GEPFLEGT DURCHATMEN

Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

Ausgabe 41 | Juli 2018

DIE NEUE VDK-PRÄSIDENTIN VERENA BENTELE IM INTERVIEW

BÜROKRATISCHE HÜRDEN FÜR MENSCHEN MIT BEHINDERUNG

AGGRESSION UND GEWALT IN DER PFLEGE

UNTERSTÜTZUNG FÜR RÜCKENMARKSVERLETZTE KINDER UND JUGENDLICHE

Foto: Susie Knoll

Liebe Leserinnen und Leser,

für die Pflege möchte sich die neue VdK-Vorsitzende, Verena Bentele, ganz besonders stark machen. Sie erläutert dies in einem Gespräch mit unserer Redaktion. Es freut uns, dass wir die ehemalige Behindertenbeauftragte der Bundesregierung auf unsere Titelseite setzen durften. Viele neue Impulse gab der Hauptstadtkongress, den Bundesgesundheitsminister Jens Spahn eröffnete, und einige Wochen vorher die Entscheider-Konferenz 3.0 in Berlin. Diese wird am 25.9. in Berlin fortgesetzt. Die außerklinische Intensivversorgung „sortiert“ sich gerade neu, das war auch beim 26. DIGAB-Kongress in Hannover spürbar, über den wir mit Kongresspräsident Prof. Dr. Bernd Schönhofer gesprochen haben. Er sagt: „Wichtig ist der Ausbau der intersektoralen Zusammenarbeit aller an der außerklinischen Beatmung beteiligten Disziplinen“. Die (Intensiv-)pflege spielt hierbei eine wesentliche Rolle, in all ihren Facetten. So thematisieren wir Aggression und Gewalt in der Pflege, Schmerzmanagement, familienzentrierte Pflege, Wohngemeinschaften und stellen neue Fachbücher für Pflegende vor. Und es gibt Praktiker*innen wie Elke Dodenhoff, die vor 30 Jahren ihren Pflegedienst gegründet hat und seitdem auch viele außerklinisch beatmete Menschen versorgt. Vor einigen Jahren schon wählte sie den Weg, den am 1.5.2018 auch die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH eingeschlagen hat: Sie gehört nun zur Deutschen Fachpflege Gruppe (DFG). In einem Gespräch erläutern Jörg Brambring und Christoph Jaschke diesen Schritt und erzählen von ihren neuen Aufgaben in der DFG. Somit ist übrigens die DFG neue Herausgeberin unserer Fachzeitung.
Ich danke allen, die an diesem Heft mitgearbeitet haben und wünsche viel Spaß bei der Lektüre.

Ihre

Dr. Maria Panzer

Redaktionsleitung

Wie gefällt Ihnen diese Ausgabe? Bitte schreiben Sie mir an panzer@deutschefachpflege.de

Politik

Verena Bentele, die neue Vdk-Präsidentin 4
Hauptstadtkongress 2018 6
Entscheider-Konferenz 3.0 8
Bayerisches Landespflegegeld 9
DIGAB-Kongress 2018 10

Recht

Kostenübernahme durch die DAK 14
Leiharbeit in der Pflege 15

Pflege

Aktionstag gegen den Schmerz 16
AKB Elke Dodenhoff GmbH 18
Einführung in die Genogrammarbeit (1) 20
Neues aus dem HBS 26
Neue WG in Wuppertal 28
Aggression und Gewalt in der Pflege 30
Regensburger Intensivpflegetag 36
Aktionsbündnis Patientensicherheit 38

Betroffene

Bürokratische Hürden für Betroffene 44
Das Geschenk des zweiten Lebens 48

Kinder

Die ELFMETERStiftung 52
Ruf24 54
Hilfe bei Muskelatrophie 55
Johannes kämpft sich ins Leben zurück 57
Alltag mit einem besonderen Kind 58
20 Jahre Kinderhospiz Balthasar 60
Wenn Demenz Kinder trifft 64

Mitarbeiter

Sich selber Gutes tun mit Qigong 68

Neuerscheinungen

Termine

Verena Bentele ist die neue Präsidentin des Sozialverbands VdK Deutschland

Foto: Susie Knoll

Der Sozialverband VdK Deutschland hat eine neue Präsidentin: Verena Bentele wurde beim VdK-Bundesverbandstag in Berlin mit überwältigender Mehrheit an die Spitze des Verbands gewählt. Sie löst damit Ulrike Mascher ab, die sich nicht mehr zur Wahl gestellt hatte. Bentele erhielt am 16. Mai 2018 90,1 Prozent der Stimmen. Unser Titelfoto zeigt die VdK-Präsidentin.

Die 36jährige Verena Bentele gehört seit 2015 dem Landesvorstand des Sozialverbands VdK Bayern an. Als zwölffache Paralympicssiegerin im Biathlon und Skilanglauf machte sie den Behindertensport in Deutschland populär. Nach ihrer aktiven Sportlerinnen-Karriere und mit dem Magisterabschluss in Literaturwissenschaften startete sie ihre berufliche Karriere als selbständiger Coach. Im Januar 2014 wurde sie zur Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen ernannt. Das Amt gab sie am 9. Mai 2018 ab.
Die neue VdK-Präsidentin Verena Bentele ist bereit, mit mehr als 1,8 Millionen Mitgliedern für soziale Gerechtigkeit in Deutschland zu kämpfen. „Der VdK ist die größte Bürgerbewegung Deutschlands, in der sich Jung und Alt für eine solidarische, tolerante Gesellschaft engagieren." Ihr Ziel ist es, die erfolgreiche Arbeit des VdK fortzuführen und den Verband stärker für junge Menschen zu öffnen. „Wir haben viele Verbesserungen bei Rente, Pflege und Inklusion erreicht. Dennoch brauchen wir weitere Maßnahmen im Einsatz für soziale Gerechtigkeit – sei es im Kampf gegen Altersarmut, gegen die Benachteiligung von Menschen mit Behinderung, gegen die wachsende Einkommensungleichheit, gegen die Zweiklassenmedizin sowie gegen eine Pflegepolitik, die aktuellen und kommenden Herausforderungen nicht gerecht wird."
Die neue VdK-Präsidentin freut sich, einer so starken Sozialorganisation künftig Stimme und Gesicht zu geben: „Wir sind die wichtigste unabhängige sozialpolitische Interessenvertretung in Deutschland. Der VdK ist ein in Politik und Öffentlichkeit anerkannter Fürsprecher für Menschen in Notlagen und ein Wächter für das sozialpolitische Gefüge insgesamt. Ich bin stolz darauf, an der Spitze des VdK für ein gerechtes Miteinander einzutre-

ten“, sagte Bentele nach ihrer Wahl in Berlin. Mehr unter www.vdk.de

Ganz besonders stark möchte sich Bentele für die Pflege machen. Dies erklärte sie im SWR1 am 25. Mai 2018. Das Gespräch mit ihr führte Nicole Köster und kann unter diesem Link www.swr.de/swr1/bw/verena-bentele-vorsitzende-des-sozialverbands-vdk-ein-superstar-im-behindertensport/-/id=233362/did=21758562/nid=233362/sbvsvd/index.html abgerufen werden.

GD: Frau Bentele, zunächst herzlichen Glückwunsch zu Ihrer neuen Aufgabe als Präsidentin des Sozialverbands VdK! Sie sagen in dem Gespräch im SWR1 vom 25. Mai 2018, dass Sie sich ganz besonders für die Pflege stark machen möchten. Was hat in diesem Bereich für Sie oberste Priorität?

Es muss uns gelingen, dass die Pflege wieder bezahlbar wird und die Angebote, die bspw. durch die letzten Pflegereformen angestoßen wurden, auch tatsächlich bei den Menschen ankommen. Wir haben leider mittlerweile in vielen Regionen das Problem, dass die Pflegehaushalte keine Anbieter für bestimmte Leistungen mehr finden. Das betrifft ambulante Angebote aus der Regelversorgung, den gesamten Bereich der sogenannten Entlastungsangebote, aber auch die Kurzzeitpflege oder die stationäre Versorgung insgesamt. Die Menschen brauchen aber verlässliche professionelle Pflegestrukturen, um die Versorgung zu sichern. Denn was helfen die Ansprüche, wenn ich diese nicht einlösen kann?

GD: Der VdK sagt ganz klar, dass Pflege arm mache. Welche Möglichkeiten sehen Sie, dass Pflege wieder bezahlbar wird?

Zum einen benötigen wir dringend eine regelhafte Dynamisierung der Leistungen aus der Pflegeversicherung, um den Werteverlust der letzten 20 Jahre aufzuhalten. Diese muss sich auch an der Lohnkostenentwicklung orientieren, da die Personalkosten in der Pflege der entscheidende Kostenfaktor sind. Zum anderen fordert der VdK die Etablierung eines steuerfinanzierten Bundeszuschusses. Dieser Steueranteil könnte ganz konkret für Kosten herangezogen werden, die entweder eher infrastrukturelle Fragestellungen berühren oder gesamtgesellschaftliche Aufgaben betreffen. Genannt seien an dieser Stelle beispielhaft die Investitionskosten, die Ausbildungskosten, die Kosten für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen oder Leistungen für pflegende Angehörige. Damit würden die Pflegehaushalte deutlich entlastet und in die Lage versetzt werden, ihre Pflege – ohne Rückgriff auf soziale Unterstützungssysteme – selbst zu finanzieren.

GD: „Soziale Spaltung stoppen!“ lautete das Motto der VdK-Aktion zur Bundestagswahl 2017. Was steht auf Ihrer Agenda, um diesem Ziel näher zu kommen?

Trotz der großen Wirtschaftskraft wächst die soziale Kluft in Deutschland immer weiter. Das übergreifende Thema des Sozialverbands VdK ist der Einsatz für soziale Gerechtigkeit – sei es im Kampf gegen Altersarmut, gegen die Benachteiligung von Menschen mit Behinderung, gegen die wachsende Einkommensungleichheit oder gegen eine unsolidarische Gesundheitspolitik. Wir werden uns dafür einsetzen, dass wichtige sozialpolitische Weichen in den Bereichen Pflege, Rente, Gesundheitsversorgung und Teilhabe gestellt werden.

GD: Haben sich schon Angehörige von außerklinisch beatmeten Menschen oder Betroffene selbst an den VdK gewandt?

Das kommt eher selten vor. Ich denke auch, dass die Angehörigen in einer solchen Notsituation in erster Linie versuchen werden, sich direkt einerseits mit möglichen Pflegediensten abzusprechen und anderseits auch die Kostenfrage mit der Krankenkasse abzuklären. Tatsächlich wenden sich Angehörige vor allem dann an den VdK, wenn etwas nicht klappt oder unverständlich ist. In diesen Fällen wird es aber auch für uns schwierig. Wir haben festgestellt, dass die Versorgungsstrukturen bei außerklinisch beatmeten Menschen leider wenig einheitlich und für viele Patienten undurchsichtig und intransparent sind. Das erschwert natürlich unsere Beratung beträchtlich.

GD: Es gibt immer wieder außerklinisch beatmete Betroffene, die keinen Pflegedienst finden. Welche Möglichkeiten sehen Sie, dass dieser Missstand behoben wird?

Als erstes braucht es ausreichend und gut qualifiziertes Personal, sowohl auf ärztlicher als auch auf pflegerischer Ebene. Nach unserer Einschätzung braucht auch die Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen ein spezialisiertes Team, um für die Betroffenen das Maximum an Lebensqualität zu erzielen. Ansonsten beobachten auch wir das stetige Wachstum von Wohngemeinschaften in diesem Bereich. Das kann durchaus ein Weg sein, um die Versorgung von Betroffenen außerhalb des Krankenhauses sicher zu stellen. Allerdings darf das nicht zu Lasten der Qualität gehen und die ökonomischen Interessen – bspw. von Kostenträgern - dürfen nicht im Vordergrund stehen.

GD: Wie können wir Sie als Anbieter außerklinischer Intensivpflege, die sowohl in der Häuslichkeit als auch inzwischen hauptsächlich in Wohngemeinschaften stattfindet, unterstützen bzw. sehen Sie mögliche Synergieeffekte?

Aus Sicht der Patienten wäre mehr Transparenz im System sehr hilfreich. Hier würde es schon sehr helfen, wenn es regionale Preis- und Angebotslisten geben würde. Ebenso direkte Ansprechpartner, die auch Unterstützung bei den notwendigen Koordinierungsprozessen anbieten. Es geht dabei ja nicht nur um Pflege und Medizin, sondern häufig auch um spezialisierte Therapieangebote, die notwendige Hilfsmittelversorgung, etc. Darüber hinaus liegt uns die Qualität der Versorgung von außerklinisch beatmeten Personen sehr am Herzen. Hier würden wir es sehr begrüßen, wenn seitens der Anbieter außerklinischer Intensivpflege ein gemeinsamer Vorschlag hinsichtlich verbindlicher Qualitätsstandards – gerade auch bei Wohngemeinschaftsmodellen – präsentiert werden würde. Die Diskussionen der letzten Monate über Missbräuche und Fehlversorgung in der außerklinischen Intensivpflege dokumentieren die Notwendigkeit einer einheitlichen Versorgungsstruktur mit einheitlichen Qualitätsstandards nachdrücklich.

Hauptstadtkongress zeigt: Digitalisierung ist Chefsache geworden

Mit einem Teilnehmerrekord endete am 8. Juni 2018 in Berlin der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit. Für drei Tage waren insgesamt 8.400 Entscheider aus dem deutschen Gesundheitswesen zur größten Branchenveranstaltung zusammengekommen, um sich zu gesundheitspolitischen Fragen auszutauschen. Das Leitthema beim diesjährigen Hauptstadtkongress lautete "Digitalisierung und vernetzte Gesundheit".

Bereits der völlig überfüllte Saal bei der Eröffnungsveranstaltung zeigte, dass die digitale Revolution das Gesundheitswesen endgültig erreicht hat. Zu viele Besucher begehrten Einlass zum Kongressauftakt unter dem Titel "Digitalisierung- Visionen für die Gesundheitsversorgung", Hunderte konnten schließlich nur an den überall im Berliner CityCube verteilten Bildschirmen zuschauen.

In seiner Eröffnungsrede wies Bundesgesundheitsminister Jens Spahn darauf hin, dass eHealth weltweit auf einem unaufhaltsamen Vormarsch sei. „Die Angebote sind da oder kommen: Amazon, Google, Dr. Ed", sagte Spahn und fügte hinzu: „Es ist die Frage: Gestalten wir das oder kommt das von außen?" Spahn hob hervor, dass mittlerweile weniger die technischen Möglichkeiten noch ein Problem seien, sondern vor allem die Regulierung und Finanzierung neuer digitaler Medizin im deutschen Gesundheitswesen. In einer Videobotschaft kritisierte auch SAP-Gründer Hasso Plattner, dass die scharfen gesetzlichen Regelungen in Deutschland „den Einsatz digitaler Innovationen hemmen".

Eine der spektakulärsten Präsentationen war die eines Roboterarmes durch Prof. Dr. Sami Haddadin, einen weltweit führenden Robotikspezialisten und Gewinner des Deutschen Zukunftspreises. Haddadin zeigte, wie ein solcher Arm krankengymnastische Übungen zunächst mittels entsprechender Bewegung durch einen Therapeuten beigebracht bekommt und dann mit dem Patienten selbstständig durchführt. Der Roboter ist dabei in der Lage, rücksichtsvoll auf Berührungen von Menschen zu reagieren und gegebenenfalls auch nachzugeben. Haddadin führte auch vor, dass der Roboter dabei sensibel genug reagiert, um eine Gesichtsrasur mit einem elektrischen Rasierapparat ausführen zu können. Ziel von Haddadins Entwicklungsarbeit ist, dass solche Roboter in nächster Zeit zu Preisen angeboten werden können, die eine Nutzung jedermann ermöglichen.

Während des gesamten Kongresses waren Veranstaltungen zu den Themenbereichen Digitalisierung, Künstliche Intelligenz, Deep Learning und Big Data sehr gut besucht. Dabei ging es beispielsweise um die Frage, ob zur Finanzierung digitaler Versorgungsleistungen neben den Budgets für den stationären und den ambulanten Sektor noch ein eigenes Digitalbudget erforderlich ist, wie Experten fordern. Es war auch Thema, wie die Digitalisierung den Praxisalltag niedergelassener Ärzte verändert und verändern wird. Ebenso waren neue, digitale

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn

Recruiting-Methoden zur Gewinnung von Arbeitskräften in den Mangelberufen der Pflege und bei Ärzten Gegenstand einer Session.

Selbst der Krankenhaus Rating Report 2018, der auf dem Hauptstadtkongress der Öffentlichkeit präsentiert wurde, kam an der Digitalisierung nicht vorbei: Zwar geht es den deutschen Krankenhäuser im Durchschnitt wirtschaftlich deutlich besser als in den Vorjahren. Der Fachkräftemangel wird aber mehr und mehr zu einem Risiko für die Versorgung. "Arbeitssparende technische Innovationen werden immer wichtiger, um Ärzte und Pflegepersonal zu entlasten", erklärte Prof. Dr. Boris Augurzky das Ergebnis seiner Untersuchung, nach der bei gleichen Rahmenbedingungen wie heute bis 2025 voraussichtlich zusätzlich 80.000 Vollkräfte in den medizinischen Diensten der Krankenhäuser und weitere 80.000 Pflegefachkräfte in der Altenpflege benötigt werden.

Wie immer widmete sich der Hauptstadtkongress aber auch in diesem Jahr der gesamten Bandbreite gesundheitspolitischer Themen. Vor allem bot er drei Monate nach der langwierigen Regierungsbildung Gelegenheit, neue Ideen zu diskutieren und neue Gesichter in der Gesundheitspolitik kennenzulernen.

In einer Diskussionsrunde der gesundheitspolitischen Sprecher aller sechs Bundestagsfraktionen verteidigte Sabine Dittmar von der SPD das Sofortprogramm der Bundesregierung für die Pflege, das die Finanzierung von 13.000 zusätzlichen Stellen in der Pflege vorsieht. Sie räumte allerdings vor dem Hintergrund des herrschenden Fachkräftemangels ein: “Mir ist klar, dass eine finanzierte Stelle noch keine besetzte Stelle ist.”

