eine wunderschöne und intensive Zeit für die Familie. Keine unserer Befürchtungen ist eingetreten. (Zoe wird krank – das Auto bleibt liegen – Lisa darf nicht durch den Zoll) Es hat total viel Spaß gemacht und sich definitiv gelohnt. Der Urlaub für nächstes Jahr ist schon gebucht. Diesmal geht es nach Sardinien – wieder mit der Fähre.

Bettina Haringer

Bettina und Zoe Harringer mit Hündin Lisa

Rechtliche Probleme in der Versorgung von Kindern in Bezug auf das Sorgerecht

Nicht selten sind Pflegepersonen bei der Pflege am Kind mit Problemen konfrontiert, die aus der Wahrnehmung resultieren, dass notwendige Maßnahmen nicht erfolgen, Unstimmigkeiten zwischen den Erziehungsberechtigten laut oder Wünsche des Kindes ignoriert werden. So stellt sich schnell die Frage, wer entscheidet über die Versorgung und welche Mittel stehen zur Verfügung, wenn keine oder scheinbar falsche Maßnahmen erfolgen?

Welche Macht haben Eltern und ist die Macht einschränkbar? Wäre der Fall Charlie Gard in Deutschland möglich?
Charlie Gard war ein knapp einjähriger Junge aus Großbritannien, der im August 2016 mit einem unheilbaren Mitochondrialen DNA Depletionssyndrom auf die Welt kam. Wegen dieser seltenen Erkrankung musste der Junge künstlich beatmet und ernährt werden. Während die Eltern ihr Kind am Leben erhalten und einen Therapieversuch in den USA unternehmen wollten, kämpften die Ärzte vor Gericht für die Beendigung der Therapie und für das Abstellen der Geräte und bekamen Recht. Charlie Gard starb am 28.07.2017.
Rechtliche Grundlage der Pflege ist zunächst der Pflegevertrag zwischen Eltern/Kind und dem ambulanten Pflegedienst. Der Vertrag ist ein besonderer Dienstvertrag nach § 630a BGB auf den alle Vorgaben des sogenannten Parientenrechtegesetzes, eingepflegt in das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB), anzuwenden sind, weil Pflegekräfte in der Regel Angehörige eines Heilberufes sind, deren Ausbildung durch ein Bundesgesetz geregelt ist.
Der Vertrag wird bei Kindern konkludent oder durch übereinstimmende Willenserklärungen durch die Eltern bzw. gesetzlichen Vertreter im eigenen Namen für das Kind als Vertrag zu Gunsten Dritter gemäß § 328 BGB geschlossen. Dabei erwirbt das Kind den Anspruch auf die Leistung, während den Eltern/gesetzlichen Vertretern alle Gestaltungsrechte zustehen. Über den Abschluss des Vertrages entscheiden somit die Eltern oder gesetzlichen Vertreter des Kindes.
Für die Durchführung der Maßnahmen selbst bedarf es jedoch einer Einwilligung als Rechtfertigungsgrund, da jede Maßnahme, die einen Eingriff in Körper oder Gesundheit darstellt, eine strafrechtlich relevante Körperverletzung sein kann. Schließlich geht es um ein höchstpersönliches Rechtsgut zur Wahrung des Selbstbestimmungsrechts des Patienten. Die Einwilligung setzt als geschäftsähnliche Handlung Einwilligungsfähigkeit voraus. Doch sind Kinder einwilligungsfähig? Nach den gesetzlichen Vorgaben des § 1901a BGB können minderjährige Kinder selbst keine Patientenverfügung abfassen, auch wenn sie über eine natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit im Hinblick auf Art, Notwendigkeit, Bedeutung, Folgen und Risiken einer medizinischen Maßnahme verfügen, was Einwilligungsfähigkeit meint. Ist ein Kind urteils- und einsichtsfähig, ist ihm auch die Einwilligungsbefugnis zuzusprechen (vgl Palandt, BGB, 2017, § 630 BGB Rdnr 3). Dies festzustellen ist ein schwieriges und individuelles Unterfangen. Es gibt keine starre Altersgrenze. Ein über viele Jahre schwer krankes Kind kann seine Situation oft sehr klar und präzise einschätzen. Ist die Einwilligungsfähigkeit zu bejahen, so ist dem Kind jedenfalls ein Vetorecht zuzusprechen. Dieses Veto haben die Eltern/gesetzlichen Vertreter zu respektieren und mit der eigenen Wertung in Konsens zu bringen.
Das originäre Entscheidungsrecht und damit auch das Recht zur Einwilligung steht den sorgeberechtigten Eltern zu, die jedoch die wachsenden Fähigkeiten und Bedürfnisse berücksichtigen sollen. Dieses Recht folgt aus der Personensorge, die die Gesundheitssorge umfasst. Die sorgeberechtigten Eltern sind nach §§ 1626, 1929 BGB die gesetzlichen Vertreter, wobei die Sorge grundsätzlich mit der Geburt beginnt und mit der Volljährigkeit des Kindes endet.
Doch wer das Sorgerecht im Zeitalter von Patchworkfamilien innehat, ist für Pflegekräfte oft nicht ersichtlich. Dies sollte daher bei Abschluss des Pflegevertrages abgefragt und geklärt werden.
Der Regelfall verheirateter oder geschiedener Eltern ist das gemeinsame Sorgerecht. Die alleinige Sorge eines Elternteiles ergibt sich nach dem Tod eines Elternteiles oder im Falle der Übertragung auf einen Elternteil. Bei nicht verheirateten Eltern hat grundsätzlich die Mutter das alleinige Sorgerecht, wenn keine gemeinsame Sorgeerklärung abgegeben wurde (§1626a BGB).
Aus dem Sorgerecht leitet sich die Pflicht ab, einer ärztlichen Maßnahme zuzustimmen oder sie abzulehnen. Die Sorgeberechtigten müssen bei schwerwiegenden Eingriffen und erheblichen Erkrankungen gemeinsam einwilligen, was zu Konflikten im Falle der Uneinigkeit führen kann. Nur bei Bagatelleingriffen oder Routinemaßnahmen darf der Behandler oder die Pflegekraft darauf vertrauen, dass der Elternteil, der sich gerade kümmert oder anwesend ist, ermächtigt ist, für den anderen sorgeberechtigten Teil einzuwilligen. Die Pflicht zur Klärung verbleibt jedoch dem Behandler.
Das Entscheidungsrecht der Sorgeberechtigten geht dabei sehr weit und ist durch Art. 6 Absatz 2 GG geschützt. Auch wenn die staatliche Gemeinschaft den Sorgeberechtigten grundsätzlich vertraut und ihnen sogar die Entscheidung über den Abbruch einer lebenserhaltenden Maßnahme zutraut, wacht der Staat mit Hilfe der Familiengerichte. Die Grenze der Entscheidungsfreiheit ist nämlich das Kindeswohl. Darüber wacht das staatliche Wächteramt.
Das Wächteramt greift, wenn eine Kindeswohlgefährdung droht. Das kann dann der Fall sein, wenn die Sorgeberechtigten über die Vornahme einer Behandlungsmaßnahme unterschiedlicher Meinung sind oder ein Veto des Kindes ignorieren oder entgegen den Interessen des Kindes handeln, denn die Eltern müssen die Sorge zum Wohle des Kindes ausüben.
So besteht in Konfliktfällen die Möglichkeit, dass auf Antrag eines Elternteiles die Entscheidungsbefugnis auf einen Elternteil übertragen wird (§1628 BGB). Ist gar das körperliche, geistige oder seelische Wohl des Kindes gefährdet und die Sorgeberechtigten nicht willens oder in der Lage, die Gefahr abzuwenden, so ermöglicht § 1666 BGB geeignete gerichtliche Maßnahmen. Dies kann die Ersetzung der Erklärung der Sorgeberechtigten sein oder aber auch der Entzug des Sorgerechts. Dabei greift das Familiengericht von Amts wegen ein. Es reicht daher, wenn besorgte Pflegekräfte eine Gefahr erkennen und das Jugendamt oder

conhIT

Connecting Healthcare IT

17.–19. April 2018

> Die Digitalisierung führt zu einer besseren Gesundheitsversorgung – sowohl im Hinblick auf die Kosteneffizienz als auch die Qualität. Die conhIT verschafft Entscheidern den Einblick, wie moderne IT die medizinische Versorgung nachhaltig verbessern und so einen wichtigen Beitrag zur digitalen Entwicklung im Gesundheitswesen leisten kann.

Angelika Händel, M.A.
Universitätsklinikum Erlangen, Augenklinik,
Qualitätsmanagement und DRG-Controlling
Vorstandsmitglied Fachverband für Dokumentation
und Informationsmanagement in der Medizin (DVMD)

Messe | Kongress | Akademie | Networking

www.conhit.de

GOLD-Partner

AGFA HealthCare · Cerner · CGM CompuGroup Medical · ID Information und Dokumentation im Gesundheitswesen · medatixx Damit die Praxis läuft. · Meierhofer · T-Systems HEALTHCARE SOLUTIONS

SILBER-Partner

3M Science. Applied to Life.™ · BEWATEC Bessere Ideen! Bessere Kommunikation! · CLINICALL Klinik Infotainment Systeme · D·M·I ARCHIVIERUNG · i-SOLUTIONS HEALTH · InterSystems Health | Business | Government · Meona Die klinische Software · nexus/ag · PHILIPS · RHENUS LOGISTICS · Roche · RZV · VISUS

In Kooperation mit: BVMI Berufsverband Medizinischer Informatiker e.V. · gmds Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V.

Unter Mitwirkung von: KHIT · CIO-UK

Veranstalter: bvitg

Organisation: Messe Berlin

Christine Krieg

das Gericht in Kenntnis setzen, um ein entsprechendes Verfahren in Gang zu setzen. Eine Gefährdung, die Grund für die Einschaltung des Gerichts oder Jugendamts sein kann, ist das Unterlassen einer medizinisch notwendigen Behandlung, die Verweigerung einer Operation, die Verweigerung einer Bluttransfusion, die Nichtbefolgung ärztlicher Anordnungen oder etwa eine gravierende Fehlernährung des Kindes. In derartigen Fällen ist die Einschaltung des Jugendamtes und des Gerichts geboten.

Hätte sich der Fall Charlie Gard in Deutschland auch so ereignet? Zur Beantwortung sei der Fall eines vierjährigen Mädchens erzählt. Das Kind erlitt nach einer diagnostischen Maßnahme einen Herzstillstand und ein irreversibles apallisches Syndrom. Das Kind hatte kein Bewusstsein, verlor unwiederbringlich seine kognitiven Fähigkeiten und hatte schwerste Spastiken in allen vier Quadranten. Das Kind erhielt über PEG lebenserhaltende Zufuhr kalorischer Nahrung, schrie pausenlos und krampfte. Die Eltern holten das Kind nach Hause, in der Absicht, die lebenserhaltenden Maßnahmen einzustellen und das Kind sterben zu lassen. Aus diesem Grund beantragte das Jugendamt den Entzug des Aufenthaltsbestimmungsrechts und der Gesundheitssorge als Teile der elterlichen Sorge. Das Familiengericht folgte dem Antrag. Die Eltern legten dagegen Beschwerde ein. Das Beschwerdegericht war der Auffassung, dass das Sterben lassen per se nicht dem Wohl eines Menschen widerspricht und hob die Entscheidung des Familiengerichtes auf. Dagegen legte das Jugendamt Verfassungsbeschwerde ein. Im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes entschied das BVerfG (BVerfG vom 6.6.2007, AZ BvQ 18/07), dass das Kind bis zu einer endgültigen Entscheidung am Leben zu erhalten ist. Noch vor Zustellung der Entscheidung verstarb das Kind.