Der unparteiische Vorsitzende des Gemeinsamen Bundesausschusses zeigte sich angesichts der vom Bundesverfassungsgericht angestoßenen Debatte um die demokratische Legitimation des Gremiums offen dafür, neben Krankenkassen, Ärzten und Krankenhäusern weitere Akteure einzubinden. “Man muss darüber diskutieren, ob die Zusammensetzung des G-BA noch zeitgemäß ist”, so Josef Hecken auf dem Hauptstadtkongress. In einer anderen Veranstaltung wurde die Konstruktion des G-BA und der Gemeinsamen Selbstverwaltung noch grundsätzlicher in Frage gestellt. Prof. Dr. Reinhard Busse von der TU Berlin formulierte seine Kritik so: “Die begrenzte staatliche Kontrolle über das Gesundheitssystem führt dazu, dass der Gesetzgeber die gleichen Akteure mit Lösungen von Problemen beauftragt, welche sie selbst überhaupt erst geschaffen haben.”

Intensiv diskutiert wurden auch die Pläne der Bundesregierung für ein GKV-Versicherten-Entlastungsgesetz, die ein Abschmelzen der finanziellen Rücklagen bei den Kassen vorsehen. Aus Sicht der Vorstandsvorsitzenden des Verbands der Ersatzkassen ist dies nur möglich, wenn zuvor der morbiditätsorientierte Risikostrukturausgleich reformiert wird. Ulrike Elsner: “Unter den bestehenden Morbi-RSA-Bedingungen würden sich damit die ohnehin schon massiven Wettbewerbsverzerrungen in der GKV weiter verstärken. Denn Fehlstellungen im Morbi-RSA sind der Grund dafür, dass die Finanzreserven der Kassen heute sehr unterschiedlich verteilt sind.” Prof. Dr. Jürgen Wasem vom Wissenschaftlichen Beirat beim Bundesversicherungsamt legte auf dem Hauptstadtkongress dar, dass beim Morbi-RSA anstatt nur 80 Krankheiten zu berücksichtigen, ein Vollmodell Grundlage sein sollte.

Auch im Hinblick auf die Zahl der Vorträge war der 21. Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit eine Veranstaltung der Superlative: In mehr als 150 Einzelveranstaltungen traten rund 600 Referentinnen und Referenten auf.

Der Hauptstadtkongress 2019 findet vom 21. bis 23. Mai 2019 im Berliner CityCube statt.
Mehr unter www.hauptstadtkongress.de

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

Foto: (C) WISO / Schmidt-Dominé

Vor Ort wurde auch das Projekt ROBINA Robotische Systeme zur Unterstützung hochgradig motorisch eingeschränkter Pflegebedürftiger vorgestellt. Es läuft noch bis 2020 und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.

Entscheider-Konferenz 3.0: Außerklinische Intensivpflege

Foto: Florian Arp

Was kommt auf Inhaber und Geschäftsführer von Einrichtungen und Diensten der außerklinischen Intensivpflege in diesem Jahr zu? Dies war die Leitfrage bei der Entscheider-Konferenz 3.0 am 17.4.2018 in Berlin, zu der Vincentz Network eingeladen hatte. Wegen des großen Andrangs steht der Termin für die 4. Entscheider-Konferenz bereits fest: 25.9.2018.

Was ist mit außerklinischer Intensivpflege gemeint? Diese grundsätzliche Frage stellte Dr. Oliver Stegemann, Justiziar und Syndikusrechtsanwalt beim Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V., der für die Zukunft eine Klärung des Begriffs forderte. Die außerklinische Intensivpflege wird 2018 noch mehr öffentliche Aufmerksamkeit erhalten als bislang. Dafür sorgt nicht nur das BR Recherche-Team, vertreten durch die Journalistin Claudia Gürkov, die über ihre zweijährige Recherche über die außerklinische Intensivpflege berichtete. Verzweifelte betroffene Menschen und ihre Angehörigen finden keinen Pflegedienst mehr, haben schon viele Wechsel von Pflegediensten durchlebt, nehmen schließlich in ihrer Not einen Pflegedienst, selbst wenn das Personal kein Deutsch spricht und sich offensichtlich gar nicht mit Beatmung auskennt. Im Bereich der außerklinischen Intensivpflege gibt es bereits ein massives Problem, das nicht abrutschen darf in die Haltung, lieber schlechte Pflege anzunehmen als gar keine zu haben.

Da sind auf der anderen Seite die Bemühungen, Pflegequalität so zu prüfen, dass schlechte Pflege nicht mehr zum Zuge kommen kann. Doch weit gefehlt, denn die neuen QPR-HKP, hervorragend dargestellt von Jana Klingelhöller, Team Pflege beim MDS, haben keinen Einfluss auf die Vertragsgestaltung der Krankenkassen mit den Leistungserbringern. Eine wirklich erhellende Erkenntnis! Dennoch erwarte ich eine Welle an Schließungen ambulanter Pflegedienste, die außerklinische Intensivpflege von katastrophaler Qualität anbieten, da die Forderungen nach Patientensicherheit immer lauter werden. Dafür sorgen z.B. das Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS) und das Zentrum für Qualität der Pflege (ZQP). Da die Prüfungsgrundlage die Dokumentation ist und nur Stichproben von Pflegequalität genommen werden, werden weiterhin die Patienten selbst viel zu wenig in Augenschein genommen. Die Dokumentationen mit Abertausenden von Handzeichen sind zudem noch kaum überschaubar ohne eine umfassende Digitalisierung.

Ich erneuere meine Aufforderung aus den vergangenen Jahren, sich Gedanken darüber zu machen, wie Menschen mit intensivpflegerischen Bedarfen kurzfristig versorgt werden können, wenn Pflegedienste dicht gemacht werden. Nur wenn es so etwas wie „Evakuierungskonzepte“ (wie z.B. in Erdbeben- oder Vulkanregionen) gibt, sind die Entscheider bei den Prüforganen tatsächlich frei und können durchgreifen. Solange jedoch die Kassen ihrem Sicherstellungsauftrag dadurch gerecht zu werden versuchen, indem sie sogar weiterhin mit Pflegediensten kooperieren, gegen die sie ermitteln, sind tagtäglich Menschen an Leib und Leben gefährdet. Das Tauziehen mit den Kassen um den niedrigsten Preis findet weiterhin statt, doch viele Leistungserbringer haben die Verhandlungsführung bereits professionalisiert, ziehen Rechtsbeistand hinzu und gehen immer häufiger in Schiedsverfahren. Auch für diesen Bereich hatte Vincentz Network so kompetente Tagungsreferenten gewonnen wie Marie-Christin Weber, Universität Potsdam und Dr. Christian Burholt, Berlin, Kanzlei Baker McKenzie. Mit großer Spannung wurde die Podiumsdiskussion mit den Vertretern der Fachpolitik erwartet. Erfreulicherweise kannten alle Teilnehmerinnen aus eigener Anschauung Menschen, die intensivpflegerische Versorgung benötigen, und sie waren sich des Pflegenotstands durchaus bewusst. Wirksame Rezepte liegen zwar weiterhin nicht vor, doch der CDU-Bundestagsabgeordnete Erwin Rüddel, inzwischen Vorsitzender des Gesundheitsausschusses im Deutschen Bundestag, erneuerte seine Aussage, dass die stationäre einer ambulanten intensivpflegerischen Versorgung vorzuziehen sei, nicht mehr. Er plädierte für sektorenübergreifendes Denken, stellte für das Ende dieser Legislaturperiode 50 000 neue Pflegekräfte in Aussicht und bekräftigte die Forderung, dass Tariflöhne für Pflegekräfte von den Kassen keinesfalls als unwirtschaftlich eingestuft werden dürften. „Wir werden permanent Baustellen in der Pflege haben“, stellte er fest und betonte, dass nun einschneidende Verbesserungen für die Pflegenden in Angriff genommen werden müssten.

„Wir Leistungserbringer brauchen Planungssicherheit“, forderte Geschäftsführer Marc Bennerscheidt, der dazu aufrief, freier über die außerklinische Intensivpflege nachzudenken und offener für neue Konzepte zu sein. So wurde bedauert, dass es keinen Zivildienst oder ein soziales Pflichtjahr gebe und man z.B. noch kein Konzept für engagierte Pflegehelfer habe.

Dieses Jahr ist ein wichtiges Jahr für die Branche, zumal sie sich offensichtlich gerade „selbst aufräumt“. Ein Video von der Konferenz unter: www.haeusliche-pflege.net/Infopool/Videos/Management/Pflegeexperte-Ausserklinische-Intensivpflege-vor-grossem-Wandel.

Die Entscheider-Konferenz 4.0: Außerklinische Intensivpflege findet am 25.9.2018 in Berlin statt.

Christoph Jaschke

Mehr unter: www.media.vincentz.de (Bereich Event)

Großes Interesse am Bayerischen Landespflegegeld – Anträge können bereits jetzt gestellt werden

Das neue Bayerische Landespflegegeld stößt auf großes Interesse. Darauf hat Bayerns Gesundheits- und Pflegeministerin Melanie Huml am 18. Mai 2018 hingewiesen.

Huml betonte: „Seit dem Beschluss des Bayerischen Kabinetts vom 8. Mai zur Einführung des Landespflegegeldes haben sich bereits zahlreiche Bürgerinnen und Bürger an die Staatsregierung gewandt, um einen Antrag zu stellen oder mehr Informationen zu bekommen. Das freut mich sehr – denn es zeigt, dass unser Angebot gut ankommt.“ Mit dem Bayerischen Landespflegegeld unterstützt die Staatsregierung Pflegebedürftige mit einem Betrag in Höhe von jährlich 1.000 Euro. Huml erläuterte: „Ein wichtiges Ziel ist es, die Selbstbestimmung Pflegebedürftiger zu stärken. Denn die Pflegebedürftigen können selbst entscheiden, ob sie mit dem Geld zum Beispiel Angehörigen oder anderen Menschen, die sie unterstützen, eine finanzielle Anerkennung zukommen lassen – oder sich damit selbst etwas Gutes tun.“ Die Ministerin ermunterte dazu, bereits jetzt den entsprechenden Antrag zu stellen. Das Landespflegegeld bekommen ab dem Spätsommer 2018 Pflegebedürftige, die ihren Hauptwohnsitz in Bayern und mindestens Pflegegrad 2 haben. Die Kosten für das neue Landespflegegeld werden bei rund 400 Millionen Euro jährlich liegen.
Informationen über die Anspruchsvoraussetzungen und das Antragsformular zum Download stehen unter: www.landespflegegeld.bayern.de zur Verfügung.
Huml unterstrich: „Das Landespflegegeld ist Teil eines umfangreichen Pflegepaketes, das die Staatsregierung beschlossen hat. Darin enthalten ist auch ein Fünf-Millionen-Euro-Programm für mindestens 500 neue Plätze für die Kurzzeitpflege in Bayern. Denn häuslich Pflegende werden durch verstärkte Möglichkeiten, Angehörige in Kurzzeitpflege zu geben, spürbar entlastet. Auch das trägt dazu bei, dass Pflegebedürftige möglichst lange in der gewohnten häuslichen Umgebung bleiben können.“ Der Ministerrat hat ferner eine neue staatliche Investitionskostenförderung für stationäre Pflegeplätze in Höhe von 60 Millionen pro Jahr beschlossen. Das Konzept sieht vor, jährlich 1.000 Pflegeplätze zu fördern.
Huml betonte: „Mein Ziel ist auch, mehr junge Frauen und Männer für den Pflegeberuf zu begeistern. Wichtig ist dabei auch eine attraktive Ausbildung mit guten Berufsperspektiven. Die Pflegekräfte von morgen müssen für komplexe Aufgaben gerüstet sein.“ Die Ministerin fügte hinzu: „Um die Attraktivität des Pflegeberufes zu verbessern, sorgen wir auf Landesebene Schritt für Schritt für bessere Rahmenbedingungen in der Pflege. Wir haben in den letzten Jahren zum Beispiel in der Altenpflege die Entbürokratisierung vorangetrieben, Verbesserungen bei den Personalschlüsseln unterstützt und Empfehlungen zur schrittweisen Barrierefreiheit in Pflegeeinrichtungen entwickelt.“ Huml dringt zudem auf ein schnelles Vorgehen der Bundesregierung bei dem Ziel, den Pflegeberuf attraktiver zu machen. Die bayerische Gesundheitsministerin wandte sich am 14. Mai mit einem entsprechenden Schreiben an Bundesarbeitsminister Hubertus Heil. Darin verwies Huml auf den Berliner Koalitionsvertrag, in dem vorgesehen ist, die Bezahlung in der Altenpflege nach Tarif zu stärken. Gemeinsam mit den Tarifpartnern soll dafür gesorgt werden, dass Tarifverträge in der Altenpflege flächendeckend zur Anwendung kommen. Huml betonte: „Angesichts des erheblichen Fachkräftebedarfs dürfen wir keine Zeit verlieren.“
www.stmgp.bayern.de

Foto: Bayerisches Staatsministerium für Gesundheit und Pflege

Melanie Huml, Bayerische Staatsministerin für Gesundheit- und Pflege (re.) mit dem Bayerischen Finanzminister Albert Füracker (li.) bei der Vorstellung der Pläne zum Aufbau des neuen Landesamts für Pflege (LfP) im oberpfälzischen Amberg am 4. Mai 2018. „Mit einem eigenständigen Landesamt für Pflege unterstützen wir die pflegebedürftigen Menschen ebenso wie die Pflegenden in ganz Bayern. Unser Signal ist: Wir setzen einen Schwerpunkt auf die Pflegepolitik und packen die Herausforderungen tatkräftig an. Das neue Landesamt wird dafür sorgen, dass die Fortschritte aus dem erst kürzlich beschlossenen bayerischen Pflege-Paket auch zügig bei den Menschen ankommen“, so die Staatsministerin. Und weiter: „Das neue Landesamt für Pflege wird Aufgaben, die bisher auf verschiedene Stellen verteilt sind, effektiv bündeln. So kommt die Hilfe bei den Menschen künftig besser an. Um die Menschen in Bayern umfassend über die Pflege in Bayern zu informieren, ist außerdem ein bürgernaher Internetauftritt geplant.“

Viele Highlights beim diesjährigen DIGAB-Kongress

Die besten freien Vorträge wurden im Rahmen des Gesellschaftsabends ausgezeichnet. (V.li.n.re.) Jury-Mitglied Dr. med. Bernd Schucher (Großhansdorf), 2. Preisträger Dr. Jens Bräunlich (Leipzig), Dr. Sarah Schwarz (Köln), 1. Preisträgerin, Jury-Mitglied Dr. Jens Geiseler (Marl) und Kongresspräsident Prof. Dr. med. Bernd Schönhofer. Nicht im Bild die 3. Preisträgerin, Dr. Ute Oddoy (Berlin).

Kongresspräsident Prof. Dr. med. Bernd Schönhofer und seine Mitstreiter*innen hatten nicht nur ein spannendes Programm für die 26. Jahrestagung der DIGAB e.V. vorbereitet, sondern auch ein schönes Rahmenprogramm für den interdisziplinären Austausch und das persönliche Gespräch. Das Hannover Congress Centrum mit seinem weitläufigen Parkgelände bot dafür ideale Voraussetzungen.

Der überaus erfolgreiche Kongress setzte viele neue Impulse und zeigte das große Engagement der DIGAB-Mitglieder. Rund 800 Teilnehmende besuchten die wissenschaftlichen Vorträge, Workshops, Diskussionsforen, Journal Clubs zu den unterschiedlichsten Themen aus der außerklinischen Beatmung, Intensivmedizin, Pädiatrie, Neurologie, Neurorehabilitation, Pflege, Selbsthilfe und Kreisen der Betroffenen. Auch Experten aus europäischen Nachbarländern referierten wieder in Hannover. An 55 Ständen informierte die Medizintechnik über Innovationen. Wegweisend war u.a. eine Diskussionsrunde zur „Beatmung im intersektoralen Bereich“, über die in der nächsten Ausgabe berichtet wird.
Anlässlich des Jahreskongresses findet immer die Mitgliederversammlung statt, zu der der Geschäftsführende Vorstand unter Vorsitz von Dr. Simone Rosseau, Präsident der DIGAB e.V., eingeladen hatte. Hier stellten u.a. die 17 Sprecher*innen der Sektionen, die seit der Satzungsänderung im vergangenen Jahr ihre Tätigkeit aufgenommen hatten, ihre Arbeitsschwerpunkte vor. Das Spektrum ist breitgefächert und betrifft nahezu alle Bereiche rund um die medizinische, pflegerische, therapeutische und familiäre Versorgung betroffener Kinder und Erwachsener, aber auch Themen wie Neuro-Reha, Krankentransport, Hygiene, Telemedizin, Qualifizierung von Bildungsanbietern u.v.m. Die Liste der Sektionen ist auf unter www.digab.de eingestellt und wer in einer Sektion mitarbeiten möchte, ist herzlich dazu eingeladen.
Hier wird nicht über die Köpfe der Betroffenen hinweg gesprochen, sondern mit ihnen. Eines der Highlights war der Vortrag von Jeanette Erdmann aus Lübeck über 45 Jahre bis zu Selbstdiagnose einer genetisch bedingten Myopathie bei der Eröffnung, doch auch viele andere Betroffene bereicherten den Kongress in Workshops und Referaten. Jüngste Referentin war wohl Neele Becker, die gemeinsam mit ihren Eltern über die Vorteile des Persönlichen Budgets berichtete.

Der 27. Jahreskongress findet vom 23. - 25. Mai 2019 in Kassel statt. Die Kongresspräsidenten sind (v.li.n.re.) Dr. med. Wolfgang Körber, Dr. med. Marion Saur und PD Dr. med. Andreas Bastian.

Dr. Simone Rosseau, Präsident DIGAB e.V. (li.) bei der Mitgliederversammlung. Rechts im Bild Hans-Joachim Wöbbeking, Ständiger Vertreter der Betroffenen

MAIK

Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

26. - 27. OKTOBER 2018

HOLIDAY INN MUNICH - CITY CENTRE

MAIK PARTY AMPERE 26.10.18

Deutsche Fachpflege Gruppe – Qualität verbindet

Dr. Schumacher

Löwenstein medical

smiths medical – bringing technology to life

azh – Abrechnung & Online-Tools www.azh.de

Hans Müller Unternehmensgruppe

PVS pria – Ein Unternehmen der PVS Holding

servona – Medizintechnik plus!

VIVISOL – Home Care Services

BMV® Bender Medical Vertrieb GmbH

www.maik-online.org

Veranstalter: IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH

DIGAB-Kongress in Hannover

Anlässlich des 26. Jahreskongresses 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. konnten wir mit Kongresspräsident Prof. Dr. med. Bernd Schönhofer ein Interview führen.

GD: Herr Prof. Dr. Schönhofer, Sie sind Chefarzt im KRH Klinikum Siloah in Hannover mit vielen Spezialabteilungen. Welchen Stellenwert hat für Sie dort die Beatmungsmedizin?
Prof. Dr. Schönhofer: Insgesamt hat Intensivmedizin in unserer Kliniken wachsende Bedeutung; hierbei befindet sich Beatmungsmedizin – mit allen Facetten der invasiven und nicht-invasiven an zentraler Stelle. Die Pneumologische Intensivmedizin ist wichtiger Player in dieser Situation. Die neuen Entwicklungen hierbei sind: Weaning, nicht-invasive Beatmung und außerklinische Beatmung
GD: Wie lange sind Sie schon mit der Beatmungsmedizin verbunden?
Prof. Dr. Schönhofer: Seit 1991. Seinerzeit habe ich als Oberarzt im Krankenhaus Kloster Grafschaft, damals unter der Leitung von Chefarzt Dr. med. Dieter Köhler, mit dem Schwerpunkt Beatmungsmedizin begonnen und mich dann in den kommenden Jahren auf diesem Gebiet habilitiert. In den vergangenen 25 Jahren haben wir in meiner Arbeitsgruppe ca. 100 Publikationen veröffentlicht!
GD: Wie waren die Anfänge? Sie haben unseres Wissens schon mehrfach zu einem Kongress wie dem jetzigen eingeladen.
Prof. Dr. Schönhofer: 1993 haben Prof. Köhler und ich zu einem ersten Treffen der pneumologischen Beatmungszentren nach Schmallenberg eingeladen. Damals gab es noch kein festes Netzwerk. Umso erstaunlicher war es, dass aus dem Stand ca. 200 Teilnehmer an diesem Kongress teilgenommen haben. Dieses erste Treffen war die Geburtsstunde der heutigen DIGAB.
GD: Wie spiegelte sich im diesjährigen Kongress diese spannende Geschichte der Beatmungsmedizin wider bzw. waren Mitstreiter der ersten Stunde in Hannover dabei?
Prof. Dr. Schönhofer: Für mich war es eine große Freude, dass ich zum dritten Mal zu diesem Kongress einladen durfte. Auch im Jahr 2005 war ich Kongresspräsident in Celle. Auf diesem Hintergrund schloß sich nach 25 Jahren für mich in gewisser Weise der Kreis. Ich bin mir sehr bewusst, dass ich mich mit diesem Thema in einem Kreis von langjährigen Freunden, die Experten auf dem Gebiet der Beatmungsmedizin sind, befinde. Die DIGAB e.V. haben viele Kolleginnen und Kollegen gemeinsam mit mir gegründet und konsequent weiter entwickelt.
GD: Was hat sich seit der ersten Zusammenkunft gewandelt?
Prof. Dr. Schönhofer: Es hat sehr viel verändert, ich möchte hier nur einige Beispiele nennen:

- Die Organisation und Zertifizierung der Weaningzentren
- Die Versorgungsforschung mit einem Patientenregister mit heute ca. rund 17.000 Patienten
- Die Entwicklung des neuen Berufsbildes des Atmungstherapeuten
- Die intersektorale Zusammenarbeit aller Disziplinen an der außerklinischen Beatmung
- Die Transition der Jugendlichen zu Erwachsenen
- Die Berücksichtigung der ethischen Aspekte am Lebensende außerklinisch beatmeter Menschen
- Wir haben in den vergangenen 10 Jahren drei Leitlinien zum Thema „Beatmungsmedizin“ veröffentlicht (Themen: 1. Nicht invasive Beatmung bei akuter Atmungsinsuffizienz, 2. Außerklinische Beatmung und 3. Prolongiertes Weaning)

GD: Wie sehen Sie die Zukunft der außerklinischen Beatmung und Intensivpflege?
Prof. Dr. Schönhofer: Ich sehe die Zukunft differenziert und es gibt viele Herausforderungen.

- Im Vergleich zu anderen europäischen Ländern, wie z.B. Niederlande oder England, liegt der prozentuale Anteil der Patienten mit außerklinischer Beatmung in Deutschland deutlich höher und nimmt weiter zu, was für enorme Kosten im Gesundheitswesen sorgt. Auf der Basis von aktuellen Berechnungen einzelner Kostenträger liegen die jährlichen Ausgaben in der außerklinischen Beatmung in Deutschland bei ca. 3 Milliarden Euro! Diese Größenordnung macht nachdenklich.
- Wichtig ist der Ausbau der intersektoralen Zusammenarbeit aller an der außerklinischen Beatmung beteiligten Disziplinen, in enger Kooperation mit den Kostenträgern, unter der Moderation der Beatmungszentren.
- Die Weiterentwicklung von unterschiedlichen Lebensformen der Patienten in der außerklinischen Beatmung auf der Grundlage des Willens der Patienten.
- Die Weiterentwicklung ethischer Aspekte vor Beginn und am Ende der außerklinischen Beatmung.
- Die Transparenz der Versorgungsqualität in den Pflegeeinrichtungen und Pflege insgesamt.
- Die Weiterentwicklung der Technik hinsichtlich der Beatmung und der Hilfsmittel.
- Weitere Entwicklung und Implementation der Telemedizin – dort wo sie brauchbar ist
- Kritische Auseinandersetzung mit künstlicher Intelligenz und Robotik in der Pflege.

GD: Sind die Betroffenen selbstbewusster geworden bzw. können sie inzwischen mehr für sich durchsetzen?
Prof. Dr. Schönhofer: Tendenziell ja. Die DIGAB hat sich immer für die Integration der Patienten und ihrer Angehörigen in die Gesellschaft und Stärkung der Patientenrechte eingesetzt. Es ist erfreulich, dass – auf der rechtliche Basis unseres Grundgesetzes – zunehmend Formen des selbstbestimmten Lebens realisiert werden.
GD: Wie viele Impulse aus Forschung und Wissenschaft im Ausland fließen hierzulande in die außerklinische Beatmung ein bzw. gab es wieder Gäste aus dem Ausland?
Prof. Dr. Schönhofer: In der Europäischen Gesellschaft für Pneumologie (ERS) bin ich seit 25 Jahren aktiv und habe hier viele Kontakte und Kooperationen erlebt.
Als herausragendes Beispiel möchte ich die europaweite Erhebung zur außerklinischen Beatmung (Eurovent) erwähnen, die wir nach mehrjähriger Vorbereitung im Jahr

2002 durchgeführt haben. Die Erhebung erfasste 27.000 Patienten und hat uns tiefe Einblicke in das Thema verschafft.
Die internationale sehr gute Zusammenarbeit spiegelte sich auch durch aktive Teilnahme internationaler Gäste aus England, Niederlanden und Italien im Rahmen eines Symposiums auf dem DIGAB-Kongress wider.
GD: Wie steht es um den Nachwuchs? Ist die Spezialisierung auf die Beatmungsmedizin für junge Mediziner*innen attraktiv?
Prof. Dr. Schönhofer: Wir haben besorgniserregende Nachwuchsprobleme im stationären und außerklinischen Bereich der Krankenpflege. Im Bereich der außerklinischen Beatmung ist der Personalmangel in der Pflege bereits deutlich zu spüren. Häufig entstehen deshalb vor der Entlassung aus der Klinik lange Wartezeiten. Wir beobachten darüber hinaus zunehmende Defizite in der Qualität der ambulanten Patientenversorgung.
GD: Wie sehen Sie die Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen hierzulande im Vergleich zum Ausland?
Prof. Dr. Schönhofer: Das muss differenziert betrachtet werden. In Nordeuropa, inkl. Dänemark, den Niederlanden und Finnland, ist die Qualität der Versorgung im Vergleich zu Ost- und Südeuropa immer noch deutlich besser. So verfügen Länder wie Spanien, Portugal und Griechenland über keine flächendeckende Versorgung von Patienten in er außerklinischen Beatmung.
GD: Was hat Ihnen persönlich die Vorbereitung dieses großen Kongresses gegeben?
Prof. Dr. Schönhofer: Es hat mir riesigen Spaß gemacht, diesen Kongress vorzubereiten. Denn ich organisiere gerne und bin begeisterter „Netzwerker“. Im Verlauf der vergangenen eineinhalb Jahre habe ich im Rahmen von hunderten E-Mails und Telefonaten einmal mehr erfahren, dass sich in der DIGAB-Szene hervorragende Persönlichkeiten tummeln. Und der Erfolg des Kongresses ist eindeutig eine Gemeinschaftsleistung aller Beteiligten, insbesondere auch der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen.
GD: Herr Prof. Schönhofer, wir danken Ihnen für das Gespräch!

Musik spielte bei den DIGAB-Kongressen und ihren Vorläufern schon immer eine große Rolle. Vor 25 Jahren, so berichtet Prof. Dr. Schönhofer, war in Schmallenberg ein befreundeter Musiker, „Dr. Goodtime“, an zentraler Stelle dabei gewesen. In dieser Tradition gab es auch beim diesjährigen DIGAB-Kongress wieder großartige Musikerlebnisse. Am Eröffnungsabend und beim anschließenden Empfang spielte die Jazzkombo „Familie Digginson“ mit Felix-Maria Schönhofer, dem Sohn des Kongresspräsidenten, an der Trompete. Nach der Eröffnung im Blauen Saal trafen sich die Teilnehmenden zum Get together im wunderschönen Park hinter dem Hannover Congress Centrum. Die Jazzkombo zog mit und erfreute mit ihrem swingenden Jazz bis hin zu zeitgenössischer Weltmusik. Das ultimative Highlight war dann beim Gesellschaftsabend im Fußballstadion die Rockband „Abraxas“ mit dem unverwechselbaren Bandleader Sven Hirschfeld & ca. weiteren Musikern aus der DIGAB-Szene. Es wurde, ganz im Sinne des Kongresspräsidenten, „Freude & Tanzen satt“ geboten, und Prof. Schönhofer war mit seinem eBass mitten drin dabei. Auch Hans-Joachim Wöbbeking rockte mit und spielte auf seiner Mundharmonika.

Mehr zum Kongress unter www.digab-kongresse.de

Foto:Intercongress/ Hans-G. Unrau

Die Jazzkombo „Familie Digginson“

Zur Kostenübernahme in der ambulanten Intensivpflege durch die DAK

Wie die Genehmigung bzw. Kostenübernahme von Leistungen der häuslichen Krankenpflege gemäß § 37 Abs. 2 SGB V (dort eingeschlossen die ambulante Intensivversorgung) erfolgen soll, ist durch Gesetz und HKP-Richtlinie geregelt.

Die DAK ist in den vergangenen Monaten von diesem Verfahren in der Form abgewichen, als dass sie die Erklärung der jeweiligen Kostenübernahme gegenüber dem Pflegedienst unter die zusätzliche Bedingung stellte, dass nur bestimmte Pflegefachkräfte eingesetzt werden sollen, die eine „Zusatzqualifikation für die spezielle Krankenbeobachtung“ nachweisen könnten. Der Einsatz von anderen Pflegekräften sollte der DAK vorab angezeigt werden und sollte nur mit deren Zustimmung bzw. der Zustimmung des verordnenden Arztes möglich.
Nach wiederholten Widersprüchen gegen diese nicht gerechtfertigte Praxis der Kostenübernahmen ist die DAK zuletzt dazu übergegangen, zusammen mit den jeweiligen Kostenübernahmen, eine so genannte „Vereinbarung über die Qualitätsanforderungen bei der speziellen Krankenbeobachtung“ zu versenden.
Die Strukturen und Inhalte dieser Vereinbarung sind erneut in Bezug auf gesetzliche und untergesetzliche Grundlagen zu dieser Thematik kritisch zu hinterfragen. Unberücksichtigt bleibt bei dieser „Vereinbarung über die Qualitätsanforderungen bei der speziellen Krankenbeobachtung“ auch die Entwicklung, die in den vergangenen Monaten insofern im Bundesgebiet zu diesem Thema zu verzeichnen war (und ist). Denn ausweislich diverser Ergänzungsvereinbarungen auf Länderebene mit einzelnen Krankenkassen (z.B. „Ergänzung zum Vertrag gemäß § 132a Abs. 2 SGB V für Leistungen mit hohem intensiven behandlungspflegerischem Aufwand“ für die Bundesländer Berlin und Brandenburg, an deren Verhandlungen zu den Inhalten auch die DAK beteiligt war) und dem „Ergänzungsvertrag zur ambulanten außerklinischen Intensivpflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege“, der zwischen dem vdek und dem bpa für die Ersatzkassen des vdek auf Landesebene (zu denen die DAK gehört) insofern im Februar 2018 abgeschlossen wurde, existieren aktuell insofern inhaltliche Anforderungen, von denen die nun versandte „Vereinbarung über die Qualitätsanforderungen bei der speziellen Krankenbeobachtung“ zum Teil abweicht.
Es muss zunächst ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass derartige Zusätze bzw. Ergänzungsvereinbarungen zum Vertrag nach § 132a Abs. 4 SGB V nicht einseitig durch eine Krankenkasse festgesetzt oder vorgegeben werden dürfen. Vielmehr bedürfen sie einer gemeinsamen Verhandlung und einer dazu gehörigen vertraglichen Vereinbarung mit dem betroffenen Pflegedienst; soweit man sich nicht einigt, kann eine Schiedsperson angerufen werden. Dies muss umso mehr gelten, als das in der „Vereinbarung über die Qualitätsanforderungen bei der speziellen Krankenbeobachtung“ unter Ziff. 2 wie folgt formuliert wird: „Das eingesetzte Personal darf den bewilligten Personalschlüssel nicht unterschreiten“.
Konkret bedeutet das, dass die DAK den von ihr- ebenfalls einseitig vorgegebenen Personalschlüssel in der jeweiligen Kostenübernahme für den einzelnen Versicherten (in der Regel 1:2 in der ambulanten Wohngemeinschaft) insofern vertraglich legitimieren will, obwohl er gar nicht verhandelt bzw. kalkulatorisch der vereinbarten Vergütung hinterlegt wurde. Dies ist schlicht abzulehnen, zumal dies verheerende Auswirkungen für den Pflegedienst im Rahmen der Qualitäts- und Abrechnungsprüfung haben kann, wenn er diesen von der DAK im Rahmen der Kostenübernahme diktierten und - durch die Vereinbarung vertraglich legitimierten - Personalschlüssel nicht einhält.
Weitere inhaltliche Anforderungen in der Vereinbarung der DAK sind nicht logisch. So werden die aus anderen Ergänzungsvereinbarungen bekannten zusätzlichen Anforderungen an das einzusetzende Pflegepersonal vermischt mit den zusätzlichen Anforderungen, die an eine vorzuhaltende Fachbereichsleitung gestellt werden.
Fraglich ist auch, warum die Vereinbarung als „Vereinbarung über die Qualitätsanforderungen bei der speziellen Krankenbeobachtung“ heißt, aber sodann inhaltlich immer und ausschließlich auf die zusätzliche Qualifikation in der Beatmungspflege bzw. auf die Inhalte der S2k-Leitlinien abgestellt wird (die ihrerseits nur auf die Versorgung von außerklinisch beatmeten Patienten abzielt).
Was die „Vereinbarung über die Qualitätsanforderung bei der speziellen Krankenbeobachtung“ aber für einen Pflegedienst in keinem Fall unterschriftsfähig macht, ist die Regelung unter Ziff. 11, in der es heißt: „Die zugrundeliegenden Anforderungen an die Qualitätsvoraussetzungen in dieser Vereinbarung beziehen sich auf den aktuellen Stand der Medizin, Medizintechnik und der Pflegewissenschaft. Sollten aufgrund gesetzlicher oder untergesetzlicher Neuregelungen weitergehende Qualitätsanforderungen im Nachgang zu dieser Vereinbarung in Kraft treten oder aufgrund der medizinisch-technischen Entwicklung im Rahmen von anerkannten Leitlinien oder durch Rechtsprechung festgelegt werden, gelten diese als vereinbart“.
Unabhängig davon, dass diese Vereinbarung gerade nicht den aktuellsten (vertraglichen) Stand zu dieser Thematik abbildet, bedeutet diese Formulierung in der Konsequenz, dass der Pflegedienst mit seiner Unterschrift im Voraus alle zukünftigen gesetzlichen und untergesetzlichen Neuerungen zur Versorgung mit spezieller Krankenbeobachtung (obwohl die DAK wahrscheinlich aufgrund der Formulierungen zur Beatmung eher eine weitaus größere Anzahl von Fällen der außerklinischen Intensivversorgung erfassen will) als vertraglich vereinbart akzeptiert. Das damit verbundene Risiko ist für den Pflegedienst unüberschaubar, da er sich „blind“ zur Einhaltung und Umsetzung von gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen verpflichtet, die er noch gar nicht kennt, geschweige denn, dass diese ggfs. im Rahmen der Vergütungsverhandlungen eingepreist wurden.
Pflegedienste, die diese Vereinbarung vorgelegt bekommen, sind daher gut beraten, diese gründlich zu prüfen, Inhalte und Strukturen nach zu verhandeln bzw. einzelne Passagen zu streichen. Keineswegs sollte die Verein-

barung einfach unterschrieben werden. Soweit die DAK das nicht akzeptiert, kann auf die o.g. Argumentation verwiesen werden, einhergehend mit der Ankündigung, diese vertraglichen Regelungen durch eine geeignete Stelle überprüfen zu lassen.

Anja Hoffmann, LL.M.Eur.
Rechtsanwältin

Kontakt:
Kurfürstendamm 138
10711 Berlin
T: +(49) 030 / 8630 88-0
F: +(49) 030 / 8630 888-1
M: hoffmann@hoffmann-kanzlei-berlin.de
http://hoffmann-kanzlei-berlin.de

Immer mehr Leiharbeit in der Kranken- und Altenpflege

Auch Gesundheits-, KrankenpflegerInnen und AltenpflegerInnen bleiben nicht von der Leiharbeit verschont. So waren bundesweit im Jahr 2017 10.181 Beschäftigte im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe als Leiharbeitskräfte tätig. 2014 waren es erst 7.374. Im Bereich der Altenpflege gab es im Jahr 2017 7.533 Leiharbeitskräfte, 2014 5.853.