Christine Krieg
Fachanwältin für Medizinrecht und Mediatorin
Partnerin der Meyerhuber Rechtsanwälte Partnerschaft mbB

Der Beitrag basiert auf einem Vortrag mit dem Titel „Rechtliche Probleme in der Versorgung von Kindern in Bezug auf das Sorgerecht“ mit anschließender Diskussionsrunde im Rahmen des 10. MAIK Münchner außerklinischer intensiv Kongress. Der Workshop, der sich über 90 Minuten erstreckte, wurde von den Teilnehmenden begeistert aufgenommen. Dies zeigt, wie hoch der Gesprächsbedarf zu diesem brisanten Thema ist.

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.

Viele neue Impulse für die außerklinische Versorgung von Kindern und Kleinkindern

Workshop-Teilnehmerinnen

Die 13. Tagung Außerklinische Beatmung Kinder und Kleinkinder in Ulm-Seligweiler war bis auf den letzten Platz ausgebucht. Die Tagungspräsidenten Chefarzt Dr. med. Jörg Winckelmann und Oberarzt i.R. Dr. med. Kurt Wollinsky hatten ein informatives und sehr abwechslungsreiches Programm aus Vorträgen, Diskussionsrunden und Workshops zusammengestellt. Schwerpunkt waren juristische Fragestellungen, Sekretmanagement und „Neue Therapien bei Spinaler Muskelatrophie“.

Den ersten Kongresstag eröffnete Dr. Wollinsky mit einem Blick auf 20 Jahre Beatmung in der Pädiatrie und der Frage, wohin diese Entwicklung geht. Sodann referierten PD. Dr. Sven Hirschfeld über „Sexualität/Kinderwunsch am Beispiel Querschnittlähmung“. Er zeigte auf, was alles möglich ist, worauf man achten sollte und von welchen Vorstellungen man sich tunlichst befreien sollte. Damit meinte er vor allem den Abstand von jeglichem Leistungsdruck. Neben den wichtigen medizinischen Details war sein Ratschlag an alle Betroffenen, sich gut zu informieren und für eine genussvolle Sexualität zu öffnen. Leider gebe es kaum Urologinnen, so Hirschfeld, die Ansprechpartnerinnen für Frauen mit Querschnittlähmung sein könnten. Selbstbestimmung gilt auch hier, doch wie ist es um das Recht darauf bestellt? Dies war Thema des Vortrags der Rechtsanwältin Anja Hoffmann aus Berlin. Da der Vortrag Krankheitsbedingt leider ausgefallen ist, wird das Manuskript den Teilnehmern zur Verfügung gestellt.
Die Workshops am ersten Tag drehten sich um Beatmungseinstellungen. Erstmals wurde ein Auskultationstraining angeboten, und in einem weiteren Workshop ging es um das Reisen mit einem beatmeten Kind. Zusätzlich bot an beiden Tagen die Medizintechnik interessante Workshops an. Unter der Leitung von Dr. Wollinsky diskutierten die Katholische Klinikseelsorgerin am RKU – Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm, Sr. Dorothee Laufenberg, der Imam und Religionsbeauftragte der DITIB-Zentrum-Moschee Israfil Polat, Dipl. Sozialpädagoge und Systems Engineer sowie die Fachkrankenschwester Carmen Kutter ethische Fragestellungen, die sich bei Schwerstbehinderungen eines Kindes auftun können. Was elterliche Liebe bewirken kann, ist immer wieder beeindruckend, aber nicht immer gelingt dies. Und nicht immer kann der Glaube, egal welcher Konfession, alle Menschen auffangen. Deshalb ist es wichtig, vor Ort Ansprechpartner*innen möglichst vieler Glaubensrichtungen zu haben.
Zum Roundtable-Gespräch „Pflegestärkungsgesetz – Leistungsausweitung für Pflegebedürftige. Auswirkung auf beatmete Kinder“ trafen sich sodann wieder alle Besucher*innen im Plenum. Referent war der Internist Thomas Muck vom MDK Bayern. Es ging dieses Mal nicht so „heiß“ her wie in den Vorjahren, da man noch immer in Wartestellung ist, was die Pflegestärkungsgesetze tatsächlich bringen werden, und das neue Bewertungssystem in der Pflege, der neue „Pflege-TÜV“ nicht vor 2019 zu erwarten ist. Dennoch war der Dialog sehr angeregt und informativ.
Den Vorsitz über den zweiten Kongresstags hatten Dr. Wollinsky und Dr. Carola Schön. Letztere berichtete aus ihrem klinischen Alltag über Sekretprobleme und deren Management, kontrastierend dazu Dr. Ute Goetz über ihre neue Rolle als niedergelassene Kinderpneumologin. Denn gerade die außerklinische ärztliche Versorgung steckt noch in den Kinderschuhen, und ganz besonders gravierend im Bereich der Pädiatrie. Weitere Spezialthemen und völlig neue Therapieoptionen bietet Nusinersen, das von den Expert*innen Dr. Claudia Wurster, Dr. Kathrin Knochel, Dr. Benedikt Winter und Dr. Kurt Wollinsky engagiert diskutiert wurde. Teuer ist diese Therapie schon, aber, und

das lässt sich schon jetzt sagen, sie ist ein Segen für die an spinaler Muskelatrophie erkrankten Kinder und deren Familien! Des weiteren informierte PD Dr. Hans Fuchs umfassend über Highflow.

Nach diesem wissenschaftlichen Input ging es bis in den späten Nachmittag weiter mit spannenden Workshops, bei denen auch viel Hands-on möglich war. Veronika Langbein, Kinderkrankenschwester i.R., beeindruckte wieder mit ihrem großen Sortiment an Trachealkanülen für Kinder, und Pflegekräfte konnten die Reanimation bei Säuglingen und Kleinkindern üben. Erstmals vertiefte Ingo Berweiler in einem Workshop die Auskultation normaler Atmung und pathologischer Geräusche.
Weil die Konzentration während einer solch anspruchsvollen Tagung wohl bei jedem irgendwann einmal nachlässt, gab es die Gelegenheit, sich in einem wunderschön ausgestatteten Raum und bei sanften Klängen eine „Auszeit" zu nehmen und zu entspannen. Eberhard Nill, Physiotherapeut am RKU, führte mehrmals durch eine Traumreise und Theresa Bertele und Mara Augsten, zwei Schülerinnen der Physiotherapie, verwöhnten die Teilnehmenden mit Entspannungsmassagen.
Nicht fehlen durfte natürlich die Musik. Am ersten Abend sorgten die „ThE vents" für schwungvolle Musik, die zum Tanzen einlud. Dr. Wollinsky gab bei dieser Gelegenheit sein Debut als Bandmitglied. In der Band spielten auch musikbegeisterte Referenten, Teilnehmer und Vertreter der Medizintechnik, die ansonsten während der Tagung Workshops abhielten oder ihren Stand in der begleitenden Industrieausstellung betreuten. Die „ThE vents" spendeten den Erlös des Abends in Höhe von 267 Euro dem Kinderhaus Luftikus in Baiersbronn. Diese Summe wurde vom Veranstalter auf 1.000 Euro aufgerundet.
Die begleitende Industrieausstellung bot reichlich Gelegenheiten, sich miteinander zu unterhalten und Erfahrungen auszutauschen. Die Teilnehmenden waren sich einig, dass diese Tagung eine rundum gelungene Veranstaltung war. Und so darf man sich schon auf die 14. Tagung Außerklinische Beatmung Kinder und Kleinkinder in Ulm-Seligweiler freuen.

Dr. Carola Schön

(v.l.n.r.) PD Dr. Hans Fuchs, Tagungspräsident Dr. Kurt Wollinsky und PD Dr. Sven Hirschfeld

Knochen tragen Gewicht, Muskeln bewegen Gewicht.

Effektive Positionierung eines Klienten

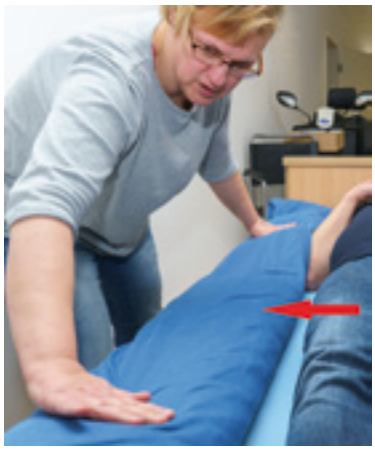
In der vorangegangenen Ausgabe hatten wir, Kerstin Hirsch, Grund- und Aufbaukurstrainerin für Kinaesthetics, und Rebecca Knüttel, Zertifizierte Anwenderin für Kinaesthetics, bereits vorgestellt. Um unsere Tätigkeit bei in der Niederlassung Nordbayern der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH zu veranschaulichen, haben wir über das Thema „Positionierung" die folgende Fotoserie erstellt.

Zu dieser Fotoserie hat uns eine Fortbildung von Esther Klein-Tarolli inspiriert. Sie ist Trainerin für Kinaesthetics, die sich speziell mit diesem Thema auseinandergesetzt hat. Außerdem hat sie verschiedene Kissen, Rollen und Keile entwickelt, die mit PU Luftzellenstäbchen und EPP Perlen „Rhombo Med" gefüllt sind. Dieses Material erfüllt nicht nur hygienische Richtlinien, sondern gewährleistet Formbarkeit, Elastizität und Festigkeit. In unserer Wohngemeinschaft und in der häuslichen Versorgung wird vermehrt dieses Material verwendet, denn die Feedbacks sind sehr positiv.
Erhältlich ist das Material über die Homepage: www.bewegteslagern.de

1

Basisset zur Positionierung von Esther Klein-Tarolli

2



Um eine gleichmäßige Verteilung des Füllmaterials zu erreichen, es ist es ganz wichtig, das Material auszustreichen, nicht zu schütteln

3

Ein Bein wird anstellt, Arme werden auf der Brust oder dem Bauch abgelegt. Wir fassen an den Massen, denn nur dort haben wir die knöchernen Strukturen, die wir bewegen können!

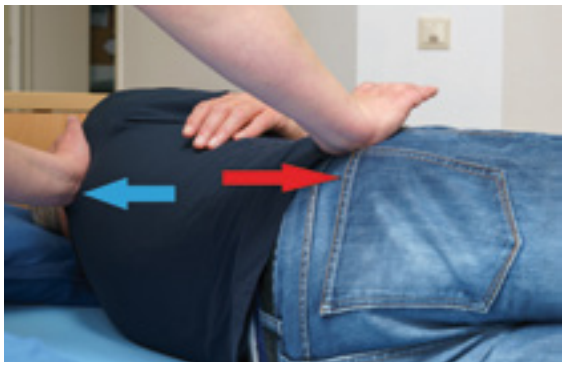
4

Die Pflegekraft positioniert ihren Arm am Becken des Klienten und dreht das Becken auf den Unterarm zurück. Der Unterarm dient nun als Schiene. Er bleibt auf der Unterstützungsfläche liegen, während des Zurückziehens durch Gewichtsverlagerung

5

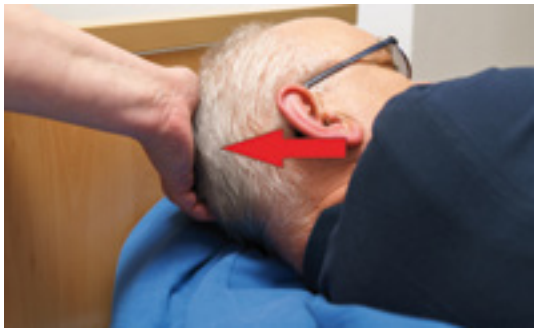
Den Oberkörper nun durch Druck an der knöchernen Struktur (Ellenbogen) auf die Seite bewegen, um die Schulterblätter frei zu bekommen. Auch hier setzen wir unseren Arm als Schiene ein. Er bleibt wieder auf der Unterstützungsfläche liegen und wir drehen den Brustkorb des Klienten auf unseren Arm. Dadurch erreichen wir eine Positionsveränderung des Brustkorbs ohne Scherkräfte

6



Klient wird schrittweise durch Zug der Beine und Druck an Hüftknochen und Schulterblatt auf die Seite gedreht - „Eine Masse folgt der anderen!“. Nun das Material am Rücken an modellieren.