Der Lohn der Leiharbeitskräfte lag deutlich unter dem Medianlohn, der den „normalen" Beschäftigten in diesen Bereichen gezahlt wird. So verdienten sozialversicherungspflichtig Vollzeitbeschäftigte im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege, Rettungsdienst und Geburtshilfe als Leiharbeitskräfte Ende 2016 durchschnittlich 2.579 Euro brutto im Monat, „normale" Vollzeitbeschäftigte in diesem Bereich hingegen 3.203 Euro brutto.
28,9 Prozent der Leiharbeitskräfte im Bereich der Gesundheits- und Krankenpflege verdienten unterhalb der bundeseinheitlichen Niedriglohnschwelle (2.088 Euro), bei den Stammbeschäftigten waren es nur 11 Prozent.
Im Bereich der Altenpflege lag der Verdienst als Leiharbeitskraft in Vollzeitbeschäftigung bei durchschnittlich 2.131 Euro brutto im Monat für Vollzeitbeschäftigte (für Helfer als Leiharbeitskraft nur bei 1.613 Euro), für die insgesamt in der Altenpflege Vollzeitbeschäftigten bei 2.436 Euro brutto.
Der Niedriglohnanteil bei den Leiharbeitskräften in der Altenpflege lag Ende 2016 bei 47,8 Prozent (für Helfer als Leiharbeitskraft bei 91,2 Prozent), bei den „normalen" Beschäftigten bei 33,4 Prozent. Dies geht aus der Antwort der Bundesagentur für Arbeit auf eine entsprechende Anfrage von mir hervor.

Das Personal im Gesundheits- und Pflegebereich gehört schon im Bereich der Stammbeschäftigten nicht zu den Topverdienern, dazu kommen eine hohe Arbeitsbelastung, Nachtarbeit, Bereitschaftsdienst und wechselnde Arbeitszeiten. Beschäftigte im Gesundheitswesen und der Pflege dürfen nicht als billige Arbeitskräfte zur Profitmaximierung von Leiharbeitsunternehmen her halten, ebenso wenig wie alle anderen Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer.
Grundsätzlich fordert DIE LINKE die Abschaffung der systematischen Niedriglohnbeschäftigung in Form der Leiharbeit. Vor allem im Altenpflegebereich klagen die Arbeitgeber seit Jahren über einen Fachkräftemangel. Doch Fachkräfte bekommt man nur und bindet sie an sich, wenn man gute Arbeitsbedingungen bietet.

Sabine Zimmermann
arbeitsmarktpolitische Sprecherin der
Bundestagsfraktion DIE LINKE

Aktionstag gegen den Schmerz

Schmerzexperten, Apotheker und professionell Pflegende informierten am 5. Juni 2018 rund um das Thema Schmerz. Es besteht noch großer Handlungsbedarf. DBfK-Pflegeexperten stellten einen Leitfaden für den Umgang mit opioidhaltigen Schmerzpflastern vor und gaben wertvolle Tipps und Empfehlungen aus deren langjähriger Praxis in der Schmerztherapie.

In Deutschland haben 27 Prozent der Bevölkerung chronische Rücken- oder Gelenkschmerzen sowie Kopfschmerzen oder Migräne. Mit dem 7. bundesweiten „Aktionstag gegen den Schmerz" am 5. Juni 2018 wies die Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. gemeinsam mit Partnerorganisationen auf die lückenhafte Versorgung dieser Schmerzpatienten hin. Die Versorgungsqualität und Versorgungseffizienz müssen erhöht werden. „Unser vom G-BA-Innovationsfonds gefördertes Projekt PAIN 2020 lotet hier neue Wege aus und stärkt ein interdisziplinäres und multimodales Konzept, um bei Patienten eine Chronifizierung der Beschwerden zu verhindern und ihnen eine geeignete Therapie zu bieten", sagte Professor Dr. med. Hans-Raimund Casser, Präsidiumsmitglied der Schmerzgesellschaft. Über die Risiken bei der Eigenmedikation mit Schmerzmitteln und den Umgang mit gebrauchten opioidhaltigen Schmerzpflastern informierten zudem Experten auf der Pressekonferenz zum Aktionstag am 5. Juni 2018 in Berlin.
Über 300 Einrichtungen bundesweit beteiligten sich an dem Aktionstag gegen den Schmerz und berieten Patienten, Angehörige und Interessierte rund um das Thema Schmerz. Patienten konnten an diesem Tag auch telefonisch Rat einholen. Von 9.00 bis 18.00 Uhr waren mehrere Dutzend Expertinnen und Experten zur individuellen Beratung bereit. „Schmerzen zu behandeln ist oft schwierig und erfordert Spezialisten, die möglichst berufs- und fächerübergreifend mit anderen Experten zusammenarbeiten", erklärte Professor Casser. „Diese Erkenntnis muss noch viel stärker in den Behandlungsalltag eingebracht werden. Das war der Grund für die Bewerbung beim G-BA-Innovationfonds mit dem Projekt PAIN 2020", so Casser, Ärztlicher Direktor des DRK Schmerz-Zentrums Mainz. PAIN 2020 steht für „Patientenorientiert. Abgestuft. Interdisziplinär. Netzwerk." und wird bundesweit zusammen mit der BARMER und über 30 Kooperationspartnern durchgeführt. Es hat eine Laufzeit von drei Jahren und ein Gesamtvolumen von rund sieben Millionen Euro. Das Projekt soll Wege aufzeigen, die Versorgung von Patienten, die ein hohes Risiko für die Entwicklung chronischer Schmerzen haben, zu verbessern. „Ein Ziel ist also auch, unnötige Chronifizierungsverläufe zu verhindern, von denen wir wissen, dass sie eine immense Belastung für die Patienten und die Gesellschaft darstellen", sagt Casser. Im PAIN 2020-Projekt sollen diese Patienten rechtzeitig identifiziert werden, um dann eine spezielle Schmerzdiagnostik in Form eines interdisziplinären multimodalen Assessments und eine auf ihre Problematik zugeschnittene Therapie zu erhalten. Wenn dadurch die Versorgung verbessert werden kann, könnte dieses Modellprojekt in die Regelversorgung überführt werden.

Wohin mit opioidhaltigen Schmerzpflastern?

Schmerzmittel werden als Tabletten, Zäpfchen, Tropfen, Säfte oder Pflaster verabreicht, dazu gehören auch verschreibungspflichtige opioidhaltige Schmerzpflaster. Letztere enthalten nach dem Gebrauch noch eine recht große Menge an Wirkstoff. „Einer der verwendeten Wirkstoffe ist das Opioid Fentanyl, das bis zu hundertmal stärker als Heroin ist. Das macht die gebrauchten Pflaster interessant für Drogenabhängige", sagte Professor Dr. Christel Bienstein, Präsidentin des Deutschen Berufsver-

bandes für Pflegeberufe (DBfK). Drogenabhängige sammeln gebrauchte Pflaster im Müll von Kliniken, Heimen und Hospizen, kochen sie aus, um die herausgelösten Wirkstoffe dann zu injizieren, so die Expertin. Überdosierung führt zu Bewusstlosigkeit, Atemlähmung und sogar zum Tod. Die Entsorgung der Pflaster ist jedoch nicht gesetzlich geregelt. Um zunächst die Frage zu klären, wie derzeit mit gebrauchten Pflastern umgegangen wird, hat der DBfK eine Online-Umfrage mit 1216 Teilnehmern aus Pflegeberufen durchgeführt. Das Ergebnis: Nur gut 20 Prozent aller Einrichtungen/Pflegedienste hat eine verbindliche Anweisung zum Umgang mit gebrauchten Pflastern. 68 Prozent entsorgen die Pflaster im Müll, 48 Prozent kleben vorher die Innenflächen zusammen. „Wir wollen auf die Gefahr des Missbrauchs hinweisen und geben zugleich mit unserem veröffentlichten Leitfaden Impulse, wie man gegensteuern kann“, sagte Bienstein. „Eine Entsorgung im sogenannten Spritzenabwurf halten wir beispielsweise für praktikabel. Langfristig sollte es aber gesetzliche Vorgaben für die Entsorgung dieser Medikamentenreste geben“, ergänzte die DBfK-Präsidentin. Der neue Leitfaden für Betroffene, pflegende Angehörige und Fachpersonal kann von der Webseite des Verbands heruntergeladen werden. Link zum Leitfaden: www.dbfk.de/de/shop/artikel/Leitfaden-fuer-den-Umgang-mit-opioidhaltigen-Schmerzpflastern.php

Ferner wurde über den Umgang mit nicht-verschreibungspflichtigen Schmerzmitteln zur Eigenmedikation informiert. Wer häufig oder über einen langen Zeitraum Schmerzmittel nimmt, sollte immer mit seinem Arzt oder Apotheker sprechen und sich über Behandlungsalternativen informieren.“ Mehr zum Thema und zum alljährlichen „Aktionstag gegen den Schmerz“ unter: www.aktionstag-gegen-den-schmerz.de

Piroschka Jansen, examinierte Krankenschwester, Pflegedienstleitung, Pflegeexperte außerklinische Beatmung, Pain Nurse plus und Fachdozent im Gesundheitswesen stand am Aktionstag gegen den Schmerz eine Stunde lang für Fragen zur Verfügung und berichtet: „Sobald die Rufumleitung auf mein Telefon ging, hatte ich keine Minute mehr Zeit. Allein in dieser kurzen Zeit erreichten mich 18 Anrufe, von denen ich leider nur fünf annehmen konnte, denn die Fragen waren so komplex, dass sie nicht in wenigen Minuten zu beantworten waren. Immer wieder kam zur Sprache, dass Schmerzen nicht adäquat behandelt würden und dass man in Schmerzzentren, soweit es sie in der Region überhaupt gibt, mit langen Wartezeiten rechnen müsse. Mit dem Seufzer „Es geht ja noch“ begeben sich Schmerzpatienten viel zu spät in eine ärztliche Behandlung. Dies kann zu einer Chronifizierung der Schmerzen führen. In einem solchen Stadium kann eine Schmerztherapie dann sehr langwierig sein.
Beklagt wurde, dass Hausärzte noch immer nur ungern Opioide oder Morphine verschreiben. Bei Patienten, die schon lange eine Opioidtherapie hinter sich haben und meinen, ihnen würde ein Opioid nicht mehr helfen, kommt oft nicht zur Sprache, dass es auch zu einer Opioidinduzierten Hyperalgesie kommen kann, d.h. dass Opioide auch einen schmerzverstärkenden Effekt haben können. Canabioide werden bislang nur von Ärzten mit Weiterbildung verordnet, und über Wechselwirkungen damit gibt es noch keine ausreichenden Erfahrungen. Zur Sprache kam auch die Handhabung von Schmerzpflastern und Retardtabletten, über die sich einige Anrufer nicht im Klaren waren. Obwohl ich mich als Pain Nurse plus schon viel mit dem Thema Schmerz und Schmerztherapie befasst habe, ist mir auch bewusst, dass es einerseits sehr viel Unwissenheit darüber gibt, andererseits auch, dass noch viel geforscht werden muss. Um den Menschen, die unter großen Schmerzen tagtäglich leiden, wirklich helfen zu können, bräuchte es vor allem multiprofessionelle Teams. Davon gibt es leider noch viel zu wenige.
Allein diese wenigen Telefongespräche haben mich in der Überzeugung bestätigt, dass Schmerzen hierzulande noch immer nicht ausreichend und gut behandelt werden. Und all zu oft wird den Menschen nicht geglaubt und ihr Leiden als Lappalie abgetan. Deshalb ist es enorm wichtig, dass der alljährliche Aktionstag gegen den Schmerz auf dieses Thema hinweist. Es ist wichtig und macht Freude, sich daran zu beteiligen und sein Wissen weiter zu geben.

Die schmerzApp der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V.

Auf Initiative des Arbeitskreises „Patienteninformation“ der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. veröffentlichte diese unter dem Titel „schmerzApp“ die erste deutschsprachige App zu allen relevanten Schnell-Informationen und Kurzartikel rund um das Thema Schmerz.

Bisher gab es keine App, die dem Laien die Möglichkeit bot, sich über das Medium Smartphone zu vielen unterschiedlichen Aspekten von Schmerz, Schmerzerkrankungen und Schmerztherapien einen Überblick zu verschaffen. Grundlage dieser schmerzApp sind über 50 Beiträge, an deren Erstellung rund 40 SchmerzexpertInnen beteiligt waren.
Weiterführende Informationen sind auf der vereinseigenen Homepage www.dgss.org erhältlich.
Die App führt auch zu einem interaktiven Schmerzfragebogen von studyPool, einem wissenschaftlichen Umfragetool, um Wünsche und Anregungen von Nutzern zu erfahren, die dann selbstverständlich anonym erfasst und ausgewertet werden. Webtipps verweisen auf externe Inhalte und Kontaktinformationen zu diversen Beratungsstellen, die alle per Link sofort in Ihrem Browser zu öffnen sind.
Die schmerzApp erhalten Sie hier für Ihr iPhone unter:

Apple-Store
https://itunes.apple.com/WebObjects/MZStore.woa/wa/viewSoftware?id=1038426170&mt=8
und für Ihr Android-Handy im

Google Play-Store
https://play.google.com/store/apps/details?id=de.smart_q.schmerzapp

30 Jahre AKB Elke Dodenhoff GmbH

Die Erfolgsgeschichte des ambulanten Pflegediensts AKB Elke Dodenhoff beginnt im Jahr 1988 mit der Gründung des Pflegediensts durch Elke und Detlef Dodenhoff. Sie gehören zu den Vorreitern in der ambulanten Pflege, die sie durch ihr Knowhow und viele neue Ideen maßgeblich mitgestaltet haben.

Nach ihrer Krankenpflegeausbildung im Katharinenhospital in Stuttgart machte Elke Dodenhoff ihre Fachweiterbildung in München-Großhadern. Detlef Dodenhoff arbeitete im Bundeswehrkrankenhaus in Koblenz und danach in München. Durch einen befreundeten Arzt wurden beide auf die damalige miserable Versorgung von Menschen, die zu Hause leben und Hilfe benötigen, aufmerksam. Weil es in München damals kaum Pflegedienste gab, gründeten sie gemeinsam einen Pflegedienst.

„Von Anfang an war uns neben der klassischen Kranken- und Altenpflege die Versorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen ein großes Bedürfnis“, erzählt Elke Dodenhoff. Palliativversorgung und Sterbebegleitung waren noch weitgehend Neuland, das die beiden betraten und dafür ein erstes Konzept entwickelten. Neun Jahre später, im Jahr 1997, war die Medizintechnik so weit, dass es möglich wurde, eine erste außerklinische Intensiv 1:1-Versorgung im häuslichen Umfeld zu wagen. Auch hier war Elke Dodenhoff in München Vorreiterin. Dies betrifft auch die Qualität ihrer Dienstleistung. Um diese sicherzustellen, führte sie bereits 1997 in ihrem Pflegedienst ein QM-System ein, das dann durch den TÜV Rheinland als einer der ersten ambulanten Pflegedienste deutschlandweit nach DIN ISO zertifiziert wurde. Im Laufe der Zeit übernahm sie viele weitere Patienten im häuslichen Umfeld, die außerklinische Intensivpflege benötigten.

Ab Ende 2006 begann Dodenhoff mit der Betreuung und Versorgung von Patienten in ihrer ersten außerklinischen Intensiv-Wohngemeinschaft in München-Waldperlach. Es sollte noch Jahre dauern, bis diese alternative Wohnform ihren Siegeszug antrat, die heute aus der (Intensiv-) Pflege nicht mehr wegzudenken ist. Und die Gesetzgebung zog erst nach, als innovative Pflegedienste wie der AKB Elke Dodenhoff bereits Fakten geschaffen hatten, die zeigten, dass diese Wohnform tatsächlich funktioniert, vor allem aber, dass sie von den betroffenen Menschen und ihren Angehörigen auch angenommen wird.

Es folgten im Jahr 2012 weitere Wohngemeinschaften im Münchner Osten sowie in Grünwald, und Elke Dodenhoff, die den Pflegedienst nach dem Ausscheiden ihres Mannes vor einigen Jahren alleine leitet, entschied sich, Mitglied der Deutschen Fachpflege Gruppe zu werden. Das Motto „Qualität verbindet“ entsprach genau ihren Vorstellungen, und Qualität lässt sich besser verwirklichen, wenn man starke Bündnispartner hat. Denn, auch das spürte die Unternehmerin, das Klima in der außerklinischen Intensivpflege wurde zunehmend rauer. Immer mehr Anbieter oder Möchtegern-Anbieter drängten in diese Versorgungsform, weil sie etwas von dem „großen Kuchen“ abhaben wollten. Elke Dodenhoff ließ sich davon nicht beirren und setzte ihren Erfolgskurs fort, der bis heute andauert.

So eröffnete sie in den folgenden Jahren außerklinische Intensiv-Wohngemeinschaften in der Lerchenau im Münchner Norden, drei weitere in München-Trudering, zwei in München-Feldmoching sowie in Bad Tölz und demnächst folgt eine in Tegernsee. Dabei kann sie auf einen enormen Erfahrungsschatz und einen verlässlichen Mitarbeiterstamm bauen, der von ihrem Pflegekonzept und ihrem hohen Qualitätsanspruch an die Pflege überzeugt ist. Inzwischen versorgt das Unternehmen unter dem Dach der Deutschen Fachpflege Gruppe rund 42 außerklinische Intensivpatienten im häuslichen Umfeld oder in außerklinischen Intensiv-Wohngemeinschaften, es betreut aber auch ca. 83 weitere Patienten in der häuslichen Krankenpflege. All dies bewältigt das Unternehmen mit rund 260 engagierten Pflegekräften sowie Mitarbeiter*innen in Reinigung, Hauswirtschaft und Verwaltung.

Natürlich wird das 30jährige Bestehen gefeiert, verbunden mit einem großen Dankeschön an alle Pflegenden, Mitstreiter, Unterstützer und Freunde. Auch Vertreter aus dem Vorstand der Deutschen Fachpflege Gruppe werden bei der Feier vor Ort sein, denn sie sind stolz darauf, dass der AKB Elke Dodenhoff-Pflegedienst zu ihren Mitgliedern gehört.

Mehr unter: www.akb-pflegedienst.de

GUTE PFLEGE VEREINT
KOMPETENZ UND MENSCHLICHKEIT

SCHÖN, WENN AUCH SIE DABEI WÄREN!

Arbeiten in starken Teams an wunderschön gelegenen Orten!

Das bietet die AKB Elke Dodenhoff GmbH ihren Pflegekräften. Die Standorte der Wohngemeinschaften für Menschen, die intensivpflegerischen Bedarf haben, sind so gewählt, dass sich nicht nur die Bewohner darin wohlfühlen, sondern auch die Mitarbeiter.

Der AKB Elke Dodenhoff feiert in diesem Jahr 30jähriges Bestehen und wächst kontinuierlich. Angebote wie die häusliche 1:1-Betreuung, aber inzwischen auch vermehrt Wohngemeinschaften, sind dringend notwendig, da die Anzahl der Menschen, die Intensivpflege benötigen, steigt.„Diese Patienten brauchen unsere Unterstützung und Pflege", sagt Elke Dodenhoff und fährt fort: „Gute Pflege, wie wir sie verstehen, vereint Kompetenz und Menschlichkeit. Dies strahlen unsere Pflegekräfte aus, und dies wünschen wir uns von neuen Pflegekräften, die bei uns arbeiten möchten." Deshalb kommen Sie doch einfach zu einem Gespräch über Ihre berufliche Zukunft bei uns vorbei. Wir freuen uns auf Sie!

Bei Fragen steht Ihnen unsere PDL Manuela Odendahl gerne unter 089 671 015 zur Verfügung.
Bewerbungen bitte per Mail an: bewerbung@akb-pflegedienst.de

MITGLIED DER
DEUTSCHEN FACHPFLEGE
GRUPPE

Qualität verbindet.

www.akb-pflegedienst.de
www.deutschefachpflege.de

AKB
ELKE DODENHOFF!

Krankheit ist immer auch eine Familienangelegenheit

Einführung in die Genogrammarbeit (1)

Angehörige sind bei Krankheit eines Familienmitglieds immer Mitbetroffene. Familien haben im Laufe von Generationen viele Krisen – auch Krankheiten – gemeistert oder sind gescheitert, sie haben „Familiencredos“ und Glaubenssätze entwickelt, die sich in sichtbaren und unsichtbaren Banden und im Verhalten der Mitglieder untereinander zeigen. Und in dieses gewachsene Geflecht von Interaktionen kommen nun Pflegekräfte. Für eine patienten- und familienzentrierte Pflege müssen sie nicht nur den Pflegekunden, sondern auch das Familiensystem kennenlernen. Dafür eignet sich u.a. die Genogrammarbeit. Genogramm und Ökogramm sind zentrale strukturelle Assessments zur Darstellung der inneren und äußeren Strukturen einer Familie.

Biografiearbeit ist nur ein Teil des Kennenlernens

Biografie- oder Erinnerungsarbeit in der Pflege meint die Beschäftigung mit der Lebensgeschichte eines Menschen. Sie gilt anerkanntermaßen als Grundlage einer ganzheitlichen und patientenorientierten Pflege. Ziele sind:

- Entwicklung eines Verständnisses für den pflegebedürftigen Menschen, um sein Verhalten und sein Erleben zu verstehen
- Erkennen von Ressourcen und Potentialen des Pflegebedürftigen, Förderung von (neuen) Interessen – aus seiner Lebensgeschichte heraus
- Unterstützung bei der Sinnfindung, Selbsterkenntnis und Suche nach neuen Lebenszielen – wie es häufig durch die Diagnose einer schwerwiegenden oder chronischen Krankheit notwendig wird.

Die Familie des Pflegekunden kennenlernen

In der außerklinischen Intensivpflege müssen Pflegekräfte auch die Familie des Pflegekunden kennenlernen. Sie sind immer Mitbetroffene, außerklinische Intensivpflege kann und darf das Familiensystem nicht außer Acht lassen (s. Gepflegt Durchatmen 39, S. 33-35).

Findet kein Kennenlernen statt, dann passiert das, was eine Teilnehmerin an meiner Forschungsarbeit während des Studiums Systemische Beratung sehr treffend formulierte: „Du stolperst in ein Familiensystem, hast keine Ahnung, was hinter der Wohnungstür auf dich zukommt. Der ‚wertvollste Hinweis‘ den du im Rahmen der Einarbeitung bekommst ist, ‚nimm dich vor der Ehefrau in Acht‘. Dann trittst du in jedes Fettnäpfchen, scheiterst entweder nach wenigen Tagen in der Familie oder hast es irgendwann geschafft.“

Professionelle außerklinische Intensivpflege kann und muss anders gestaltet werden – für den Pflegekunden und seine Familie als auch für die Pflegekräfte. Wenn eine Versorgung scheitert, dann sind – nach systemischem Verständnis – beide Partner gleichermaßen dafür verantwortlich. Ich behaupte an dieser Stelle, die professionelle Pflege trägt die größere Verantwortung, denn sie müsste aus ihrem professionellen Handeln heraus die Hintergründe verstehen, sie müsste geeignete Maßnahmen für eine gelingende Klienten-Pflegebeziehung kennen und die Voraussetzungen dafür schaffen. Dazu gehört u.a. auch eine familienzentrierte Pflege mit ihren Grundhaltungen und Interventionen.

Das Kennenlernen des Pflegekunden und seiner Familie dient dem Beziehungsaufbau und ist die erste zielgerichtete Pflegehandlung bei der pflegerischen Übernahme – und damit die Grundvoraussetzung für eine patienten- und familienzentrierte Pflege. Die Genogrammarbeit ist dabei die wichtigste Intervention. Genogramm und Ökogramm sind geeignete Instrumente, mit denen die inneren und äußeren Strukturen einer Familie einfach dargestellt werden können – in Verbindung mit den systemischen Grundhaltungen (s. Gepflegt Durchatmen 39) und geeigneten Fragen.

„Ich habe im Rahmen meiner Weiterbildung eine Genogrammarbeit mit einer Klientenfamilie gemacht. Für mich war es das erste Mal, dass ich mich mit diesem Thema auseinander gesetzt und damit gearbeitet habe. Ich fand es total spannend, im Gespräch mit der Klientin/Bewohnerin und ihrer Tochter tiefer in das ‚System Familie‘ schauen zu dürfen – mit dem Gedanken ‚Niemand ist allein krank‘. Mir hat es viel Klarheit und noch mehr Verständnis gebracht, ebenso neue Blickwinkel und Ansatzmöglichkeiten aufgezeigt, um eine ganzheitliche Pflege verrichten zu können, in der auch die Angehörigen berücksichtigt sind.“ (Nicole Albl, Krankenschwester bei der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, Teilnehmerin an der Weiterbildung Praxisanleiter für die außerklinische Intensivpflege mit einer Spezialisierung in der familienzentrierten Pflege).

Aber was ist denn „die Familie“?

Der Familienbegriff hat ist sich in den letzten Jahrzehnten deutlich geändert, sodass eine eindeutige Definition nicht möglich ist. Ich unterstütze sehr die Aussagen von Wright und Bell (2009), die Familie als Gruppe von Individuen definieren, die sich durch starke emotionale Bande, ein Zugehörigkeitsgefühl und gegenseitige Anteilnahme an ihrem Leben auszeichnen (vgl. 1).

Konkreter bedeutet das:

- Die Familie ist ein System oder eine Einheit
- Ihre Mitglieder können, müssen aber nicht miteinander verwandt sein
- Ihre Mitglieder können, müssen aber nicht in einem Haushalt zusammenleben
- Kinder können, müssen aber nicht dazu gehören
- Die Familienmitglieder beschreiben Zugehörigkeit, Dauerhaftigkeit und emotionale Bindung zwischen den Mitgliedern, einschließlich eines Verpflichtungsgefühls füreinander
- Die Mitglieder übernehmen füreinander Fürsorgefunktionen wie Ernährung, Schutz, Sozialisation. (vgl. 1)

Mit diesen Kriterien können Pflegende, über die traditionellen Grenzen hinaus, den unterschiedlichen Familienformen gerecht werden. „Die Familie bestimmt selbst, wer zur Familie gehört.“ (1)

Systeme und Subsystem
In jedem System gibt es Subsysteme, so auch in Familien. Typische Subsysteme sind „Ehemann-Ehefrau/Eltern“, „Eltern-Kinder“, die „Großeltern“, die „Geschwister“ oder die „männlichen Familienmitglieder“. Zum Beispiel gehört ein Junge zu den Subsystemen „Eltern-Kinder“, „Geschwister“, aber zum Subsystem „männliche Familienmitglieder“. Innerhalb solcher Subsysteme führt die Familie ihre Funktionen aus, indem jedes Mitglied sich seiner zugeschriebenen Rolle nach verhält oder auch nicht.
In der pflegerischen Praxis kann es sinnvoll sein zu beobachten, welche Subsysteme es innerhalb des Familiensystems gibt, wer welche Rollen inne hat und ob es klare Generationsgrenzen gibt. Problematisch ist z.B., wenn ein Kind die Rolle eines Elternteils oder Ersatzpartners einnimmt. (vgl. 1)

Grenzen von System und Subsystemen
Jedes System, auch die Familie und ihre Subsysteme, hat Grenzen nach außen. Über diese Grenzen bestimmen die Mitglieder, wer zum System gehört und wer nicht. Die Grenze eines Systems wird z.B. deutlich, wenn die Mutter dem ältesten Sohn erklärt, dass nicht er für die Bestrafung seiner jüngeren Geschwister verantwortlich ist, sondern sie als Mutter.
Grenzen können diffus, undurchlässig oder durchlässig sein:

- Je undurchlässiger eine Grenze, umso klarer sind für alle die „Spielregeln“, auch nach außen. Für die Mitglieder des Systems bedeutet das aber wenig Autonomie – eben nur innerhalb der klar definierten Grenzen bzw. Rollen. Das führt auch dazu, dass sich Subsysteme aus der Gesamtverantwortung zurückziehen, nichts über die Rollenerwartung hinaus tun. Das ist besonders problematisch im Rahmen einer chronischen Krankheit oder Behinderung, wenn Anpassungen aller Mitglieder notwendig wären. Pflegende beschreiben solche Familien und Familienmitglieder oft als starr, eingefahren, nicht bereit, sich oder etwas zu ändern. Familien mit undurchlässigen Grenzen schotten sich oft sehr stark nach außen ab. Pflegende beobachten, dass solche Familien wenige soziale Kontakte und Unterstützung von außen haben.
- Durchlässige klare Grenzen schaffen Flexibilität. Für die Familienmitglieder gibt es zwar Regeln, aber die können bei Bedarf, z.B. bei Krankheit, geändert werden. Pflegende beschreiben solche Familien als anpassungs- und veränderungsfähig, die mit einer neuen Situation scheinbar gut klar kommen.
- In Systemen mit diffusen unklaren Grenzen kann es leicht passieren, dass Familienmitglieder in ein Subsystem geraten, in das sie nicht gehören. Ein Beispiel ist, wenn ein Kind „die Funktion eines Elternteils übernimmt“, einschließlich der Verantwortung und Befugnisse, sich z.B. um den Haushalt und die Erziehung kleinerer Geschwister kümmert.

An dieser Stelle soll noch einmal deutlich betont werden, dass es keine „guten“ oder „schwierigen“ Familien gibt. Familien sind wie sie sind, über Generationen gewachsen, beeinflusst auch von kulturellen und religiösen Vorstellungen, Glaubenssätzen, Schicksalsschlägen und und und. Pflegende bewerten nicht, sie nehmen lediglich wahr. Aussagen wie „die schwierigen Angehörigen“ sind deshalb höchst unprofessionell.

Größere Systeme und Kontexte
Jedes Familiensystem ist in größere Systeme eingebettet, z.B. in die Nachbarschaft, den Arbeitsplatz oder die

Schule, in eine Kultur oder Religion, letztendlich auch in das Mutterland oder das Land des jetzigen Lebens. Der Kontext prägt und definiert sowohl das Individuum als auch die Familien in ihrer Gesamtheit und im Besonderen: Kultur, Ethnie, soziale Schicht, Spiritualität und/oder Religion und Umgebung (Nachbarschaft, Wohnort). Mithilfe des Ökogramms können die wichtigen Kontakte der Familienmitglieder zu größeren Systemen abgebildet werden. Anders als das Genogramm, das auch in die Vergangenheit fragt, stellt das Ökogramm die aktuellen Verbindungen der Familie „nach außen" dar – und zeigt damit auch, wo Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten wären. (vgl. 1)

Beziehungen der Mitglieder und Systeme untereinander

Ein Stammbaum will die Familienmitglieder in den Generationen darstellen. Ein Genogramm will auch die Beziehungen untereinander abbilden. Beziehungen werden z.B. als sehr eng, normal/gut, lose oder konfliktreich beschrieben. Manches Mal ist die Beziehung zwischen zwei Mitgliedern abgebrochen. Vor allem die Beziehungen untereinander haben einen entscheidenden Einfluss darauf, wie Pflegekräfte die Familien erleben.
Vor diesen theoretischen Hintergründen kann es für Pflegekräfte auch ganz spannend sein, ein Genogramm der eigenen Familie zu erstellen.

In Workshops wird immer wieder die Frage gestellt, ob Familienmitglieder es nicht als anmaßend empfinden, wenn Pflegekräfte sie über ihre Familie „ausfragen". Ich habe es selten so erlebt, ganz im Gegenteil. Die Familien haben oft ein großes Bedürfnis, gesehen und als Mitbetroffene wahrgenommen zu werden, und über sich erzählen zu können. Sie brauchen natürlich Informationen über Sinn und Zweck der Genogrammarbeit. „Wir wollen Sie als Familie kennenlernen, Sie sind als Familie immer Mitbetroffene, denn niemand ist alleine krank. Sie sind die Experten für Ihre Familie. Wir möchten etwas über Ihre Sichtweisen erfahren." Mit solchen oder ähnlichen Sätzen lässt sich in der Regel immer ein Zugang zum Familiensystem finden. Im systemischen Ansatz gibt es den Begriff der „wohlwollenden Neugier", d.h. heißt, mit Hellhörigkeit die Anliegen und Sorgen wahrnehmen und mit Interesse nachfragen. Nicht gemeint ist neugieriges Ausfragen in den Lebensbereichen, die für die aktuellen gesundheitlichen Fragen nicht relevant sind. Wenn Familien Neugier spüren, werden sie dem Kennenlernen nicht entgegen stehen. (vgl. 2)
Pflegekräfte, die Genogrammarbeit durchführen, brauchen theoretisches Wissen über diese Arbeit. Aber noch wichtiger sind Empathie und Einfühlungsvermögen sowie die Fähigkeit, aktiv zuzuhören und geeignete Fragen zur Leitung des Gesprächs einzusetzen. Die Pflegekräfte müssen einfühlsam vorgehen und immer mit sog. leichten Fragen, wie z.B. „Wann sind Sie geboren?" und Fakten, wie: „Seit wann sind Sie verheiratet?" beginnen. Erst nach und nach werden die Subsysteme erkundet und Beziehungen erfragt.
Eine zweite Frage, die häufig auf Fortbildungen und Workshops gestellt wird ist die nach der Relevanz bzw. Notwendigkeit einer solchen Genogrammarbeit. Der Sinn ist in der familienzentrierten Pflege begründet „Niemand ist alleine krank" (s. Gepflegt Durchatmen 39, S. 33-35).
Und, die Familie ist ja da und ist so wie sie ist, mit all ihren Lebensgeschichten, Glaubenssätzen, Bewältigungsstrategien, Verhaltensweisen usw., ob man es will oder nicht, ob man es erkundet hat oder nicht. Und gerade diese unbekannten Sachverhalte führen häufig zu Bewertungen, Missverständnissen und auf Dauer zu Konflikten.
In der nächsten Ausgabe: Genogrammarbeit ganz konkret und wie erstellt man ein Genogramm?

Christine Keller, M.A.
Lehrerin für Pflegeberufe, Qualitätsberaterin für Einrichtungen im Gesundheitswesen
Heilpraktikerin (Psychotherapie), Systemische Beraterin (DGSF)

Literaturverzeichnis

(1) Wright, L.M., Leahey, M., Börger, H. (Übersetzerin): Familienzentrierte Pflege, 2. Auflage. Bern, Huber Verlag 2013.
(2) Barthelmes, M.: Die systemische Haltung – Was systemische Arbeit im Kern ausmacht. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht 2016.

„Ich brenne für das Thema familienzentrierte Pflege und möchte, dass noch viel mehr Pflegekräfte davon erfahren", sagte kürzlich Christine Keller in einem persönlichen Gespräch. Beim MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress am 26. und 27. Oktober 2018 in München wird sie darüber referieren und Fragen beantworten. Wer sich eingehender mit familienzentrierter Pflege befassen und einen staatlich anerkannten Abschluss erwerben möchte, kann sich zu Frau Kellers neunter Fortbildung „Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege mit Teamleiterqualifikation" mit den Schwerpunkte Führen und Leiten von Teams sowie Grundlagen der familienzentrierten Pflege anmelden. Sie beginnt am 19.11.2018.
Informationen und Anmeldung unter:
www.ihcc-akademie.de/praxisanleiter.html.

OXYCARE Medical Group GmbH

FON +49(0)421 48 99 66 · www.oxycare.eu

- GERMANY
- AUSTRIA
- POLAND
- BULGARIA

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 COPD Hybrid-Modi

- **prisma VENT 30/40/50/50-C von Löwenstein Medical** **NEU**

prisma VENT 50-C mit High-Flow-Modus 5-60 l/min

- **BiPAP A40 AVAPS-AE Trilogy 100/200 mit Modus AVAPS-AE und Zero-Flow von Philips Respironics**

Interessante Informationen über NIV Beatmung bei COPD auf unserer Website www.oxycare-gmbh.de: Neuheiten/Beatmung+COPD Modi

Nasaler High-Flow

auch ambulant, Homecare und leihweise

- **MyAirvo2 mit Optiflow+**

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

Absaugung

- **ASSKEA /Clario/VacuAide 7314**

Saugleistung bis 30 l/min, auch mit Akku

LIMBO Dusch- und Badeschutz

- wiederverwendbar, langlebig
- hochwertige Materialien und Verarbeitung

Anwendung: Verbände, Gips, Wunden, Tape

ab 15,55 € *

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

* zzgl. MwSt.