7

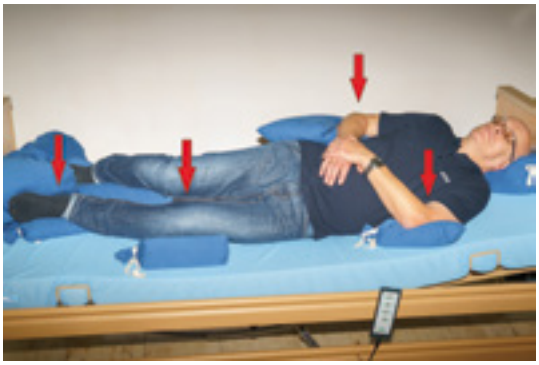


Das Rollenende mit Zipfel wird unter den Kopf gelegt. Dabei wird der Kopf wieder an der knöchernen Struktur geführt.

8

Das Material wird individuell anmodelliert, je nach Körperstruktur und Proportion. Um eine Freilagerung zu erreichen, das Material an den gewünschten Stellen ausstreichen! Wichtig ist, dass der Klient an den Knochen die Unterstützung erfährt.

9



„Knochen tragen Gewicht und Muskeln bewegen Gewicht!“ Meint: Knochen brauchen Unterstützung und Muskeln sollen frei sein, um die Eigenbewegung des Klienten zu fördern. Außerdem gewährleistet dies die Durchblutung und den Rückfluss der Lymphe. WICHTIG: Die Füße brauchen einen Kontakt zum Material, um Spannung zu regulieren.

Weiterführende Anregungen gibt es im Leitfaden „Bewegtes ‚Lagern‘. Positions-Unterstützung“ nach Esther Klein-Tarolli.
Kerstin Hirsch / Rebecca Knüttel zeigen an **Michael Dickas-Henkel** die Positionen, Fotos von **Dieter Weber**

Workshops und Sitzungen zum Thema Beatmung

Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege tagt in der Messe Bremen

Beatmung als Selbsterfahrung oder die erste S3-Leitlinie Invasive Beatmung und Einsatz extrakorporaler Lungenersatz – diese und weitere Themen aus Intensivmedizin sowie aus Intensivpflege, Anästhesie, Notfallmedizin und Krankenhausmanagement stehen auf dem Programm des 28. Symposiums Intensivmedizin + Intensivpflege 2018. Von Mittwoch bis Freitag, 14. bis 16. Februar 2018, treffen sich Pflegende, Mediziner und Mitarbeiter von Krankenhausverwaltungen beim größten verbandsunabhängigen Kongress seines Fachgebiets in der Messe Bremen.
Auf der Agenda stehen über 500 Vorträge in rund 170 Sitzungen und Workshops, in denen die Teilnehmer diskutieren und sich fortbilden. An Rettungsdienstfachpersonal und Notärzte richtet sich das neue Kursangebot Geburtshilfliche Notfälle im Rettungsdienst. NEISS, das Notarzt-(Wieder-)Einsteiger-Seminar, BISS, die Bremer Intensiv-Starter Seminare für Neulinge auf der Intensivstation, das Master Class Symposium und die International Medical Class (IMC) Paediatric Critical Care ergänzen das Kongressangebot.
Nicht fehlen dürfen die interaktiven TED-Sitzungen, in denen 2018 auch über schwierige Beatmungsfälle diskutiert wird.
Drei Institutionen veranstalten das Symposium gemeinsam: der Wissenschaftliche Verein zur Förderung der klinisch angewendeten Forschung in der Intensivmedizin e.V. (WIVIM), die Bremer HCCM Consulting GmbH sowie die Messe Bremen. Im Februar 2017 kamen 4.503 Teilnehmer zum Kongress. 196 Aussteller stellten ihre Produkte und Dienstleistungen vor, 470 Referenten gestalteten Vorträge und Workshops.
Mehr Informationen: www.intensivmed.de

Symposium
Intensivmedizin + Intensivpflege

Der Weg in die Unabhängigkeit

Gut sein und trotzdem besser werden – dieser Leitgedanke bildet die Basis allen Handelns der Deutschen Fachpflege Gruppe. Gelebtes Qualitätsverständnis im Sinne eigener, hoher Qualitätsansprüche ebenso wie im Hinblick auf vollste Zufriedenheit der Patienten und ihrer Angehörigen spielt dabei auf allen Ebenen eine entscheidende Rolle. Die Entwöhnung von der Trachealkanüle versteht die Deutsche Fachpflege Gruppe dabei als festen Bestandteil ihres Therapiekonzepts, das den Patienten umfassend in den Blick nimmt und seine Lebensqualität entscheidend verbessern soll. Jede einzelne Patientengeschichte, bei der die Entwöhnung gelingt, ist ein Geschenk. So wie bei Ludwig Frank, einem Patienten der AKIP – Ambulante Kranken- und Intensivpflege Biberach, einer Tochtergesellschaft der Deutschen Fachpflege Gruppe.

Aufgrund einer schweren Staphylokokkensepsis wurde Ludwig Frank Ende 2015 in das Bundeswehrkrankenhaus Ulm eingeliefert, wo sich sein Zustand infolge der Sepsis derart verschlechterte, dass er beatmungspflichtig wurde. Er erhielt ein plastisches Tracheostoma, eine PEG-Anlage sowie einen suprapubischen Blasenkatheter. Im Februar 2016 wurde er mit der Diagnose »Critical Illness Polyneuropathie« spontan atmend in ein Therapiezentrum verlegt. Bereits nach kurzer Zeit war er wieder in der Lage, gut 60 Minuten im Rollstuhl zu sitzen und 10 Schritte mit Unterstützung von zwei Pflegekräften zu laufen. Bei seiner Entlassung brauchte er in allen Aktivitäten und existenziellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) noch vollständige Unterstützung.

Seit seinem Einzug in eine Intensiv-Wohngemeinschaft im April 2016 wird Ludwig Frank von der AKIP – Ambulante Kranken- und Intensivpflege GmbH versorgt, betreut und gefördert. Er erhielt exakt auf ihn abgestimmte Mobilisationspläne, die Facio-Orale Trakt Therapie (F.O.T.T.), Kommunikationsübungen durch eine neue Trachealkanüle und Übungen zum Erlernen der grundpflegerischen Selbstversorgung. Bis heute lernte Ludwig Frank unter Anleitung, sich selbständig an- und auszukleiden, sich zu waschen, sein Frühstücksbrot selbst zu richten, nahm am aktiven Leben der Wohngemeinschaft teil und schaffte es mit der Zeit, seine Heimkehr in greifbare Nähe rücken zu lassen. Einen kleinen Vorgeschmack darauf boten ihm Schüler der Altenpflegeschule Bad Wurzach, denn sie hatten für ihn einen Ausflug nach Hause organisiert.

Familie Frank betreibt einen Bauernhof mit rund 100 Kühen und etlichen Hektar Land, die es zu bewirtschaften gilt. Den Hof hatte Ludwig Frank vor seiner Erkrankung mit viel Leidenschaft noch selbst geführt. Seine Rolle hat nun sein Sohn eingenommen. Zwei Jahre ist das her. Seitdem hat er seinen Hof nicht mehr gesehen. Umso wichtiger die Fahrt, die eines Morgens mit unbekanntem Ziel beginnt und in Begleitung von Delia und Mario, die bei AKIP ihre Altenpflegeausbildung absolvieren, auf seinem Hof endet. Sein erster Weg führt ihn zu den Kühen, erst danach ist er bereit für sein Leibgericht: grüne »Krapfa«, eine schwäbische Spezialität. Frisch gestärkt geht er in jeden einzelnen Stall, besucht die neugeborenen Kälber, sichtet alle Landmaschinen und inspiziert den Gemüsegarten. Dann geht's erst einmal wieder zurück in die WG.

Jetzt stehen die nächsten Maßnahmen seiner »Spät-Reha« an, wie etwa Kontinenztraining – und seine Dekanülierung. Denn das Ziel ist klar: Zurück auf den Hof.

Ausflüge dieser Art sind logistisch eine große Herausforderung, denn alle Aspekte der Sicherungspflege müssen berücksichtigt und beachtet werden. Nur in Begleitung ist ein solches Unterfangen überhaupt möglich, denn auch das entsprechende und sehr umfangreiche Transport-Equipment muss vorbereitet und immer griffbereit sein, damit im Falle eines Falles umgehend und adäquat reagiert werden kann – und das ist Teil des gelebten Qualitätsverständnisses der Deutschen Fachpflege Gruppe.

Interdisziplinäre Einblicke in die außerklinische Intensivpflege

Am 11. April 2018 lädt die Arbeitsgemeinschaft Intensivpflege Nordbayern zum 8. Intensivpflegetag Nordbayern in das Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken auf dem Michelsberg in Münnerstadt ein. Die ARGE Intensivpflege Nordbayern hat das Rahmenprogramm festgelegt, das wieder sehr vielversprechende Einblicke in die Intensivpflege verspricht.

Themen des 8. Intensivpflegetages Nordbayern sind das neue Entlassmanagement, Möglichkeiten der Ventilimplantation, Kommunikation im Team und Kommunikation in schwierigen Situationen mit Klienten und Angehörigen, Notfallmanagement, Reanimation, Atemwegsicherung, Airway Management, Patientenversorgung mit beratungsintensiven Medizinprodukten und Wunsch vs. Realität. Die im Pflegealltag immer wieder auftauchende Frage, welches Transportmittel man für seinen Klienten wählen sollte, wird im Vortrag „Vom Patientenfahrdienst zum Intensivtransport“ behandelt, und diskutiert wird, ob und unter welchen Voraussetzungen eine rundum sorglose Versorgung des tracheostomierten Beatmungspatienten überhaupt noch möglich ist. Natürlich dürfen Informationen zu Sauerstoff, Beatmung und Tracheostoma nicht fehlen, da besonders viele Pflegekräfte zum Intensivpflegetag kommen, die im außerklinischen Bereich arbeiten. Zum Abschluss geht es noch um die Palliativversorgung und speziell um die SAPV in der Region Main-Rhön. Durch das Programm führen der 1. Vorsitzende der ARGE, Ingo Nolte, Wenoba Heimbeatmung, und sein Stellvertreter Dieter Weber, Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH. Auf der Tagesordnung stehen auch wieder interessante Workshops.
Die Anmeldung ist jederzeit unter: www.intensivpflege-nordbayern.de/termine/intensivpflegetag/anmeldung möglich.

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

ALTENPFLEGE 2018: Digitalisierung im Fokus der Leitmesse

Vom 6. bis 8. März ist Hannover das Zentrum der nationalen Pflege-Branche, wenn sich Manager, Heimleiter, Pflegepersonal und Startups auf der ALTENPFLEGE 2018, der Leitmesse der Pflegewirtschaft auf dem Messegelände der Niedersächsischen Landeshauptstadt Hannover treffen.

Auf der ALTENPFLEGE präsentieren rund 600 Aussteller auf über 40.000 Quadratmetern neueste Produkte sowie Dienstleistungen für die stationäre und ambulante Pflegewirtschaft. Die ALTENPFLEGE gilt in Deutschland sowie den Nachbarländen als der wichtigste Treffpunkt für den Pflegesektor und umfasst die Bereiche Pflege & Therapie, Beruf & Bildung, IT & Management, Küche, Ernährung, Textil & Hygiene sowie Raum & Technik.
Im Fokus der dreitägigen Leitmesse steht die Digitalisierung, die auch vor der Pflegewirtschaft nicht Halt macht. Messeleiterin Carolin Pauly vom ALTENPFLEGE-Veranstalter Vincentz Network: „Die Digitalisierung zieht sich durch alle Bereiche der Pflege. Von der Pflegedokumentation über die Personalplanung bis hin zur pflegeunterstützenden Technik ist sie nicht mehr wegzudenken. Deshalb bildet die ALTENPFLEGE als Leitmesse der Branche selbstverständlich die Digitalisierung in ihrem ganzen Umfang ab.“
In der Sonderschau aveneo – Raum für Innovationen stehen die Innovatoren im Mittelpunkt. Ziel von aveneo ist es, gute Ideen zu fördern, kompetente Kontakte zu vermitteln und den Markteinstieg für wegweisende Innovationen ermöglichen. aveneo ist auch Schauplatz der StartUp-Challenge, die nach ihrer diesjährigen Premiere in Nürnberg nun erstmalig in Hannover an den Start geht. StartUps und Gründer aus den Bereichen Pflege, Internet der Dinge, Technologie, Architektur sowie Pflege- und Sozialwirtschaft haben hier die Möglichkeit, ihre Lösungen zu präsentieren. Eine Expertenjury, zusammengesetzt aus branchenrelevanten Vertretern aus der Pflegewirtschaft und Technologie, begutachtet während der drei Veranstaltungstage die nominierten Produkte und unterstützt die ambitioniertesten Teilnehmer mit hochwertigen Marketing-Paketen.
Einen wichtigen Impuls für die Branche setzt der 3. Zukunftstag ALTENPFLEGE. Unter dem Motto „Gemeinsam

stark“ erwartet den Besucher des dreitägigen Messekongresses ein facettenreiches Programm, welches mit über 90 Vorträgen und diversen Sonderveranstaltungen die wichtigsten Themen und Entwicklungen in der Altenpflege aufgreift. Auf dem Programm stehen spannende Themen wie „Digitalisierung in der Pflege“, „1 Jahr Pflegereform“, „Versorgungsvielfalt im Quartier“ oder auch „Zukunft Personal“.
Beim nunmehr 7. Tag der Wohnungswirtschaft, der im Rahmen des Kongresses stattfindet, geht es um den Megatrend Servicewohnen und Quartier. Diese beiden Wachstumsbringer werden anhand von Best-Practice-Beispielen näher beleuchtet – unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Perspektiven und politischen Rahmenbedingungen. Ein Blick über den Tellerrand zeigt zudem, wie in anderen europäischen Ländern die Themen Wohnen und Quartier erfolgreich umgesetzt werden. Zugleich bietet sich in Hannover die Gelegenheit, sich mit Verantwortlichen in Pflegeeinrichtungen, der Wohnungswirtschaft, Architekten, Planern, Banken, Projektentwicklern und Kommunen zu vernetzen und so die eigenen Zukunftsprojekte anzustoßen.
Beim Palliativ-Netzwerktag am 6. März stehen brennende Themen rund um Hospizarbeit und Palliativversorgung im Fokus. In Vorträgen, Podiumsdiskussionen und Workshops werden Themen wie „Versorgungsplanung am Lebensende“, „Trauerbegleitung“ oder „Sterben zuhause im Heim — Hospizkultur und Palliativkompetenz in der stationären Langzeitpflege“ behandelt. Ziel ist es, neue Wege zu finden um die Hospizarbeit und Palliativversorgung in Altenpflegeheimen zu verbessern und ein menschenwürdiges Sterben möglich zu machen.
Zu den wichtigsten Themen der Pflegebranche gehört nach wie vor der Fachkräftemangel. Im November 2017 waren laut Bundesagentur für Arbeit rund 15.252 offene Stellen für examinierte Altenpflegefachkräfte gemeldet, dem gegenüber standen lediglich 3200 arbeitslose Altenpfleger. Allerdings werde höchstens nur jede zweite offene Stelle der Arbeitsagentur gemeldet – sprich: Real ist in Deutschland von mindestens 30.500 offenen Stellen die Rede. Laut des Schweizer Wirtschaftsforschungsunternehmens Prognos könnte sich bis 2030 die Zahl der fehlenden Facharbeiter in der Pflege, Techniker, Forscher und medizinischen Fachkräfte auf bis zu 3 Millionen belaufen, bis 2040 gar auf 3,3 Millionen. Messeleiterin Carolin Pauly: „Völlig klar, dass sich die ALTENPFLEGE diesem brennenden Thema stellt.“
In der Jobbörse mit Karrierecenter haben Jobsuchende und Arbeitgeber die Möglichkeit, sich auszutauschen und erste Bewerbungsgespräche zu führen, darüber hinaus gibt es ein großes Aktions- und Vortragsprogramm speziell für Pflegekräfte, Studierende und Azubis.
Etabliert hat sich in den letzten Jahren ALTENPFLEGE connect, bei den offenen Bühnen in den Messehallen stehen aktuelle Trendthemen im Fokus. Darüber hinaus bietet die ALTENPFLEGE 2018 ein informatives und unterhaltsames Rahmenprogramm, in dem auch der Spaß für die Besucher nicht zu kurz kommt. Weitere Infos unter www.altenpflege-messe.de

Bleiben Sie rund um den ZUKUNFTSTAG Altenpflege und die Leitmesse ALTENPFLEGE auf dem Laufenden. Wir informieren Sie gerne über Neuigkeiten im Rahmen unseres Newsletters. Hinterlassen Sie auf der Homepage Ihre E-Mailadresse bei der Anmeldung für News!

ALTEN PFLEGE
Die Leitmesse 2018
6.–8. März · Messegelände Hannover

Regensburg meets Pilsen

Am 11. Oktober 2017 fand der 10. Regensburger Intensivpflegetag statt, den der Verein der Freunde und Förderer der Pflege am Universitätsklinikum Regensburg e.V. unter dem Vorsitz von Thomas Bonkowski veranstaltet. Unter dem Motto „Regensburg meets Pilsen - Gemeinsam der Zukunft auf der Spur“ ging man neue Wege. Und das Wagnis hat sich mehr als gelohnt!

Erstmals in der nun 10-jährigen Geschichte des Intensiv pflegetages hatte die Veranstaltung ein internationales Organisatoren- und Schirmherrenteam. Für Pilsen, die Partnerstadt von Regensburg, hatte Ph.D Dr. Tomáš Kural, Medizinische Fakultät der Karls-Universität in Pilsen die Schirmherrschaft übernommen, für Regensburg Prof. Dr. Martina Müller-Schilling, Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Regensburg. Namhafte Referenten und Vorsitzende, Experten aus Tschechien und Deutschland, die aus ganz unterschiedlichen Bereichen der Intensivmedizin, der Naturstoffforschung, der Pflegewissenschaft und der Informationsethik kamen, wirkten an der bis auf den letzten Platz besetzten Veranstaltung mit. Es ging um spannende und brisante Themen wie innovative Raumkonzepte, die den Patienten vor Stress und Lärm schützen, multiresistente Keime, intelligentere Lösungen rund um das Wasser auf den Intensivstationen sowie um Fluid-Management - die Symbiose zwischen IT und Medizingerätetechnik. Immer wieder landen Konsumenten von Designerdrogen wie z. B. Chrystal oder Flakka als Intoxikationsopfer auf der Intensivstation. Dies stellt eine große Herausforderung für Ärzteschaft und Pflege dar, zumal es gerade an Pflegekräften allerorts mangelt.
Im Zusammenhang mit dem weit verbreiteten Pflegekräftemangel wurde diskutiert, ob zukünftig Pflegeroboter den Pflegenotstand auffangen könnten. Kann man künstlichen Kreaturen namens Terapio, Robähr, Pepper & Co ein Moralempfinden einprogrammieren? Und wer trägt die Verantwortung bei fehlerhafter Betreuung und Versorgung durch die Maschine? Können Roboter womöglich helfen, eine Scham zu verhindern, die man gegenüber Menschen hätte, oder können sie sogar erst Scham auslösen, die man ansonsten nicht hätte?

Der 10. Regensburger Intensivpflegetag gab viele Anregungen und Denkanstöße, und man darf sich auf den nächsten Intensivpflegetag freuen. Dieser wird am 10.10.2018 in Regensburg stattfinden. Alle Informationen unter https://vffp.de

Vor dem Regensburger Intensivpflegetag ist am 28.4.2018 das erste Regensburger Symposium für außerklinische Intensivpflege „Spannungsfeld Heimbeatmung - Wege für eine bessere Versorgung“.
Auskünfte und Infos bei Herrn Thomas Bonkowski:
thomas.bonkowski@ukr.de

https://vffp.de

Regensburger und Pilsener Intensivdelegation

... wir unterstützen Sie bei Ihrer Abrechnung.

- Pünktlicher Zahlungseingang
- Komplette Abwicklung mit allen Kassen
- Leichte Erfassung von Leistungsnachweisen
- Einfach zum Kostenvoranschlag
- Komfortable Bedienung

Und das alles zu günstigen Konditionen!

ALTEN PFLEGE
Die Leitmesse 2018
6.–8. März · Messegelände Hannover

Hier live erleben!

www.azh.de/pflege

azh

Digitalisierung, Krankenhausfinanzierung, Personalmangel: Rückstände aufholen!

Die Bundeskanzlerin hat kürzlich in ihrer wöchentlichen Videobotschaft die zögerliche Digitalisierung im deutschen Gesundheitswesen kritisiert: „Viele Innovationen kommen nicht mehr aus Europa, sie kommen nicht aus Deutschland." Ziel der Gesundheitsforschung müsse jetzt sein, „Rückstände aufzuholen". Angela Merkel hob insbesondere die Chancen von Big Data hervor und warnte vor Technologiefeindlichkeit: „Da muss man einfach akzeptieren, dass große Datenmengen neue Erkenntnisse mit sich bringen."

Die Digitalisierung im Gesundheitswesen und die Frage, wo Deutschland dabei steht, werden Schwerpunkte sein, wenn am 13. und 14.3.2018 in Köln der Gesundheitskongress des Westens stattfindet.
Thema wird ebenfalls ein Vorstoß des neuen nordrhein-westfälischen Gesundheitsministers Karl-Josef Laumann, bisher Patientenbeauftragter der Bundesregierung, bei der Krankenhausfinanzierung sein: Laumann plant ein Sonderprogramm, um den Investitionsrückstand der Kliniken an Rhein und Ruhr zu verringern. „Die Krankenhäuser in NRW haben bisher sehr unter der unzureichenden Investitionskostenförderung durch das Land gelitten", kritisiert Laumann. Seit Jahren stehen die Bundesländer in der Kritik, ihren Aufgaben bei der Krankenhausfinanzierung nicht nachzukommen: Experten schätzen den jährlichen Investitionsbedarf der deutschen Krankenhäuser auf rund 7 Milliarden Euro - die öffentlichen Mittel der Bundesländer beliefen sich in den letzten Jahren jedoch nur durchschnittlich auf 2,7 Milliarden Euro.
Intensiv wird sich der Gesundheitskongress des Westens auch mit dem Thema „Personal" befassen. Eine der Kernfragen lautet: Welche intelligenten Lösungen gibt es gegen Personalmangel? Eine andere, die sich an Arbeitgeber richtet: Sind sie erste Wahl für Personal? Die Attraktivität von Arbeitgebern bei Mitarbeitern und potenziellen Bewerbern wird Gegenstand mehrerer Veranstaltungen sein – sie stehen unter dem Motto: „Gutes Personal ist kein Zufall!"
Der Gesundheitskongress des Westens ist der führende Kongress für Gesundheitspolitik und Gesundheitswirtschaft im Westen Deutschlands. Auch in diesem Jahr werden wieder rund 950 Besucher erwartet – Klinikmanager, Ärzte, Verantwortliche aus Gesundheitspolitik und -unternehmen, aus Forschung und Wissenschaft sowie der Pflege. Der 12. Kongress am 13. und 14.3.2018 im Kölner Kongresszentrum Gürzenich statt.
Infos: www.gesundheitskongress-des-westens.de

Gesundheitskongress des Westens 2018
13. und 14. März 2018 | Köln

1.Kongress der medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB)

Am 1. – 2. März 2018 findet in Rummelsberg / Schwarzenbruck bei Nürnberg der 1. Kongress der medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung (MZEB) statt. Es ist eine gemeinsame Tagung der BAG-MZEB und Deutschen Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (DGMGB).