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

- **OxyHaler Membranvernebler**

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

Shop-Preis 146,64 €*

Sekretolyse

4.200,00 € *

- **VibraVest**

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

Hustenassistent:
mit Vibrationsmodus, für Kinder und Erwachsene

- **Pulsar Cough 700** **Neues Modell**
- **Cough Assist E70** von Philips Respironics

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

Mobilität

Ideal für unterwegs

- **Rollstuhl FreedomChair A08**

Aktionspreis 2.757,01 € *

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)

SOS-WC für die Handtasche für Sie und Ihn **3er-Set 4,95 €**

Preisänderungen / Druckfehler vorbehalten - Abb. können abweichen

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

Von der Bildgebung zur Therapie

Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V. lädt ein zum 4. FEES-Fortbildungsseminar mit dem Titel „Video-endoskopische Dysphagie-Diagnostik und ihre Umsetzung in die therapeutische Praxis“. Es richtet sich an Fachpersonen aus Medizin und Therapie mit Grundkenntnissen über Diagnostik und Therapie der Dysphagie.

Erst die Diagnostik, dann die Therapie – auch bei Dysphagie: Die Videoendoskopische Schluckdiagnostik nach dem Protokoll von S. Langmore (1988), hat sich als wertvolles Instrument zur Steuerung der Dysphagietherapie bei Erwachsenen etabliert und bei kindlicher Dysphagie als sehr nützlich erwiesen.
Um den vollen Nutzen zum Patienten zu bringen, ist eine Feinabstimmung der beteiligten Disziplinen unerlässlich. Dies betrifft die Fragestellung auf Grundlage von Anamnese und klinischem Befund, die standardisierte Untersuchungstechnik, eine einheitliche Nomenklatur sowie eine teilhabe- und befundorientierte Therapie- und Diätempfehlung. Eine Schweregradeinteilung kann den Erkrankungs- und Therapieverlauf dokumentieren und dient wissenschaftlichen Fragestellungen.
Vom Hands-On- zum Befundungs-Workshop: Das Dysphagie-Netzwerk-Südwest hat 2014 einen Hands-On-Workshop veranstaltet, auf dem Grundlagen der flexiblen transnasalen Endoskopie zur Evaluation der Dysphagie praktisch vermittelt wurden. 2016 wurde gemeinsam mit der Klinik Münsterlingen erneut ein Workshop angeboten. Diesmal als Basiskurs zum Erwerb des FEES-Zertifikats der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN). Die Befundung von pathologischen Video-Beispielen war nur ein Teil dieser beiden Workshops.
Vom Befund zur Therapie: Letztes Jahr hat das Dysphagie-Netzwerk-Südwest mit dem nun erneut angebotenen Format etwas Neues versucht: Wie kann der endoskopische Untersuchungs-Befund in eine therapeutische Empfehlung umgesetzt werden. Mit diesem Schritt erhält die endoskopische Schluckdiagnostik zudem eine sehr nützliche, zweite Rolle, nämlich als Therapie-Monitoring zur Überprüfung der Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen.
Interdisziplinäre Zusammenarbeit – das „Dysphagie-Tandem“: Richtet sich das FEES-Zertifikat der DGN hauptsächlich an ärztlich, wie auch therapeutisch (speziell logopädisch) ausgebildete UntersucherInnen im Umfeld einer Stroke-Unit, wollen wir mit unserem Seminar auch das Umfeld der außerklinischen Therapie am Nutzen der endoskopischen Dysphagiediagnostik teilhaben lassen. Hierfür erhalten Sie unter Anleitung die Gelegenheit, sich in die Video-Pathologie des Schluckens einzusehen, um Rückschlüsse für die Therapieoptionen zu gewinnen.
Wir möchten mit dem Seminar unserer Vision ein Stück näher kommen, dass die Videoendoskopische Schluckdiagnostik selbstverständliches Werkzeug auch für die außerklinische Dysphagie-Therapie wird. Wenn die ärztliche Seite mit der Endoskopie-Kompetenz und die therapeutische Seite mit der dysphagiologischen Kompetenz eine Symbiose eingehen, wird sich die bisher vorwiegend innerklinisch praktizierte apparative Diagnostik von Schluckstörungen auch auf den ambulanten Bereich erweitern.
Das Seminar findet am 21. - 22.09.2018 in Villingen-Schwenningen statt. Weitere Infos und Flyer unter: www.dysphagie-netzwerk-suedwest.de/2018/03/16/4-fees-befundungsseminar/

Geblockte Kanüle wegen Aspiration. Muss das noch sein?

Das Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V. lädt zum 9. Fortbildungsseminar „Teilhabe orientierte Alternativen beim Umgang mit Trachealkanülen“ ein. Es richtet sich in erster Linie an Pflegende aus ambulanten Diensten wie Heimen, pflegende Angehörige, Therapeuten und ärztliche Betreuer von Kanülenpatienten.

Wegen Aspiration niemals mehr sprechen oder essen dürfen? Rachen und Halsregion sind Schauplatz zweier wichtiger kultureller Fähigkeiten: Sprechen und Nahrungsaufnahme. Beide verankern den Menschen in seine Familie und das weitere soziale Umfeld. Die Entstehungsgeschichte des Luftröhrenschnitts hingegen ist eine Geschichte von Not und Verzweiflung. Entweder, um vor dem unmittelbaren Erstickungstod zu bewahren oder um die Atemwege frei zu halten, wenn Husten und Schlucken ihren Dienst versagen. Der Umgang mit Trachealkanülen ist mittlerweile in der Rehabilitation wie auch in vielen Pflegeeinrichtungen zu einer Selbstverständlichkeit geworden. Die herkömmlichen Behandlungs-Standards setzen aber in erster Linie auf die Verhinderung von Aspiration – mit dem Verzicht auf Sprechen, Essen und Trinken, elementare kulturelle Aspekte einer Teilhabe am gesellschaftlichen Leben.
Behandlung der Aspiration: Statt fragwürdiger Verhinderungsversuche lieber wirksame Beseitigungsstrategien. Über die interdisziplinäre Zusammenarbeit im Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V. hat sich eine andere Sichtweise durchgesetzt, welche mit eigenen Studien untermauert und auf Tagungen bereits vorgestellt werden konnte. Sie stellt nicht die Verhinderung der Aspiration in den Vordergrund, sondern deren Beseitigung, wenn sie denn immer wieder mal eintritt. Wir betrachten die Trachealkanüle nicht als notwendiges Übel, welches rasch beseitigt werden muss, sondern sehen in ihr wegen der Absaugmöglichkeit einen Partner, damit die Betroffenen sprachlich kommunizieren und trotz Aspiration auch essen und trinken können. Mit diesem Verfahren verhindern wir nicht nur unumkehrbare Langzeitschäden geblockter Trachealkanülen, sondern erleben überraschender Weise, dass das Auftreten von Komplikationen dadurch keineswegs steigt – im Gegenteil.
Das Seminar findet am 1.12.2018 auf der Bodenseeinsel Reichenau statt.
Weitere Infos und Flyer: unter www.dysphagie-netzwerk-suedwest.de/2018/03/17/9-trachealkanuelen-workshop/
Anmeldung bis 1.11.2018.

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

Wir wollen noch einmal durchstarten

Die beiden Gründer und Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, Jörg Brambring und Christoph Jaschke, haben sich nach zwei Jahrzehnten HBS dazu entschlossen, ab dem 1. Mai 2018 unter dem Dach der Deutschen Fachpflege Gruppe (DFG) tätig zu sein und dort neue Aufgaben zu übernehmen. Was hat sie zu diesem Schritt bewogen? Lesen Sie hierzu ein Interview.

GD: Warum dieser Schritt?
Die außerklinische Intensivpflege hat sich in den letzten Jahren dramatisch verändert. Wir sind 1998 mit nur einem Klienten gestartet. Wir konnten uns damals nicht vorstellen, dass diese außerklinische Intensivpflege ein so heiß umkämpfter Markt werden würde. Was wir nach zwei Jahrzehnten als zermürbend empfinden sind die zähen Verhandlungen mit den Krankenkassen und all die Probleme, die auf den Pflegenotstand zurück zu führen sind. Dagegen können wir als vergleichsweise kleiner Einzelkämpfer wenig ausrichten. Deshalb suchten wir eine breitere Basis. Nur über Bündnisse und ein geschlossenes Auftreten, mit einem großen Unternehmen wie die Deutsche Fachpflege Gruppe im Hintergrund, können wir etwas für unsere Klienten erreichen.

GD: Was ändert sich für das Unternehmen?
Die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH (zusammen mit der IHCC) ist nun ein Tochterunternehmen der DFG, das jetzt Helmut Schneiderat als Geschäftsführer leitet. Er steht weiterhin in engem Kontakt mit uns und unsere Mitarbeiter*innen liegen uns nach wie vor sehr am Herzen. Viele davon sind für uns nach einer so langen Zeit der Zusammenarbeit wie Freunde. Da die DFG hinsichtlich ihres Umgangs mit ihren Mitarbeitern genauso „tickt“ wie wir, können unsere Mitarbeiter*innen gelassen dem Wechsel entgegen sehen. Es ergeben sich viele neue Zukunftsperspektiven wie z.B. das Erproben neuer Tätigkeitsbereiche, neuer Standorte und vor allem haben sie plötzlich viele neue Kolleginnen und Kollegen. Die „Familie“ hat Zuwachs, salopp gesagt.

GD: Warum die Deutsche Fachpflege Gruppe?
Die DFG gibt es seit 2011 und sie gehört zu den größten Anbietern außerklinischer Intensivpflege in Deutschland. Die Pflegequalität steht bei ihr ganz oben, und jeder Pflegedienst unter ihrem Dach verpflichtet sich auf einen Ethik-Kodex. Volker Feldkamp, Vorsitzender der Geschäftsführung, ist selbst gelernter Krankenpfleger. Er hat ein Verständnis für die Pflegenden aus eigener Anschauung. Auch mit den weiteren Vorstandsmitgliedern stehen wir seit langem in gutem Kontakt. Die DFG ist ein Unternehmen, dem es um Werte, um den Menschen und um Verantwortung geht.

GD: Welche Perspektiven ergeben sich hieraus?
Für uns persönlich bedeutet es, dass wir an anderer Stelle unsere Arbeit für die Verbesserung der Pflegequalität und die adäquate Versorgung außerklinisch beatmeter Menschen fortsetzen. Ich, Jörg Brambring, werde mich vor allem um das Qualitätsmanagement in der Gesamtgruppe kümmern und voraussichtlich viel reisen. Ich habe mir vorgenommen, zuerst alle Pflegedienste zu besuchen, die unter dem Dach der DFG arbeiten. Ich, Christoph Jaschke, leite die Abteilung Marketing und Öffentlichkeitsarbeit. So kann ich mich auf ein Themenfeld konzentrieren, das ich in der Vergangenheit neben vielen anderen Aufgaben bereits beim HBS managte. Wir beide sind sehr erleichtert, dass wir uns jetzt um andere Bereiche, wie z.B. die Verhandlungen mit den Krankenkassen nicht mehr kümmern müssen. Die führen nun die Expertinnen und Experten der DFG.

GD: Welche Aufgaben stehen an?
Unsere 20jährige Erfahrung wird die DFG bereichern. Wir sehen hier eine echte Win-Win-Situation, die nicht nur unsere Mitarbeiter spüren werden, sondern vor allem unsere Klienten. Wir versprechen uns auch einen deutlichen Qualitätsschub in der Branche. Denn wir machen es Abrechnungsbetrügern schwerer, sich in unserem Markt breit zu machen. Wenn betrügerische Pflegedienste geschlossen werden, haben wir über die DFG die Möglichkeit, Klienten kurzfristig zu versorgen. Schon immer machten wir uns für einen Wettbewerb über die Qualität einer Dienstleistung stark. Diesen stärken wir durch unsere Entscheidung.

GD: Man wird also weiterhin von Jörg Brambring und Christoph Jaschke hören?
Aber sicher. Wir ziehen uns ja nicht auf’s Altenteil zurück, sondern starten noch einmal so richtig durch. Nur auf einem anderen Level und gemeinsam mit einem starken Unternehmen. Wir freuen uns sehr über diese neuen Herausforderungen.

Seit dem 12. Juni 2018 gehört die Deutsche Fachpflege Gruppe nicht mehr Chequers Capital, sondern Advent International („Advent”). Es waren erfolgreiche fünf Jahre mit Chequers Capital. Nun heißt es für die DFG neue Wege gehen. Neue Eigentümerin ist eine der weltweit größten und erfahrensten Beteiligungsgesellschaften, mit der die DFG ihre Wachstumsstrategie durch gezielte Investitionen fortsetzen kann. Sie möchte nicht nur größer werden, sondern gleichzeitig ihre hervorragende Reputation als Anbieter qualitativ hochwertiger Pflege stärken. Advent hat als Investor eine umfangreiche Erfolgsbilanz bei Transaktionen im Gesundheitswesen vorzuweisen. So engagierte sie sich in den vergangenen zehn Jahren in Deutschland u.a. bei den MEDIAN Kliniken, einem führenden Anbieter medizinischer Rehabilitations- und Fachkliniken, und Casa Reha, einem erfolgreich wachsenden deutschen privaten Pflegeheimbetreiber.
Advent setzt auf das bewährte Führungsteam. Die Geschäftsführer der DFG, Volker Feldkamp, Marcus Reinecker und Bruno Crone, bleiben als Gesellschafter an dem Unternehmen beteiligt und werden die DFG weiterhin als Geschäftsführer leiten. Unverändert bleiben auch die Geschäftsführungen der weiteren Mitglieder.
Der Verkauf der DGF an Advent eröffnet neue Zukunftsperspektiven. Weder für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter noch die Patienten, Klienten, Bewohner der WGs und die pflegenden Angehörigen ändert sich etwas durch den Eigentümerwechsel. Die DFG bleibt ihrem Leitspruch „Qualität verbindet“ treu.

Neues Leitungsteam der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH

Helmut Schneiderat

Manuela Seitz

Dorothee Seidl

Seit dem 1. Mai 2018 ist Helmut Schneiderat der Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH. Es erwarten ihn neue spannende Aufgaben.

Der Fachkrankenpfleger für Intensivmedizin & Anästhesie sammelte mehr als 13 Jahre auf mehreren Intensivstationen umfangreiche Berufserfahrung und gehört seit 2009 der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH an. Dort war er seit Januar 2012 Leiter der Niederlassung Südbayern sowie pflegefachlicher Leiter der IHCC-/HBS-Akademie und ist mit allen Belangen in der außerklinischen Intensivpflege vertraut, angefangen bei den 1:1-Versorgungen von Kinder und Erwachsenen bis zur Pflege in einer Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung. Als Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH nimmt er eine wichtige Position als interner Berater an den Schnittstellen zwischen den Geschäftsführern der Deutschen Fachpflege Gruppe (DGF) und den Mitarbeitern des HBS ein. Aufgrund seiner langjährigen Berufserfahrung versteht er es, Personal zu führen und die Mitarbeiter*innen zu motivieren. Wertschätzende Kommunikation und Arbeitsplatzkultur, Markenzeichen des HBS, hat er immer gefördert und wird dies fortsetzen durch Pflege der Bestandsmitarbeiter z.B. über Teamevents und Mitarbeiterentwicklung. Nun ist er auch für die kaufmännische Führung sowie für Projekte und deren Steuerung zuständig. Eine neue Aufgabe wird auch sein, mit den Krankenkassen zu verhandeln. „Ganz besonders wichtig ist es, weiterhin qualifizierte Mitarbeiter*innen zu finden bzw. neue Mitarbeitende für die außerklinische Intensivpflege zu qualifizieren“, so Schneiderat. Er weiß, dass die außerklinische Intensivpflege vor großen Herausforderungen steht und die Gestaltung der Zukunft, im Interesse der betroffenen Menschen und ihrer Angehörigen, entschieden vorangetrieben werden muss. Soeben ist unter Schneiderats Verantwortung, in langjähriger Zusammenarbeit mit einem Fachverlag, eine neue Ausgabe für das unternehmensinterne E-Learning erschienen, in dem es dieses Mal um spezielle Fragen rund um die Bereiche der AIP geht und die auch die MDK-relevanten Themen abbildet. Schneiderat ist mit Leib und Seele in der in der Heim- und Intensivbeatmung tätig und freut sich auf seine neue, spannende Aufgabe, bei der ihm bis Ende 2019 Jörg Brambring und Christoph Jaschke mit Rat und Tat zur Seite stehen.

Neue Niederlassungsleitung in Südbayern

Die neue Leiterin der Niederlassung Südbayern der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH ist Manuela Seitz, bis jetzt die Leiterin der Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in Augsburg. Frau Seitz ist Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin, war Casemanagerin und Pflegedienstleitung bei einem großen ambulanten Pflegedienst, bevor sie zum HBS wechselte. Sie ist außerdem Praxisanleiterin mit Teamleiterqualifikation.

Pflegerische Leitung der neuen Wohngemeinschaft in Bad Kissingen

Im September wird die neue Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in Bad Kissingen eröffnet. Schon jetzt ist Dorothee Seidl in ihrer Funktion als pflegerische Leitung dieser WG in der Hartmannstraße 20 tätig, denn die Vorbereitungen laufen seit langem. Ein wichtiges Feld ist die Akquise neuer Mitarbeiter*innen, damit die Bewohner, die bereits auf der Warteliste stehen, sofort einziehen können.

Frau Seidl hat von 1981 bis 1984 ihre Ausbildung zur Krankenschwester in Duisburg (NRW) gemacht und war nach ihrem Examen bis 1988 auf der Interdisziplinären Intensivstation Duisburg tätig. Dann zog sie nach Oberbayern und war von 1989 bis 1991 Pflegedienstleitung in einem ambulanten Pflegedienst. Von 1991 bis 2011 arbeitete sie auf einer Intensivstation der Chirurgischen Klinik Seefeld. Währenddessen, 2000 bis 2003, absolvierte sie ein berufsbegleitendes Studium Public Health (EU Qualifizierung) und war 2011 bis 2016 Einzelfallgutachter beim MDK Bayern, spezialisiert auf die außerklinische Intensivpflege von Kindern und Erwachsenen. 2016 wechselte sie zur Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH in Bad Kissingen.