Kongresspräsident PD Dr. Martin Winterholler, Dr. Anja Grimmer, Vorsitzende DGMGB, und Dr. Matthias Schmidt-Ohlemann, Vorsitzender BAG-MZEB, verweisen in ihrem Grußwort darauf, dass derzeit fast jeden Monat ein neues Medizinisches Zentrum für Menschen mit mehrfacher und geistiger Behinderung" (MZEB) seine Arbeit aufnehme und die Entwicklung der MZEBs erst am Anfang stehe. Diese äußerst erfreuliche Entwicklung sei der jahrzehntelangen Arbeit vieler engagierter Kolleginnen und Kollegen und anderer Experten aus der Deutschen Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger Behinderung (DGMGB, früher BAG), den Fachverbänden der Behindertenhilfe und anderen Verbänden und Organisationen zu verdanken, die unermüdlich auf die Notwendigkeit einer spezialisierten Versorgung für Menschen mit schwerer Behinderung hingewiesen hätten. Durch die neuen Zentren, die für alle Beteiligten eine große Herausforderung darstellten, ergebe sich die Chance, dass in Deutschland erstmals mit einem multidisziplinären Ansatz eine verbesserte Diagnostik und Behandlung für Menschen mit Behinderung unabhängig von der Wohnform in größerem Umfang sichergestellt werden könne.
Die Veranstaltung richtet sich an alle, die mit Erwachsenen mit schwerer körperlicher, geistiger oder mehrfacher Behinderung arbeiten: Mitarbeiter der neu entstehenden MZEB, aber auch Klinikärzte, niedergelassene Ärzte, Physiotherapeuten, Pflegepersonal sind herzlich eingeladen zum interdisziplinären Austausch nach Rummelsberg zu kommen. Im Fokus der Veranstaltung stehen fachliche Themen, neue Entwicklungen in der Therapie und Diagnostik, aber auch die Organisation der neu entstehenden MZEB.
Neben den Hauptsitzungen bereichern praktische Workshops das wissenschaftliche Programm, das auf der Homepage eingestellt ist. Die Online-Registrierung ist jederzeit möglich.

Informationen und Anmeldung unter http://mzeb-kongress.de/

9. ICW-Süd/HWX-Kongress in Würzburg

Vom 7. - 9.3.2018 findet im Tagungszentrum auf der Festung Marienberg in Würzburg der 9. ICW-Süd/HWX-Kongress – Hygienekongress, Wundkongress, X2018: Mensch im Fokus – mit Industrieausstellung – statt.

Der Kongress ist ein seit über 16 Jahren bekannter Hygienekongress, zunächst als Bad Kissinger Akademiekongress und, neben dem Deutschen Wundkongress in Bremen, der Wundkongress der Initiative Chronischer Wunden im Süden. Das Besondere am HWX ist, dass Sie in Würzburg 3 Kongresse in einem erleben. Die Interdisziplinarität ist gekoppelt mit hohem fachlichen Anspruch und das in familiärer Atmosphäre, sodass ein guter fachlicher Austausch möglich ist.
Der Kongress ist gegliedert in 3 parallele Vortragsstränge:
1. Neues aus der Wundversorgung
2. Neues vom Hygienemanagement
3. X-Thema des Jahres 2018: Mensch im Fokus

Zusätzlich steht ein Workshop-Raum zur Verfügung, der u. a. dazu beiträgt, das Konzept des Kongresses zu verwirklichen: Neuerungen aus der Theorie und Erfahrungen in die Praxis umzusetzen.
Auszug aus den Themen 2018
Themen Hygienemanagement

- Einmal MRGN – immer MRGN?
- Handschuhdesinfektion
- Sie sind wieder da: Ratten, Mäuse, Läuse
- Was gibt's Neues von der KRINKO?

Themen Wundversorgung

- Differentialdiagnosen chronischer Wunden
- Einsatzgebiete der Low-Level-Lasertherapie
- Publikationen – Für Sie geschaut: Neues aus der Wundliteratur
- Wundversorgung im häuslichen Umfeld: Spagat zwischen Ökonomie und Menschlichkeit

Thema: Mensch im Fokus

- Ärgerst du dich noch oder antwortest du schon? – Bleiben Sie im Alltag handlungsfähig
- Ayurvedamedizin für chronisch kranke Menschen
- Wie das Gehirn die Abwehr steuert und die Abwehr unser Gehirn – Psychoneuroimmunologie
- Visiten mit „Lachtränen"

Auf Ihren Kongressbesuch freuen sich Claudia und PD Dr. Andreas Schwarzkopf sowie der wissenschaftliche Kongress-Beirat: Prof. Dr. Joachim Dissemond, Dr. med. Nils-Olaf Hübner, Prof. Knut Kröger, PD Dr. Dr. Friedrich von Rheinbaben, Eva Scheefer und Ines Liebig
Mehr unter: www.institutschwarzkopf.de

Institut Schwarzkopf

Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit: 6. - 8.6.2018

Der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit wird sich in diesem Jahr besonders mit dem Themenfeld „Digitalisierung und vernetze Gesundheit" auseinandersetzen. Denn die Politik hat sich auf die Fahnen geschrieben, dass Deutschland bei der Digitalisierung seinen Rückstand gegenüber anderen Ländern soll aufholen soll. Der Kongress geht deshalb einer Reihe von Fragen dazu nach: Was bringt die Digitalisierung den Patienten? Revolutioniert sie wirklich die medizinische Versorgung? Welches Potenzial für Prozessoptimierung und Effizienzsteigerung kann Digitalisierung heben? Wie begeistert man die Mitarbeiter für Digitalisierung? Welche zielgerichteten Behandlungsstrategien ermöglicht Big Data?

Der Hauptstadtkongress 2018 wird die gesundheitspolitischen Themen einer neuen Bundesregierung sowie neue Gesichter präsentieren. Auf der Agenda werden mögliche Veränderungen der Kassenlandschaft sowie die Reform des unter den Krankenkassen umstrittenen Morbi-RSA stehen. Diskutiert werden zudem die qualitätsorientierte Vergütung im Krankenhaus, mögliche Maßnahmen zur Überwindung der sektoralen Spaltung des Gesundheitswesens und wichtige Zukunftsthemen, wie Fachkräftesicherung, Innovationsklima und förderung im Gesundheitswesen sowie value based medicine und Patientensicherheit.
Der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit ist die Leitveranstaltung der Gesundheitsbranche. Unter seinem Dach finden auch drei wichtige Fachkongresse statt: der Managementkongress Krankenhaus Klinik Rehabilitation, der Deutsche Pflegekongress und das Deutsche Ärzteforum. Drei Tage debattieren 8.000 Entscheidungsträger aus Kliniken, Ärzteschaft, Pflege, Apothekerschaft, Politik, Krankenkassen und Wissenschaft im CityCube Berlin. Bei rund 200 Einzelveranstaltungen werden über 600 Referentinnen und Referenten auftreten – darunter viele Spitzenpolitiker aus Bund und Ländern, prominente Wissenschaftler und Führungspersönlichkeiten aus allen Institutionen des Gesundheitswesens.

Weitere Infos: www.hauptstadtkongress.de

HAUPTSTADT KONGRESS 2018
MEDIZIN UND GESUNDHEIT
6.–8. JUNI 2018 • CITYCUBE BERLIN

Ganzheitlich aktivieren

Eine Fülle an Bewegungsangeboten und Gedächtnisübungen für Senioren enthalten die beiden Bücher „Ganzheitlich aktivieren – Themenorientierte Bewegungsrunden für Senioren, Rund ums Jahr“ und „Ganzheitlich aktivieren - Themenorientierte Bewegungsrunden für Senioren, Alltägliches“ von Birgit Henze, die die Schlütersche Verlagsgesellschaft herausgegeben hat.

Neuronale Netzwerke, die im Hirn bestimmte Kontrollfunktionen wie Aufmerksamkeit und Konzentration koordinieren, bauen im Alter ab. Zur Förderung der Gedächtnisleistung ist die regelmäßige Benutzung verschiedener Areale ein Training, das auf jeden Fall sinnvoll ist. Bezugnehmend auf das am 1. Januar 2017 in Kraft getretene Pflegestärkungsgesetz wird hier ein Angebot gemacht, um die Lebensqualität von pflegebedürftigen Personen durch Anregungen im motorischen und kognitiven Bereich zu steigern.
Diese beiden Bücher würde ich unbedingt empfehlen, und zwar nicht nur, wenn man im pflegerischen Bereich oder als Ergotherapeut tätig oder Angehöriger eines Pflegebedürftigen ist. Diese Bücher eignen sich für all diejenigen, die generell im Umgang mit Menschen sind, die eine Form der Zuwendung brauchen. Denn es wird hier eine Vielzahl von Anregungen gegeben, um sowohl die körperliche als auch die geistige Beweglichkeit zu stärken. Das Gedächtnis zu trainieren mit Hilfe von Biographiearbeit, Gesang, Dingen aus dem Alltag, der Natur oder kultureller Bräuche ist ein ganzheitlicher Ansatz, der im Miteinander unseres digitalen Zeitalters oft viel zu kurz kommt.
Beide Bücher sind mit vielen verschiedenen Rätseln, Bildern und Beispielen versehen. Man kann damit sowohl eine kurze Trainingseinheit von 10 Minuten planen als auch eine komplette Gruppenstunde. Es gibt sowohl für kognitiv sehr fitte, als auch für etwas eingeschränkte Personen ein vielfältiges und originelles Angebot. Am Ende der Bücher gibt es zu allen Rätseln auch die entsprechenden Auflösungen. Die Bücher sind als Ringbuch gebunden und die Seiten sind beschichtet. Ich empfinde dies als sehr vorteilhaft und in der Handhabung angenehm, da man jede Seite gut aufschlagen kann und die Seiten nicht so schnell abgegriffen sein werden. Auch optisch sind die Bücher sehr ansprechend gestaltet.

zum Buch:
Birgit Henze: Ganzheitlich aktivieren
Themenorientierte Begegnungsrunden für Senioren
je 72 Seiten, 14,8 x 21,0 cm, Spiralbindung
Verlag Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co KG. 2017
Die Bücher sind einzeln und als Set erhältlich. Letzteres zum Preis von 44,99 Euro.

Die Autorin Birgit Henze ist Krankenschwester, Ergotherapeutin und Fachkraft für Gerontopsychiatrie. Sie arbeitet seit 23 Jahren im Bereich Soziale Betreuung und ist somit eine Expertin auf diesem Gebiet.
Zusammenfassend: Diese beiden Bücher enthalten einen großen Fundus an Ideen und Möglichkeiten, auf simple Art und Weise, Übungen zu gestalten, egal ob für Einzelpersonen oder Gruppen. Deshalb: Absolute Kaufempfehlung!!

Vera Kroll

HALLE INTENSIV – Außerklinischer Intensivpflegetag

Am 23.5.2018 findet der Kongress HALLE INTENSIV statt. Die Wissenschaftliche Leitung obliegt Dr. Frank Kalbitz, Oberarzt an der Klinik für Innere Medizin I und Leiter der Interdisziplinären Notaufnahme am Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau.

Das Feld der außerklinischen Beatmungs- und Intensivpflege wird immer komplexer. Somit steigen auch die Herausforderungen an die ärztliche Betreuung, die Pflege, die Therapie und das koordinierte Entlassmanagement der Krankenhäuser ständig. Vor dem Hintergrund dieser wachsenden Anforderungen an alle beteiligten Berufsgruppen bietet der Kongress HALLE INTENSIV auch 2018 wieder ein regionales Forum, um Wissen zu vermitteln, Erfahrungen auszutauschen und sich über Neuheiten zu informieren. Neben der Heimbeatmung steht 2018 das Thema Hygiene im Fokus.

Lassen Sie uns gemeinsam mit allen Berufsgruppen Fragen und Probleme diskutieren und die Blicke für die Optimierung der Strukturen und Abläufe vor Ort schärfen. HALLE INTENSIV bietet dafür eine ideale Plattform.
Infos und Anmeldung unter: www.halle-intensiv.de

Eine **gute** Kombination

Pulmonale Rehabilitation und externe Sauerstoffzufuhr

HEIMOMED bietet mit seinen HME (Feucht-Wärme-Austauschern) hochwertige Lösungen für Menschen mit angelegtem Tracheostoma an. Sie befeuchten und erwärmen kalte und trockene Atemluft und können so für ein nahezu normales, feuchtwarmes Klima im Atemtrakt sorgen. Ein wesentlicher Beitrag zur pulmonalen Rehabilitation!
Einige der HME verfügen über einen Sauerstoffanschluss, dieser ermöglicht die externe Sauerstoffzufuhr.

PRIM-AIR FLOW Modell Bad Aibling ① **–** HME mit Sauerstoffanschluss, geeignet für einen Universalansatz.

PRIM-AIR O_2 LAT ② **–** HME mit Sauerstoffanschluss, geeignet zum Aufsetzen auf einen Universalansatz. Auch ohne Sauerstoffansatz in der Version **PRIM-AIR KAN LAT** (ohne Abb.) erhältlich.

OPTI-FLOW® ③ **–** HME mit Sauerstoffanschluss, zum Aufsetzen auf einen Universalansatz.

HEIMOMED Heinze GmbH & Co. KG
Daimlerstraße 30 · 50170 Kerpen
Tel.: +49 2273 9849-43 · Fax: +49 2273 9849-543
info@heimomed.de · www.heimomed.com

HEIMOMED®
healthy innovation

Eine fundierte Arbeitsgrundlage für angehende Pflegekräfte und gutes Nachschlagewerk für erfahrene Pflegefachkräfte

Soeben ist in 2. Auflage „PFLEGEN. Grundlagen und Interventionen“ im Elsevier Verlag erschienen. Begleitend zu den drei Bänden der Lehrbuchreihe für alle Ausbildungsgänge in der Pflege gibt es eine APP, die Schülern aller Pflege-Ausbildungsgänge das Lernen leicht macht. Angelika Rathgeber hat die Neuerscheinung für die GEPFLEGT DURCHATMEN gelesen.

Der Postbote legte mir ein vorangekündigtes, ersehntes Paket in den Arm mit dem Hinweis: “Achtung schwer!“. Nach dem Auspacken des Paketes erwarteten mich drei große Bücher, die mich den Rest des Nachmittags in ihren Bann zogen, und auch die nächsten Tage fesselten. Jedes einzelne Buch ist sehr ansprechend gestaltet. Übersichtliche Inhaltsverzeichnisse, die an den Seiten farbig und numerisch gekennzeichnet sind, führen durch die verschiedenen Themen. In jedem Buch findet man ein Glossar das die medizinischen Fachbezeichnungen und Begrifflichkeiten zum Thema erklärt. Viele Bilder, Grafiken und Infokästen zogen mich mit in die Themen hinein. Lernfreundliche Tabellen gaben ausreichende Informationen. Die Artikel sind gut strukturiert, die Texte verständlich geschrieben und deshalb leicht lesbar. Die Bücher sind aufeinander aufgebaut und abgestimmt und erzählen eine Geschichte: Die Geschichte des Menschen in seiner physischen und psychischen Gesamtheit und seiner Anfälligkeit für Erkrankungen.

Im Band 1 tauchen wir ein in die spannende Welt der Biologie, die Entstehung der menschlichen Zellarten (Zytologie). In der Anatomie erfahren wir den Strukturaufbau des menschlichen Körpers mit all seinen Funktionen und Abläufen, der Physiologie. Desweiteren werden in diesem Kapitel Körperachsen und einzelne Körperabschnitte besprochen. Auch auf die Veränderungen der Lebensabschnitte von der Entstehung des Lebens, der Geburt bis hin zum alten Menschen wird mit einem Kapitel eingegangen. Hier ist die Welt noch in Ordnung, der Mensch ist gesund.

Im Band 2 fängt unser Körper an zu erkranken und zeigt Symptome, die diagnostiziert werden wollen. Ob jung oder alt, Erkrankungen können jeden treffen. Hier geht es um die Möglichkeiten der Diagnostik. Ursachen und Erscheinungsformen einer Erkrankung, in welcher Abhängigkeit sie zu unserem Leben und unserer Umwelt stehen und das Beobachten des Krankheitsverlaufes stehen im Vordergrund. Spezielle pflegerische und medizinische Maßnahmen werden behandelt, um den erkrankten Patienten zu helfen, nach Möglichkeit mit dem Ziel der Heilung. Prävention und das Abwenden von Komplikationen werden besprochen.

Band 3 zeigt dann die Grundlagen unseres pflegerischen Handelns auf. Von der Organisation, Pflegeplanung bis zur Pflegewissenschaft und Evidence-based Nursing (EBN). Rechtliche Grundlagen und Hygieneanforderungen werden besprochen. Zusätzlich wird auf das große Thema der Krankenbeobachtung am Gesamtbild des Menschen und seiner entsprechenden Intervention eingegangen. Spezielle Maßnahmen in der Diagnostik und auch in der Therapie finden hier viel Raum. Hier kann der Umgang mit medizinischen Hilfsmitteln und der Umgang und die Verabreichung von Medikamenten erlernt werden. Am Ende der Geschichte der drei Bände bekommen auch das Schmerzmanagement und Palliativ Care seinen Platz zugewiesen.

Mein Fazit:

Diese drei Bücher sind eine fundierte Arbeitsgrundlage für angehende Pflegekräfte. Aber auch einer erfahrenen Pflegefachkraft dient dieses Nachschlagewerk als eine sehr interessante und informative Fachlektüre. Es tut immer gut, sein Wissen aufzufrischen. Die Pflege verändert sich in einem rasanten Wandel und selbst „alte Hasen“ wie ich finden neue spannende Erkenntnisse und lernen dazu. Die Bilder laden förmlich dazu ein, sich mit dieser Thematik zu beschäftigen, und man liest mehr als ursprünglich geplant. Die vielen Fotografien und Schritt-für-Schritt-Anleitungen unterstützen das Lernen und die Umsetzung. Prüfungsrelevante Aufgaben am Ende eines jeden Kapitels fördern das Verständnis und dienen dem Selbsttest. Ein weiterer Vorteil in unserer digitalisierten Welt ist die neue „Elsevier Pflege App“, die über Handy oder IPad auch für unterwegs genutzt werden kann.

Für mich eine empfehlenswerte 5,5 kg schwere Triologie der Pflege. Ein kompaktes Werk mit übersichtlichem und gut strukturiertem Wissen.

Angelika Rathgeber

Informationen zum Buch:

Lehrbuchreihe für alle Ausbildungsgänge in der Pflege. 3 Bände, 2. Auflage 2017

Band 1: Pflegen – Biologie, Anatomie, Physiologie von Dr.med. Nicole Menche (Hrsg.), 440 Seiten, 508 farbige Abbildungen, Klappenbroschur, ISBN 987-3-437-25403-1

Band 2: Pflegen – Gesundheits-und Krankheitslehre von Dr. Med. Nicole Menche / Christine Keller (Hrsg.), 824 Seiten, 965 farbige Abbildungen, Klappenbroschur, ISBN 978-3-437-25402-4

Band 3: Pflegen – Grundlagen und Intervention von Dr.med. Nicole Menche / Christine Keller (Hrsg.), 776 Seiten, 642 Abbildungen, Klappenbroschur, ISBN 978-3-437-25404-8

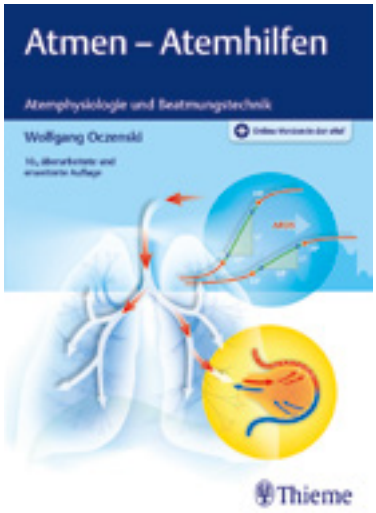
Verlag: Urban & Fischer Verlag / Elsevier GmbH, Hackerbrücke 6, 80335 München, Deutschland, Kosten: € 49,99

Das Buch ist auch als eBook – Epub und eBook- PDF erhältlich.

Mehr unter https://shop.elsevier.de/pflegen-9783437254048.html#panel1

Ein Standardwerk rund um Atmung und Beatmung

Im August 2017 ist die 10. erweiterte und überarbeitete Auflage des Fachbuches „Atem – Atemhilfen, Atemphysiologie und Beatmungstechnik“ von Univ.-Doz. Dr. Wolfgang Oczenski im Thieme Verlag erschienen. Dieses Buch begleitet seit vielen Jahren Fachärzte bei der Vorbereitung zur Facharztprüfung für Anästhesiologie und Intensivmedizin. Ist es auch etwas für Pflegekräfte?



Zum Buch:
Wolfgang Oczenski
Atmen – Atemhilfen, Atemphysiologie und Beatmungstechnik
10., überarbeitete und erweiterte Auflage 2017
584 S., 336 Abb.
E-Book (EPUB)
E-Book (PDF)
Buch 89,99 Euro