Neue Pflege-Wohngemeinschaft in Wuppertal-Elberfeld

Foto: VigeoCare

(v. li. n. re.) Herr Dan Litvan (Geschäftsführung der VigeoCare), Herr Dr. Martin Hamburger (Diakoniedirektor), Frau Maria Schürmann (Bürgermeisterin der Stadt Wuppertal), Herr Maxim Rogover (Geschäftsführung der VigeoCare) und Herr Tim Bokhoua (Geschäftsleitung der VigeoCare).

Am 7. Juni 2018 wurde die Eröffnung der zweiten Pflege-WG von VigeoCare in Wuppertal-Elberfeld gefeiert. Viele Vertreter*innen aus Politik, Wirtschaft, Pflege, der Krankenkassen und Sozialämter waren der Einladung gefolgt.

Neben zahlreichen interessierten Besuchern und Pflegekräften, waren auch Bürgermeisterin Maria Schürmann sowie Diakoniedirektor Dr. Martin Hamburger zu Besuch, um die neue Wohngemeinschaft für intensivpflegebedürftige Patienten zu besichtigen. Es waren viele Gäste aus Politik, Wirtschaft und Pflege vor Ort, sodass es zu einem intensiven Gedankenaustausch über die Parteigrenzen hinweg kam, der hoffentlich fortgesetzt wird. Außerdem konnten Mitarbeiter von VigeoCare Gespräche mit Vertretern der Sozialämter und Kassen führen und ihnen einen Einblick in das Leben und Arbeiten in einer Intensiv-WG geben.

Vorerst werden neun Bewohner in die Pflege-WG einziehen. Jedem Bewohner steht ein Zimmer in einer Größe von 17 qm sowie ein Badezimmer zur Verfügung. Durch die zentrale Lage mit breiten Fußgängerzonen, netten Cafès und einem bunten Kulturangebot haben die Bewohner*innen viele Möglichkeiten, ihre Freizeit zu gestalten. Mit der Pflege-WG in Wuppertal-Elberfeld betreut VigeoCare nun die zweite Pflege-WG in der Stadt. Wohngemeinschaften mit intensivpflichtigen Patienten haben den Vorteil, dass ein familiärer Umgangston herrscht und durch die geringe Bewohnerzahl bleibt mehr Zeit für den einzelnen Menschen. Dies gewährleistet zusätzlich einen hohen Pflegestandard. In den Pflege-WGs von VigeoCare sind Familien und Freunde der Bewohner rund um die Uhr willkommen.

Übrigens: „Vigeo“ stammt aus dem Lateinischen und bedeutet „Lebenskraft“. VigeoCare möchte mit seinem Namen an Begriffe wie Lebenskraft, Lebensenergie und Lebensfreude anknüpfen. „Durch unsere Arbeit versuchen wir einen Beitrag zu leisten, um die Lebenskraft unserer Patienten und deren Angehörigen zu erhalten, neue Lebenskraft und Energie zu wecken und neue Lebensfreude zu ermöglichen. Unsere Arbeit soll einerseits begleiten und unterstützen, andererseits aber auch aktivieren und fördern. Insbesondere in der ambulanten Pflege und Intensivpflege ist dies ein wichtiger und zentraler Baustein eines effektiven patientenorientierten Pflegekonzeptes und trägt entscheidend zu der Stabilisierung des Gesundheitszustandes des Erkrankten und seiner Reintegration in sein soziales Umfeld bei. Der Patient wird als aktiver Partner in Gesundheit, Prävention, Krankheit und Rehabilitation gesehen. Dabei hilft die Bezugspflegekraft, den Patienten in seiner Selbständigkeit, Selbsthilfe und Selbstbestimmung zu unterstützen und ihn dazu zu befähigen, ein möglichst „normales” Leben zu führen.

Mehr unter www.vigeo.care

Foto: VigeoCare

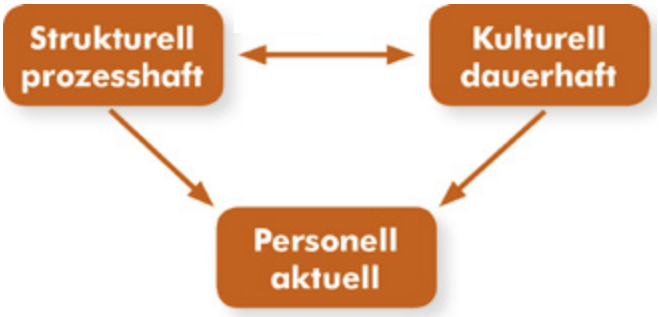
Mach mit! **deutschefachpflege.de/karriere/**

Aggression und Gewalt in der Pflege

Der Wunsch der Menschheit nach einer gewaltfreien Welt besteht seit Jahrhunderten. Und doch zeigt uns die Wirklichkeit täglich, dass menschliches Miteinander oft durch Aggressionen und Gewalt geprägt ist. Dies gilt leider auch in der Pflege. Aggressionen, Gewalt und Misshandlungen gegen Pflegebedürftige wie auch Pflegende, im häuslichen Bereich wie auch in Einrichtungen oder Krankenhäusern sind ein gesellschaftliches Problem, das häufig verneint oder verschwiegen wird. Gründe für das Schweigen sind persönliche Scham, Angst vor Repressalien, Stigmatisierung, Diffamierungsängste, auch die eigene Hilflosigkeit, das Ausgeliefertsein der Betroffenen spielen hier eine Rolle. Meldungen von Gewalt und damit das Aufdecken einer Straftat im pflegerischen Bereich sind im Vergleich zu den geschätzten Fällen mehr als gering.

Viele professionell Pflegende oder pflegende Angehörige haben sich schon in Situationen befunden, in denen die Gewalt eskaliert ist. Und seien wir ehrlich: Die eine oder andere Form von Gewalt hat jeder schon einmal bewusst oder unbewusst am Bewohner/Pflegekunden ausgelassen. Entweder aus Zeitdruck und Überforderung oder aus Unverständnis oder eigenem Unwohlsein usw.
Doch was ist es, was zu solchen Reaktionen führt? Niemand will andere Menschen bewusst oder absichtlich verletzen, demütigen oder ihnen Schaden zufügen. Warum ist gerade in solchen Situationen die Hemmschwelle niedrig?
Aggression oder Gewalt können sich in vielen verschiedenen Arten und Weisen äußern. Und das umfasst alle Lebensbereiche. Hierbei ist zu bedenken, dass immer aus Sicht des Pflegebedürftigen und aus Sicht der Pflegenden (professionell, wie auch familiär) die Dinge betrachtet werden müssen. Beide sind „Opfer“ und häufig auch gleichzeitig „Täter“.
Der Begriff „Gewalt“ kommt aus dem Althochdeutschen von „waltan“ und bedeutet „stark sein, beherrschen“.
Die WHO (2) definiert Gewalt wie folgt: „Ein absichtlicher Gebrauch von angedrohtem oder tatsachlichem körperlichen Zwang oder physischer Macht gegen die eigene oder andere Person, gegen eine Gruppe oder Gemeinschaft, der entweder konkret oder mit hoher Wahrscheinlichkeit zu Verletzungen, Tod, psychischen Schäden, Fehlentwicklungen oder Deprivation führt.“
Vereinfacht ist also unter Gewalt jedes Mittel zu verstehen, welches eingesetzt wird, um einem anderen Menschen den eigenen Willen aufzuzwingen oder ihn etwas machen zu lassen, was er/sie persönlich nicht will. Daher findet eine Anwendung von Gewalt oder Entladung von Aggressionen häufig an jenen Menschen statt, die sich nicht wehren können.
Nach Schätzung der WHO werden in wirtschaftlich entwickelten Ländern mindestens 4 - 6 % der alten Menschen in ihrem Zuhause vernachlässigt oder gar misshandelt. Viele dieser Misshandlungen werden nicht gemeldet, da es in der Regel eine langjährige Beziehung zwischen dem Pflegenden und dem zu Pflegenden gibt. Die Pflegenden sind hier als „Täter“ nicht nur Pflegefachkräfte, sondern häufig geschieht dies durch pflegende Angehörige. (3)

Formen der Gewalt
Zu unterscheiden sind zwei Formen von Gewalt: die **personelle** und die **strukturelle** Gewalt. (1)
1. **Personelle Gewalt**: ist eine **direkte** Form von Gewalt, die (beabsichtigt) zu einer physischen oder auch psychischen Schädigung von Menschen, Lebewesen oder Sachen führen kann.
2. **Strukturelle Gewalt**: ist eine **indirekte** Form von Gewalt, sie kann unabhängig von Personen existieren. In der Pflege ist z.B. zu nennen: zu wenig Personal, zu wenig Zeit, zu lange Lagerungszeiten, zu lange Abstände zur Inkontinenzversorgung, Missachtung im Betreuungsrecht, freiheitsentziehende Maßnahmen usw.



	Beispiele
Strukturell prozesshaft	Mangelnde Diagnostik, mangelhafte Lebensräume, Sicherheit vor Lebensqualität, inhumane Arbeitsbedingungen, unzureichende Kontrollinstanzen, unzureichender Personalschlüssel, unnötige Einrichtung von Betreuung, mangelhafte Qualifizierung des Personals, unzureichende Durchsetzung von Gesetzen, monetäre Einschränkung vor ethischer Pflicht
Kulturell dauerhaft	Akzeptanz von Gewalt, Vorurteile gegen das Alter, Pflegeverpflichtung für Frauen, Scham der Opfer vor der Öffentlichkeit, starre intergenerative Beziehungsmuster, „Sendungsbewusstsein“ der Professionellen, Ungleichheit psychisch und körperlich Kranker
Personell aktuell	Symptome nicht ernst nehmen, beschämen, bloßstellen, drohen, sexuell belästigen, vergewaltigen, beschimpfen, anschreien, beleidigen, schlagen, verletzen, fesseln, einsperren, Medikamente vorenthalten, überdosieren, Nahrung vorenthalten, vernachlässigen, isolieren, finanziell ausbeuten.

Anhand des Modells von Galtung 1993; Hirsch 2001 (4) lässt sich erkennen, dass Gewalt eine massive Beeinträchtigung menschlicher Grundbedürfnisse ist und diese oft in den Anfängen schon vermeidbar wäre. Häufig spielen hier mehrere Faktoren eine Rolle, z.B. der Belastungsfaktor, Unterbesetzung, Zeitdruck und persönliche Probleme. Bei Überschreitung der Belastungsgrenze ist der Pflegende gereizt und genervt. Das wiederum führt zum vorübergehenden Wegfall der Hemmschwelle.

FALLBEISPIEL

Die Pflegefachkraft Ulrike sitzt nach dem Nachtdienst zur Übergabe weinend und völlig aufgelöst im Stationszimmer des Wohnbereichs. Die Pflegekraft aus der Frühschicht fragt sie, ob es einen privaten oder beruflichen Grund für ihren Zustand gibt und ob sie mit ihr darüber reden möchte. Ulrike gibt an, sie habe sich in der letzten Nacht selbst nicht wiedererkannt. Dies mache ihr Angst. Sie erzählt unter Tränen, dass es in der Nacht sehr unruhig bei den Bewohnern zuging. Ein Magen-Darm-Virus kursiert im Haus und sie konnte nur mit Müh und Not die 30 Bewohner des Wohnbereichs versorgen. Dazu kam, dass es ihre 5. Nacht war und sie am Vortag schlecht geschlafen habe. Dazu bemerkte sie bei sich selbst auch schon die ersten Anzeichen einer Magen-Darm-Grippe und fühlte sich ausgelaugt und müde.
Sie ist eine stets zuverlässige, verantwortungsbewusste und bei den Bewohnern sehr beliebte Fachkraft und geschätzte Kollegin. In dieser Nacht waren einige Bewohner eingestuhlt und mussten gewaschen werden. Eine adipöse bettlägerige Bewohnerin, die unter schwerer Demenz litt und auch am Tag sehr schwer im Umgang war, sträubte sich gegen diese Maßnahme und wollte sich nicht reinigen lassen. Sie kniff und schlug um sich, beruhigende Worte und sonstige Maßnahmen halfen nicht. Ulrike schilderte, wie sie spürte, dass in ihr immer mehr die Wut hochstieg. Sie wollte doch nur helfen! Sie fasste die Bewohnerin immer grober an, um die Inkontinenzeinlage wechseln zu können. Diese reagierte auf die Intervention und wehrte sich noch vehementer gegen die Pflege.
Die Situation eskalierte, in dem die Bewohnerin der Pflegekraft in die Unterseite ihres Oberarms kniff. Als Reflex auf den Schmerz schlug diese die Bewohnerin mit der flachen Hand kräftig auf den Hintern. Völlig erschrocken vom eigenen Handeln, ließ Ulrike von der Bewohnerin ab und verließ unverrichteter Dinge das Zimmer. Erst später konnte sie die Bewohnerin einigermaßen versorgen, aber Sorgen und Ängste über das, was geschehen war, ließen ihr keine Ruhe. Sie fühlte sich als Opfer, aber gleichzeitig auch als Täterin, genauso wie die Patientin ein Opfer von Aggression und Gewalt war. Am erschreckendsten fand Ulrike, dass sie von sich selbst der Meinung war, als Fachkraft solchen Situationen begegnen zu können. Jetzt hatte sie in ihren Augen auf ganzer Linie versagt.

Beispiel „Freiheitsentziehende Maßnahmen“

Freiheitsentziehende Maßnahmen sind als schwerwiegender Eingriff einzustufen, ob aus Vorsorge, Verantwortungsbewusstsein, Haftungsangst oder aus Hilflosigkeit im Umgang mit solchen Erkrankten. Es ist ein Eingriff in die Grundrechte des Menschen.
Im Artikel 1 Grundgesetz steht: „Die Würde des Menschen ist unantastbar.“ Die Aufhebung dieses Grundrechtes ist nur nach eingehender Überprüfung und mit einer richterlichen Genehmigung zulässig. Eine Ausnahme kann eine kurzfristige Anwendung einer freiheitsentziehenden Maßnahme in einer akuten Gefahrensituation sein, oder ein urteilsfähiger Pflegebedürftiger willigt in solche Maßnahmen zu seinem Schutz ein.

Zu den freiheitsentziehenden Maßnahmen gehören:

- Jegliche Art mechanischer Fixierungen, z.B. Bettgitter, Bettgurte für den Körperbereich, Extremitätenfesseln, Stecktische, Ganzkörperanzüge
- Einsperren des Pflegebedürftigen, Zimmer abschließen, Isolation, komplizierte Schließmechanismen, elektronische Fußfesseln, gesicherte Aufzüge
- Sedierende Medikamente, z.B. Schlafmittel, Psychopharmaka
- Verweigern von notwendigen Hilfsmitteln wie Rollator, Rollstuhl, Schuhe, Bekleidung, Brille usw.

Häufig werden solche Maßnahmen sowohl in Pflegeeinrichtungen als auch in der häuslichen Pflege ohne richterlichen Beschluss eingesetzt.

Beispiel „Sexualisierte Gewalt“

„Sexualisierte Gewalt“ von Pflegebedürftigen kann Männer als auch Frauen jeden Alters treffen. Viele schweigen aus Angst davor, dass ihnen keiner glaubt. Wenn es im häuslichen Bereich durch Ehe-/Lebenspartner, Verwandte, Bekannte usw. zu Übergriffen kommt, wollen die Betroffenen die Täter nicht diskreditieren.

Mit zunehmendem Alter oder bei körperlichen Beeinträchtigungen und/oder geistiger Einschränkung nimmt die eigene Fähigkeit ab, Hilfe zu organisieren. Egal, bei wem ein sexueller Übergriff stattfindet, handelt es sich bei den Tätern meist um Männer.
In ihrem „European Report on Preventing Elder Maltreatment“ (übersetzt: Europäischer Bericht zur Prävention der Misshandlung alter Menschen, WHO, 2011) schätzte die Weltgesundheitsorganisation die Prävalenz des sexuellen Missbrauchs von Menschen über dem 60. Lebensjahr auf 0,7 %! Sexuelle Gewalt gegen alte Menschen, vor allem bei pflegebedürftigen Menschen, wird wegen des asexuellen Altersbildes viel deutlicher tabuisiert. Die fehlende Attraktivität von Pflegebedürftigen als Sexualobjekt scheint sexuelle Gewalt auszuschließen.
Pflegekräfte müssen diesem besonderen hilfebedürftigen und verwundbaren Personenkreis mit seiner kognitiven wie auch funktionell hochgradigen Eingeschränktheit besondere Beachtung schenken. Das geschieht durch Hinsehen, Zuhören, Vertrauen schaffen. Ebenso durch geschultes Fachpersonal, das bei vermuteten Vorfällen adäquat reagieren kann.
Wichtig ist, einen offenen Austausch zu schaffen, um diesem Thema Raum zu geben und es transparent zu machen. Nicht, es zu tabuisieren. Nur so können Präventionsansätze und -maßnahmen erarbeitet werden. Wie z.B.:

- innerhalb eines Teams die Mitarbeiter zum Thema „Sexualmissbrauch“ zu sensibilisieren und zu schulen
- Wie kann man sexuellen Missbrauch erkennen, zeitnah und durch sorgfältige medizinisch-pflegerische Befunderhebung bei vermuteten Vorfällen?
- Schulungen zum Thema „Sexualität in der Pflege“
- bei Bedarf regelmäßige Supervisionen
- z.B. Gesprächsführung mit Betroffenen erlernen

Gerade in der familiären Pflege ist die Belastungsgrenze eher niedrig anzusehen. Die Pflegesituation kommt für Angehörige meistens sehr überraschend. Der Anspruch, den eigenen Angehörigen zu versorgen, ist da und stellt den Lebensalltag innerhalb einer Familie erst mal auf den Kopf. Oft geht dies mit finanziellen Einbußen, fehlender Lebensqualität, Einschränkungen usw. einher.
Häufig gibt es Konfliktbeziehungen innerhalb dieser Gemeinschaft, die jetzt wieder zum Tragen kommen. Die-

se körperliche und seelische Belastung des Pflegenden kann problematisch werden. Viele erkennen zu spät ihre Belastungsgrenze. Manche Menschen fühlen Versagensängste und haben Schuldgefühle, diese reichen über Enttäuschung und Wut bis Scham usw.