Das Fachbuch „Atem – Atemhilfen, Atemphysiologie und Beatmungstechnik“ ist in 16 Kapitel unterteilt und startet zunächst mit den Grundlagen Anatomie und Physiologie des Respirationstraktes. Äußerst detailliert, unterstützt durch Grafiken, erklärt der Autor hier Aufbau und Funktion, fasst Wichtiges in farblich hinterlegten Merksätzen zusammen und stellt bereits schon hier immer den Bezug zur Praxis her. Es folgt die respiratorische Insuffizienz und ein großes Kapitel über die Beatmungstechnik. Oczenski stellt verschiedenste Beatmungsmuster und -formen vor, geht dabei auf die jeweiligen Vor- und Nachteile ein und gibt Grundeinstellungen für die Respiratoren an. Ihm ist wichtig ist, dass jede Beatmungsstrategie individuell auf den Patienten abgestimmt wird. Sein Weaningkapitel enthält einen Einblick in die Voraussetzung zum erfolgreichen Weaning anhand der Pathophysiologie und die möglichen Methoden. In weiteren Kapiteln beschreibt er die Nebenwirkungen der maschinellen Beatmung, die Möglichkeiten des Beatmungsmonitorings inklusive der elektrischen Impedanztomografie, die Wichtigkeit der ausreichenden Atemgaskonditionierung und geht dann auf die apparativen Möglichkeiten zur Atemtherapie ein.
Ab Kapitel 10 widmet sich das Buch nun den Besonderheiten: Beatmungsstrategien bei ARDS, COPD und Astma bronchiale, Schädelhirntrauma, Herzinsuffizienz und Pulmonalembolie. Bei jedem Krankheitsbild gibt der Autor genaue Informationen zur Pathophysiologie, schlägt Beatmungsstrategien und die passende Analgosedierung vor. Noch differenzierter geht er auf das ARDS ein. In weiteren Kapiteln behandelt er unterstützende Therapien wie Lagerung, inhalative Vasodilatatoren und Flüssigkeitsmanagement und auch spezielle Behandlungsstrategien wie die extrakorporalen Gasaustauschverfahren, Hochfrequenzbeatmung und die Gabe von Surfactant. Auch weitere Therapieansätze wie die teilweise Flüssigkeitsbeatmung oder tracheale Gasinsufflation fehlen nicht. Ein extra Kapitel wird der Beatmung in der Neonatologie und Pädiatrie gewidmet. Es folgt eine Übersicht über die Technologie der Beatmungsgeräte, in dem er auch auf die intraoperativen Beatmungsmaschinen und Narkosen eingeht. Das Buch endet mit einem Kapitel zur Sauerstoffüberdruckbehandlung.
Erweitert wurde die 10. Auflage um neue technische Entwicklungen als zusätzliche Unterkapitel: Ösophagusdruckmessung, transpulmonales Druckmonitoring, variable druckunterstützte Spontanatmung, adaptive Lung Protection Ventilation (ALPV), Smart Ventilation Control (SVC), Patient-Respirator-Asynchronie, nasale High-Flow-Sauerstofftherapie (HFOT), EzPAP (Positive Airway Pressure System) und die Xenonanästhesie.
Aufgrund der umfangreichen Erweiterungen und Überarbeitungen wurde das Buch nicht nur inhaltlich, sondern auch im Format größer (17x 24 cm), um eine gute Übersichtlichkeit zu gewähren. Das ist im Buch gut gelungen. Leider wurde teilweise das Inhaltsverzeichnis zusammengefasst, was es manchem Beatmungsneuling eher erschwert, auf Anhieb das passende Kapitel zu finden, zumal bestimmte Beatmungsformen nicht im alphabetischen Sachverzeichnis im Anhang zu finden sind.
Klar strukturiert und sehr differenziert beantwortet das Buch alle wichtige Fragen zum Thema Beatmung. Der Text wird aufgelockert durch 367 Abbildungen, wichtige Merkstellen und Formeln. Tipps zu Respiratoreinstellungen und Therapievorschläge sind farblich hinterlegt und fassen Wichtiges zusammen, konkrete Rechenbeispiele unterstützen im klinischen Alltag. Jedes Kapitel wird zudem mit einem Anhang zur weiterführenden Literatur abgeschlossen.
Mit im Buch inbegriffen ist auch ein kostenloser Zugang zur Thieme Online-Plattform eRef, auf der man sich das Buch anhand eines persönlichen Zugangscodes problemlos als ebook zur privaten Nutzung freischalten kann. Damit hat man mit allen gängigen Smartphones, Tablets und PCs Zugang zu dieser Publikation. Hier funktioniert die Stichwortsuche ohne Probleme.
Laut Vorwort des Autors soll sein Buch das komplette Behandlungsteam nach dem Motto „Aus der Praxis für die Praxis“ im Beatmungsalltag unterstützen, aber offensichtlich ist auch, dass es ein medizinisches, kein pflegerisches Fachbuch ist. Es ist klinikorientiert für Intensiv und Anästhesie, auf die Besonderheiten in der Heimbeatmung wird nicht eingegangen. Sie wird nur am Rande bei der NIV-Beatmung erwähnt. Für Ärzte, Fachpflegekräfte und Atmungstherapeuten ist dieses Buch sicher spannend und jedem, der sich differenziert mit dem Wieso, Wie und Warum der Beatmung auseinandersetzen und sein Wissen vertiefen möchte oder sich für die besten Beatmungsstrategien für besondere intensivmedizinische Krankheitsbilder interessiert, dem sei das Buch wärmstens empfohlen. Ein Anfänger wird sich aber durch die komplexen, ins Detail gehenden Informationen auf den fast 600 Seiten möglicherweise überfordert fühlen.
Mein Fazit: Für Anfänger zu ausführlich, aber für tiefergehendes Wissen zum Thema Beatmung sehr empfehlenswert.

Heike Zinner

Lehrbuch „Mittelpunkt Mensch“

In der 2. Auflage ist das Lehrbuch „Mittelpunkt Mensch“ des Medizinethikers Giovanni Maio im Schattauer Verlag für Medizin und Naturwissenschaften erschienen.

Giovanni Maio nimmt die Leserinnen und Leser in verständlicher Sprache mit auf eine anschauliche Reise zu den Wurzeln der Ethik, ihren Methoden und schließlich hin zu Spezialthemen, die uns in unseren jeweiligen professionellen Tätigkeitsfeldern tangieren. Zu diesen gehören beispielsweise die Präimplantationsdiagnostik, die Ethik in den Neurowissenschaften, die Auseinandersetzung mit den Formen der Sterbehilfe, die Forschung am Menschen sowie das Thema Medizin und Ökonomie. Als Fundament für ein Nach-Denken wird die Reflexion zu den Begriffen Gesundheit, Krankheit, medizinische Indikation sowie der techne als ärztliche Kunst von der Antike bis in die heutige Wissenschaft initiiert. Über die Einführung philosophischer Grundlagen hinaus, die für ein Verstehen und für die gedankliche Auseinandersetzung mit unserem Tun erforderlich sind, gibt Maio einen fundierten Überblick über Ansätze der Prinzipienethik, der Hermeneutischen Ethik sowie der Ethik der Sorge (Care-Ethik), wobei Letztere auch in der einschlägigen Literatur zunehmend Beachtung findet.
Als einen neuen wichtigen Baustein nimmt Maio Bezug zur Ethik der Pflege, indem er die facettenreichen Dimensionen der ganzheitlichen und damit multiperspektivischen Herausforderungen, im vorliegenden Text anhand der Beispiele Sondenernährung und Demenz, beleuchtet. Dem Autor gelingt es in diesem Lehrbuch, die Professionen der Medizin und der Pflege als sich gegenseitig befruchtende Disziplinen zu identifizieren und ihnen Mut zuzusprechen.
Das Feld der Neuroethik wird zu den Themen Neurobildgebung, Zufallsbefunde sowie zur Tiefen Hirnstimulation aufgerollt. Neue technologische Entwicklungen wirken sich unter Umständen massiv auf die Persönlichkeit der Patienten aus, wobei für den Diskurs hier die Begrifflichkeiten der Personalität, der personalen Identität sowie der individuellen Identität definiert werden müssen. Eine Bearbeitung des Themenkomplexes Technikethik wäre in diesem Zusammenhang sehr spannend gewesen, aber vielleicht hätte die Vertiefung dieser Problematik den Rahmen des vorliegenden Buches gesprengt.
Anhand 44 exemplarischer Patientengeschichten werden diskursrelevante Themen der Ethik vorgestellt und anhand von Kommentaren des Autors Entscheidungshilfen erarbeitet. Dabei bleibt immer der tiefe Blick für den individuellen Menschen in seiner jeweiligen Situation im Fokus.

Die praxisnahe Erörterung der ethischen Spannungsfelder und die ermutigende Aufforderung zum Nachdenken über den Menschen als Mittelpunkt unseres Tuns lassen dieses Werk zu einem wichtigen Begleiter im medizinisch-pflegerischen Alltag werden.

Christine Scheve
Referentin Palliative Care
Palliativzentrum
Ev. Krankenhaus Oldenburg

Zum Buch:
Giovanni Maio: Mittelpunkt Mensch
Lehrbuch der Ethik in der Medizin
Mit einer Einführung in die Ethik der Pflege
2., überarbeitete und erweiterte Auflage
Schattauer Verlag für Medizin und Naturwissenschaften 2017
544 Seiten, 3 Abb., 14 Tab., geb.
29,99 Euro

Das Besondere der Pflege

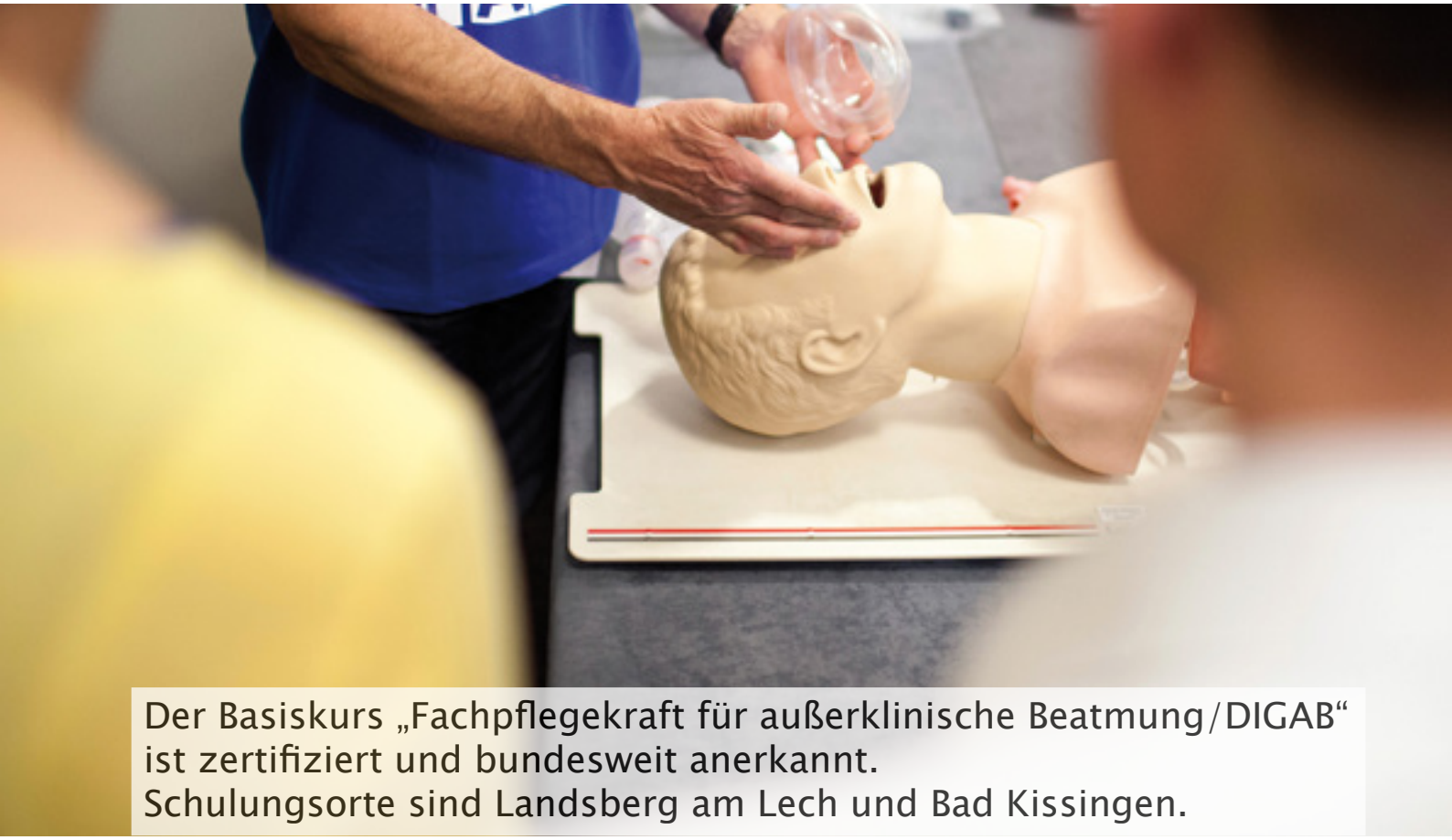
Dies ist die Überschrift des der Pflege gewidmeten Kapitels in obig rezensiertem Buch. Für das Selbstverständnis der Pflegenden ist allein dieser Abschnitt lesenswert. Hier eine kleine Leseprobe:

„Die Pflege gehört zu den originären Manifestationen der Hilfe und Unterstützung. Sie gibt die Antwort auf ein Urbedürfnis des Menschen und ist daher aus einer Gesellschaft nicht wegzudenken. Schon daraus wird deutlich, dass sie keineswegs (wie man früher annahm) einfach eine Hilfsdisziplin der Medizin darstellt. Sie ist vielmehr eine eigenständige Disziplin mit einer eigenen Aufgabe, einer eigenen Methodik und Zielsetzung sowie einem ganz eigenen Wert. Verschiedentlich wurden Versuche unternommen, eine Polarisierung zwischen der an objektiven Daten orientierten Medizin und der auf die Beziehung zum Patienten ausgerichteten Pflege vorzunehmen, aber solche Polarisierungen sind zurückzuweisen. Bei genauer Betrachtung und rechter Handhabung gibt es diese Dichotomie nicht. Eine weitsichtige Medizin wird sich der genuinen Bedeutung der Beziehung zum Patienten bewusst bleiben müssen, da allein aus einem Faktenwissen heraus Hilfe kaum geleistet werden kann. (...) Der Unterschied zwischen ärztlicher und pflegerischer Betreuung liegt daher nicht primär in der notwendigen Beziehungsarbeit, denn eine solche verlangt in nicht minderem Maße auch die ärztliche Tätigkeit. Das Spezifische der Pflege ist an anderen Stellen zu suchen. Man kann es zunächst in drei Aspekten erfassen: in ihrer Zielsetzung, ihrer Interaktionsform und ihrem Arbeitsmodus.“ S. 276 ff.

WISSEN VERMITTELN IHCC AKADEMIE

NEUES SCHULUNGSANGEBOT FÜR ALTENPFLEGEKRÄFTE

Ab 8 Kursteilnehmer*innen nur halbe Kursgebühr!



Der Basiskurs „Fachpflegekraft für außerklinische Beatmung/DIGAB“ ist zertifiziert und bundesweit anerkannt.
Schulungsorte sind Landsberg am Lech und Bad Kissingen.

Dieses Angebot gilt für folgende Kurse:

- 16. April 2018 in Landsberg
- 11. Juni 2018 in Bad Kissingen
- 24. September 2018 in Landsberg
- 26. November 2018 in Landsberg

Informationen und Anmeldung unter:
www.ihcc-akademie.de/basiskurs.html

Abonnieren Sie unseren kostenlosen Online-Fortbildungskalender und unseren Newsletter! Dann sind Sie immer auf dem Laufenden.

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

ihcc-akademie.de

Januar 2018

8. - 12.1.2018 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege: Grundlagen der systemischen Beratung, des Konfliktmanagements und der Familienzentrierten Pflege
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

17. - 18.1.2018 in Berlin
14. contec forum
www.contecforum.de

19. - 20.1.2018 in Berlin
Kongress Pflege 2018
Kontakt: info@gesundheitskongresse.de
www.gesundheitskongresse.de

26.1.2018 in Aichach
1. Dysphagiediagnostik und Therapie mit Rehalngest
2. Huntington Krankheit
Kontakt: Frau Annette Vogt
E-Mail: praxis@logopaedie-vogt.de
www.logopaedie-vogt.de

29.1.2018 in Bonn
2. CareCampBonn – Der etwas andere Intensivpflegeworkshop
www.carecampbonn.de

Februar 2018

5. - 8.2.2018 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege: Grundlagen der systemischen Beratung, des Konfliktmanagements und der Familienzentrierten Pflege
HCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

14. - 16.2.2018 in Bremen
28. Symposium Intensivmedizin + Intensiv pflege
www.intensivmed.de

19. - 23.2.2018 in Leonberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

24.2.2018 in Kassel
Fortbildungsveranstaltung für Atmungstherapeuten
ResMed Akademie
E-Mail: Akademie@resmed.de
www.resmed.de/akademie

26. - 27.2.2018 in Landsberg
Kinästhetik-Grundkurs, Teile 1 und 2 von 4
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

März 2018

1.- 2.3.2018 in Rummelsburg/Nürnberg
1. Kongress der medizinischen Zentren für Erwachsene mit Behinderung
Gemeinsame Tagung der BAG-MZEB und Deutschen Gesellschaft für Medizin für Menschen mit geistiger oder mehrfacher Behinderung (DGMGB)
www.mzeb-kongress.de

6. - 8.3.2018 in Hannover
Altenpflege- Die Leitmesse 2018
http://altenpflege-messe.de

7. - 10.3.2018 in Würzburg
9. HWX-/ICW Südkongress mit dem Motto „Mensch im Fokus“
www.institutschwarzkopf.de

12. - 16.3.2018 in Hannover
Kurs zur Ausbildung Hygienebeauftragter für aWGs
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt NLGA Hannover
Mail: Patrick.Ziech@nlga.Niedersachsen.de
www.fortbildung.nlga.niedersachsen.de

13. - 14.3.2018 in Köln
Gesundheitskongress des Westens
www.gesundheitskongress-des-westens.de

15. - 16.3.2018 in Landsberg
Kinästhetik-Grundkurs, Teile 3 und 4 von 4
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

15. - 17.3.2018 in Berlin
Deutscher Pflegetag- Pflege stärken mit starken Partnern.
https://deutscher-pflegetag.de

21. - 24.3.2018 in Leipzig
XPOMET© Convention im Bereich Innovation und Hightech in der Medizin
xpomet.com/de/homepage

22.3.2018 in Köln
13. Heimbeatmungsworkshop Köln
www.heimbeatmungsworkshop.de

April 2018

8.4.2018 in Hannover
Aktueller Hygienetag für aWGs
Niedersächsisches Landesgesundheitsamt NLGA Hannover
Mail: Patrick.Ziech@nlga.Niedersachsen.de
www.fortbildung.nlga.niedersachsen.de

11.4.2018 in Münnerstadt
8. Intensivpflegetag Nordbayern
Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken
www.intensivpflege-nordbayern.de

16. - 20.4.2018 in Landsberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

17. – 19.4.2018 in Berlin
conhIT – Connecting Healthcare IT
www.conhit.de

23. - 24.4.2018 in Landsberg
Basale Stimulation Grundkurs, Teile 1 und 2 von 3
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

28.4.2018 in Regensburg
Symposium für außerklinische Intensivpflege- Spannungsfeld Heimbeatmung – Wege für eine bessere Versorgung.
https://vffp.de

30.4.2018 in Landsberg
Basale Stimulation Grundkurs, Teil 3 von 3
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

Mai 2018

2. - 4.5.2.2018 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege: Grundlagen der systemischen Beratung, des Konfliktmanagements und der Familienzentrierten Pflege
HCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

15. - 16.5.2018 in Landsberg
Grundlagen der Beatmung
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

23.5.2018 in Halle
HALLE INTENSIV
www.halle-intensiv.de

Juni 2018

6. - 8.6.2018 in Berlin
Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2018
www.hauptstadtkongress.de

7. - 10.6.2018 in Hannover
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.
www.digab-kongresse.de

11. - 15.6.2018 in Bad Kissingen
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

13.6.2018 in Landsberg
Beatmungsmanagement Complete
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

15.6.2018 in Berlin
Aktivcamp Pflege
Infos: www.team-scharfenberg.de

September 2018

24. - 28.9.2018 in Landsberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

Oktober 2018

8. - 9. 10.2018 in Landsberg
Kinästhetik-Aufbaukurs, Teile 1 und 2 von 4
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

10.10.2018 in Regensburg
11. Regensburger Intensivpflegetag
https://vffp.de

16. - 17.10.2018 in Landsberg
Basale Stimulation Aufbaukurs, Teile 1 und 2 von 3
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

15. - 19.10.2018 in Leonberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

24.10.2018 in Landsberg
Basale Stimulation Aufbaukurs, Teil 3 von 3
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

25. - 26.10.2018 in München
Europäischer Gesundheitskongress München
www.gesundheitskongress.de

26. - 27.10.2018 in München
11. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress
www.maik-online.org

MAIK
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

November 2018

5. - 6.11.2018 in Landsberg
Kinästhetik-Aufbaukurs Teil 3 und 4 von 4
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

8. - 9. November 2018 in Berlin
Berliner Pflegekonferenz – Aus der Praxis für die Praxis
www.berliner-pflegekonferenz.de

13. - 14.11.2018 in Landsberg
Grundlagen der Beatmung
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

26. - 30.11.2018 in Landsberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

Dezember 2018

5.12.2018 in Landsberg
Beatmungsmanagement Complete
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi
Anmeldung: www.ihcc-akademie.de/online-anmeldung.html

STELLENMARKT TOP-FACHKRÄFTE SUCHEN UND FINDEN!

Mediadaten unter:
www.gepflegt-durchatmen.de/mediadaten

GEPFLEGT DURCHATMEN

Wir stehen für beste außerklinische Intensivpflege.

Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH

heimbeatmung.com

ihcc-akademie.de

maik-online.org

gepflegt-durchatmen.de

HEIMBEATMUNGS SERVICE
Brambring Jaschke GmbH

WWW.HEIMBEATMUNG.COM

GEPFLEGT DURCHATMEN - Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

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

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

Redaktionsleitung: Dr. Maria Panzer
Impressum:
Stefanie Baiter, Dr. Abdel Hakim Bayarassou, Dr. med. Christian Berndt, Thomas Bonkowski, PD Dr. med. Dominic Dellweg, Bettina Haringer, Dr. med. Detlev Heyse, Kerstin Hirsch, RA Anja Hoffmann, LL.M. Eur., Christoph Jaschke, RA Christine Keller, Grit Kühlborn, Dr. rer. nat. Jens Kerl, Rebecca Knüttel, Christine Krieg, Vera Kroll, Renate Leschik, Erich Meyer, Dr. med. Marcus Möllenberg, Dr. Karl-Heinz Pantke, Dr. Maria Panzer, Dr. Kerstin Pelzer, Dinah Radtke, Dr. Peter Radtke, Angelika Rathgeber, Guido Rickert, Elisabeth Scharfenberg, Christine Scheve, N. Seyfarth, Sören Tiedemann, Ruth Waldmann MdL, Andreas Westerfellhaus, Heike Zinner
www.xpomet.com
www.berliner-pflegekonferenz.de
www.deutscher-zukunftspreis.de
www.no-limits-festival.de
www.intensivpflege-nordbayern.de
www.altenpflege-messe.de
https://vffp.de
www.gesundheitskongress-des-westens.de
http://mzeb-kongress.de/
www.institutschwarzkopf.de
www.intensivmed.de
www.halle-intensiv.de
www.heimbeatmung.com
www.ihcc.mobi
www.maik-online.org
www.hauptstadtkongress.de

Anzeigenleitung: Sebastian Herele
Grafik und Layout: Lena Panzer-Selz
Druck: HOLZMANN DRUCK GmbH & Co. KG
Derzeit gilt die Anzeigenpreisliste vom 1. Januar 2017.
Die Zeitung erscheint vierteljährlich.

Hinweise
Die namentlich gekennzeichneten Beiträge geben die Meinung des jeweiligen Autors wider. Anzeigen müssen nicht die Meinung der Herausgeber widergeben. 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.

LÖWENSTEIN medical

prisma VENT50

Beatmungstherapie auf höchstem Niveau.

HOMECARE
Pneumologie
Neonatologie
Anästhesie
Intensivbeatmung
Schlafdiagnostik
Service
Patientenbetreuung

brilliant display · easy handling · 360° easy turn · allover compatibility · low noise

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