Weitere Ausdrucksformen von Aggression, Gewalt und Zwang im Pflegealltag

Beim Kommunizieren oder im sozialen Bereich: Bevormundung, Sprechverbot, unaufgefordertes „Duzen", allgemeine Respektlosigkeit, respektlose Anrede und abfälliges Kommunizieren, Augen verdrehen, Grimassen schneiden, tuscheln, abfällige Wörter verwenden wie „sabbern, stinken" usw., Hilfsmittel wie Hörgeräte oder Brille verweigern, Orientierungshilfen wegnehmen, Klingel entfernen, demütigendes Verhalten.

Bei Bewegung und Lagerung: Jede Form von Fixierung, der der Pflegekunde nicht zugestimmt hat; Verweigerung von Hilfsmitteln (Lifter, Rollstuhl); Verweigerung von Mobilisation oder Zwangsmobilisation; zu lange in unbequemen Positionen liegen oder sitzen lassen; bei Lagerungen grob an den Extremitäten ziehen, Gelenke nicht unterstützen; Tätigkeiten werden dem Pflegekunden abgenommen, die er selbst noch ausführen könnte, aus Zeitmangel, weil es sonst nicht schnell genug geht.

Bei der Pflege, beim An- und Auskleiden, Privatsphäre: Grobes Anfassen bei der Körperpflege; Grundpflege zu Zeiten durchführen, die nicht den Wünschen des Pflegekunden entsprechen; Grundpflegeleistungen durchführen, obwohl der Pflegekunde noch auf der Toilette oder dem Toilettenstuhl sitzt und seine Ausscheidung tätigt; Pflegemittel anwenden, die nicht gemocht oder nicht vertragen werden; Körperpflege erzwingen, z.B. Zwangsduschen, Fingernägel reinigen oder schneiden; Zwangskleidung; Pflegekunde bleibt den ganzen Tag in Nachtbekleidung.

Sexualität: Sich über Sexualität bei Behinderung oder im Alter lustig machen; mangelnde Beachtung der Intimsphäre; nicht einvernehmlicher Intimkontakt; sexuelle Andeutungen; sexuelle Berührungen; Missbrauch von Abhängigen

Vitale Funktionen des Lebens aufrechterhalten: Bedürfnisse nach Wärme oder Kälte nicht nachkommen bzw. abwerten; Nicht oder zu viel oder unangemessen lüften; Medikamente nicht verabreichen; Medikamentenmissbrauch zur Ruhigstellung; bewusster Entzug von Schmerzmedikamenten; Medikamente zu schnell oder ohne ein Glas Wasser zum Nachspülen verabreichen; Vitalzeichen, z.B. Blutdruck, Blutzucker, sehr grob kontrollieren, ohne den Pflegekunden hinreichend zu informieren; schmerzhaft Verbände wechseln, ohne vorherige Gabe von Schmerzmitteln

Bei der Nahrungsaufnahme: Gewohnheiten und Bedürfnisse missachten; Plastikgeschirr und „Lätzchen" verwenden; Vorenthaltung von Ess- und Trinkhilfen; sich keine Zeit fürs Anreichen der Nahrung nehmen, das Anreichen vorzeitig beenden; Temperatur des Essens vor Eingabe nicht kontrollieren; Nahrung und Getränke für den Pflegekunden unerreichbar positionieren; Essen eingeben, während der Pflegekunde auf dem Toilettenstuhl sitzt; passierte Kost geben, obwohl der Pflegekunde auch andere Nahrung zu sich nehmen könnte, Nahrungseingabe verweigern, nicht auf Durstgefühl eingehen; gewaltsame Essenseingabe

Bei der Ausscheidung: Pflegekunden nach dem Stuhlgang nicht pflegen und darin liegen lassen; Dauerkatheter ohne Indikation; Katheter grob legen, Pflegekunden dabei festhalten; digitales Ausräumen; Abführmittel geben, obwohl es erstmal andere Alternativen gäbe; Einbringen von Analtampons; unreflektierter Einsatz von Inkontinenzmaterialien; auf dem Toilettenstuhl sitzen lassen

Ruhen und schlafen: Schlafmittel/Beruhigungsmittel ohne Einverständnis geben; Zwangsmittagsschlaf; zu früh zu Bett bringen; Vorenthalten vertrauter Schlafrituale; nachts die erwünschte Hilfe verweigern, z.B. Durst, Mobilisation, Lagerung, Licht anlassen usw.

Soziale Bereiche, Beschäftigung, existentielle Erfahrungen: Pflegekunden nicht zu Feiern oder gewünschten Veranstaltungen bringen; immobile Pflegekunden mit lautem Fernseher oder Radio beschallen; Pflegekunden sich selbst überlassen oder isolieren; keine Außenkontakte zulassen; soziales Umfeld verkümmern lassen, reizarmes Umfeld; keine geistige Aktivität anbieten; religiöse Bedürfnisse, Kirchgang missachten; Gesprächsbedürfnisse nicht ernst nehmen oder den Pflegekunden mit Phrasen abspeisen; körperliche Gewalt wie z.B. Knuffe, Zwicken, Schläge.

Einige Dinge mögen vielen Pflegekräften bekannt vorkommen? Die eine oder andere Form in dieser Aufzählung haben die meisten Pflegenden schon mal bewusst oder unbewusst ausgeführt. Wie sich anhand der Beispiele erkennen lässt, sind Aggression und Gewalt nicht immer sofort ersichtlich. Sie sind sehr facettenreich und nicht immer eindeutig zu erfassen. Hier spielen auch kulturelle, historische und soziale Beweggründe eine Rolle und unsere gesellschaftlichen Normen prägen auch die Einstellung zur Gewalt.

Einige Pflegende finden den Weg, sich Hilfe zu holen und über das Erlebte zu sprechen. Die psychische und physische Reaktion im Gespräch ist ihnen deutlich anzumerken, angefangen von starker Anspannung und innerer Erregung, Unruhe, Herzrasen, Atemlosigkeit über das Erlebte und ihren Reaktionen bis hin zu Scham, Angst, Verzweiflung, Resignation und Selbstzweifeln. Andererseits gibt es Pflegende, die schon völlig abgestumpft diesen Krisensituationen begegnen und alles ignorieren, oder jene, die dann versuchen, solche Situationen zu bagatellisieren.

Deshalb ist es so wichtig, das eigene Handeln immer zu reflektieren und zu hinterfragen. Nur so können wir in der Zukunft solche gewalttätigen Handlungen an Pflegebedürftigen verhindern.

Aggression und Gewalt – ausgehend von Pflegebedürftigen

Das Problem mit Aggression und Gewalt ist im gleichen Sinne auch auf Pflegekunden anzuwenden. Jeder, der in einem Pflegeberuf arbeitet oder als pflegender Angehöriger tätig ist, kennt solche Situationen. Verbale Angriffe bis hin zu tätlichen Angriffen wie Kneifen, Kratzen, Beißen, Anspucken usw. sind keine Seltenheit. Gerade in der Pflege und im Umgang mit psychisch kranken Menschen sind Pflegende sehr häufig mit unfreundlichen oder aggressiven Menschen konfrontiert. Diese ständige Konfrontation steigert bei den Fachkräften nachweislich die emotionale Belastung und damit steigt die Gefahr der Burn-out-Erkrankungen. Auch Pflegende in der häuslichen Versorgung sind im Umgang mit ihren Angehörigen oft allein und können sich dem Angehörigen gegenüber nicht zur Wehr setzen. Aus Scham vor

Gerede, aus Schuldgefühlen kommen diese Probleme in der Familie meist nicht zur Sprache.
Bei eskalierenden Aggressionen zwischen Bewohnern/Pflegekunden und Pflegekräften geht es meist um Selbstbestimmung und ist im Allgemeinen sehr oft emotional abhängig. Hier können Ärger und Wut des Bewohners/Pflegekunden Potenzial für Gewaltausbrüche sein.

Auslöser für Situationen, in denen es zu Gewalt kommt, sind für Bewohner/Pflegekunden (5)

- eigene Unzufriedenheit, fehlende Lebensqualität, fehlender Umgang mit sozialen Kontakten, Aversionen gegen bestimmte Personen, fehlende Intimsphäre
- sich abhängig fühlen, sein Leben nicht mehr selbst bestimmen können, immer von einer Pflegekraft umgeben zu sein, Rollenwechsel, mit dem Schicksal nicht zurecht- kommen
- Bewegungseinschränkungen verstärken bei Menschen mit Demenz das Gefühl des Ausgeliefertseins und sie versuchen, dagegen aufzubegehren.
- Angst vor der Zukunft, Ängste allgemein, Hilflosigkeit, Verzweiflung, fehlender Aggressionsabbau
- Krankheitsbedingte Verhaltensänderungen (z.B. Demenz – erlernte und praktizierte Konfliktbewältigungen greifen nicht mehr), körperliche Beeinträchtigungen, Halluzinationen usw.
- Umfeld – viel Trubel, keine Ruhe finden, Unruhezustände, Schlaflosigkeit, Reizüberflutungen am Tag, z.B. durch Fernsehen, ewige Beschallung mit Musik
- Gewaltbereitschaft und Aggression auch durch Freiheitsentzug – man versucht, unruhige und agitierte Pflegebedürftige mittels Fixierung zu bändigen und löst damit noch mehr Ängste und Aggressionen aus.
- Medikamenten-induzierte Aggressionen

GEWALT IN DER HÄUSLICHKEIT

Bestimmte Bedingungen und Umstände leisten riskanten Konstellationen Vorschub. Dieses wurde in einer qualitativen Studie in 90 häuslichen Pflegearrangements (Nägele et al. 2010) herausgefunden: 5)

- Die Qualität der Beziehung wurde vor Pflegeübernahme als schlecht beschrieben.
- Die Beziehung zwischen der pflegenden und der pflegebedürftigen Person war stark hierarchisch geprägt.
- Die Pflegeperson sah sich mit aggressivem und schwierigem Verhalten des oder der Pflegebedürftigen konfrontiert.
- Die oder der pflegende Angehörige war selbst in schlechter physischer oder psychischer Verfassung.
- Die oder der pflegende Angehörige neigte zu Substanzmissbrauch.
- Es mangelte den Angehörigen an Wissen um Krankheitssymptome und-verläufe.
- Die wirtschaftliche Lage des Haushaltes war prekär.
- Es gab Hinweise auf eine primär finanzielle Motivation der Aufrechterhaltung der Pflege.

Regeln im Umgang mit Aggression und Gewalt für Pflegekräfte (5)

Deeskalierendes Arbeiten richtet sich gegen Aggression und Gewalt. Es bedeutet, die gefährlichen Situationen zu deuten, zu verstehen, vorzubeugen und zu verändern.

- Wenn Pflegekräfte bei Kollegen oder Angehörigen Aggressionsbereitschaft erkennen, sollten sie versuchen, diese zu einem Gespräch zu bewegen, um Lösungen zu schaffen.
- Hilfe anbieten bzw. sich fachkundige Hilfe (z.B. Psychologe) hinzuholen.
- Sollten Pflegekräfte bei sich selbst ansteigende Wutgefühle oder Aggressionsbereitschaft bemerken bzw. ihnen der professionelle Abstand zu ihrem Bewohner/Pflegekunden fehlen und sie immer wieder spüren, dass eine Situation ihnen entgleitet – einen vertrauten Kollegen/in um Hilfe bitten.
- kritische Situationen melden. Diese dann im gesamten Team besprechen, um solches Aggressionspotenzial zu entschärfen.
- Für Außenstehenden kritische Situation nachvollziehbar und klar dokumentieren. An Zeitangabe denken und die Situation möglichst sachlich darstellen.

Verhaltensmaßnahmen bei Verdachtsfällen im Kollegenkreis (6)

Wenn eine Pflegekraft einen konkreten Verdacht gegenüber einem Kollegen hegt, sollte sie diesem Verdacht nachgehen. Die schlechteste Lösung ist, nichts zu sagen und zu tun.
Folgende Verhaltensmaßnahmen sind je nach Schwere des Verdachts angebracht:

- Konkretes Beweismaterial von gewalttätigen Pflegesituationen zu sammeln. Wichtig ist, falsche Eindrücke oder falsch beurteilte Situationen zu vermeiden.
- Vertrauten Kollegen oder Vorgesetzte informieren und Auffälligkeiten erfragen. Nicht den Verdacht für sich behalten. Einige Einrichtungen und ambulante Dienste haben im Rahmen eines Gewaltpräventionskonzeptes schon spezielle Ansprechpartner für solche Fälle benannt.
- Bei Verdachtsbestätigung – Mitarbeiter mit seinem Fehlverhalten im Vieraugengespräch konfrontieren, Gewalt nicht tolerieren, offen, sachlich ansprechen. Wenn sich ein Verdacht bestätigt hat, ist es immer Leitungsaufgabe, die nächsten Schritte einzuleiten.
- Schwächen dürfen angesprochen werden, Hilfestellung anbieten,
- die Grenzen seiner Belastbarkeit anerkennen.
- Gründe ermitteln, Lösungen finden, Schwierigkeiten lösen „ohne Sanktionen“, Mitarbeiter bleibt unter Beobachtung, evtl. zu zweit pflegen
- Grenzen aufzeigen, auch auf „arbeitsrechtliche Konsequenzen“ hinweisen
- Nach Schwere der Handlung und Beweisführung unmittelbare Konsequenz wie Abmahnung, Kündigung und strafrechtliche Verfolgung durch polizeiliche Anzeige.

Deeskalationsmöglichkeiten für Pflegekräfte (5)

Während ein einsichtiger Bewohner/Pflegekunde meist Regeln, Anordnungen und Tages-, Routineabläufe (strukturelle Gewalt) als notwendig anerkennt, erlebt ein uneinsichtiger Patient solche Maßnahmen als Aggression gegen sich und reagiert entsprechend. Damit Situationen nicht eskalieren, sollten Pflegekräfte Folgendes beachten:

- Person mit Höflichkeit und Respekt, Aufrichtigkeit und Empathie begegnen. Deren Bedürfnisse ernst nehmen.

- Aufgeregte und angespannte Person mit Namen ansprechen.
- Drohgebärden vor der Person vermeiden (erhobener Zeigefinger, breite Körperaufstellung, verbale Drohungen usw.).
- Ruhig, langsam und mit leiser Stimme sprechen. Den Ton nicht erheben.
- Versuchen, die Person abzulenken, oder aus der Situation herauszugehen.
- Nicht auf Diskussionen einlassen und nachgeben.
- Nicht auf dem eigenen Recht bestehen.
- Sarkasmus und Ironie vermeiden.
- Situation nicht ins Lächerliche ziehen.
- Versuchen, die eigene Körperspannung zu reduzieren (tief durchatmen).

Pflegekräfte können sich selbst reflektieren

Ebenso wichtig ist es, das eigene Handeln zu reflektieren, zu hinterfragen. Warum verhalte ich mich so? Was passiert da gerade? Wie ist meine Sichtweise der Dinge? Pflegekräfte können die eigene Selbstkontrolle üben, indem sie sich mit folgenden Fragen auseinandersetzen (5):

- Welche Situationen führen zu den Konflikten?
- Ist ein gleichbleibender Ablauf bis zur Eskalation zu erkennen?
- Gibt es immer gleichbleibende Personen oder Situationen?
- Steht die Reaktion im Verhältnis zum Auslöser des Konfliktes?
- Aus welchen Gefühlen ist die aufsteigende Wut entstanden (z.B. Angst, Schmerz, Enttäuschung usw.)?
- Welche Handlungen könnten dazu beitragen, solche Konflikte zu vermeiden oder zu entschärfen?
- Könnte eine Überforderung Ursache der Eskalation sein?

Es gibt diverse Möglichkeiten, um schon im Vorfeld der Eskalation vieles einzudämmen. Die Haltung der Pflegekräfte zu den ihnen anvertrauten Menschen ist hierbei sehr wichtig, der gesunde Menschenverstand.

Veröffentlichung des Artikels mit freundlicher Erlaubnis des dck media Verlages.

Literatur

1 „Gewalt und Aggression in der Pflege“ BGWforschung von Hierschberg, K.-R.; Kähler, B.
2 „WHO“ zitiert in Kühn, M. „Gewalt am Arbeitsplatz In: Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.) Psychische Belastungen am Arbeits- und Ausbildungsplatz – ein Handbuch. Phänomene, Ursachen, Prävention. München, 2005
3 Handeln statt Misshandeln (HsM) Bonner Initiative gegen Gewalt im Alter e. V., WHO – Pressemitteilung vom 9.Juni 2008; http://www.hsm- bonn.de
4 „Triade der Gewalt gegen Menschen“ Galtung, Hirsch, Kulturelle Gewalt. In: Landeszentrale für politische Bildung BW (Hrsg.) Aggression und Gewalt. Stuttgart, Kohlhammer, 1993: 52-73
5 „Gewaltprävention in der Pflege“ Zentrum für Qualität in der Pflege, Juni 2015
6 „Professionelles Deeskalationsmangement“ (ProDeMa) Praxisleitfaden zum Umgang mit Gewalt und Aggression in den Gesundheitsberufen, Ralf Wesuls, Thomas Heinzmann, Ludker Brinker, Herausgeber: Unfallkasse Baden-Württemberg, Stuttgart, Abt. Prävention (www.prodema-online.de)

FALLBEISPIEL

Die Pflegefachkraft Ulrike aus dem Beispiel hat am Morgen nach ihrer „Tat“ gleich richtig gehandelt. Sie hat ihrer Kollegin von dem Ereignis in der Nacht erzählt. Die Wohnbereichsleitung hat dies zum Anlass für eine außerordentliche Teamsitzung genommen. Ulrike konnte die Nacht in der Sitzung noch einmal schildern und im Team gemeinsam reflektieren. Gemeinsam wurden im Team verschiedene Lösungsstrategien für solche oder ähnliche Situationen entwickelt.

Statistik 1

Pflegende Angehörige von Demenzkranken in Deutschland geben an (5),

- ~ 21 % – gegenüber den Pflegebedürftigen oft/sehr oft lauter zu werden
- 9,5 % – voll Groll zu sein, was Angehöriger einem zumutet
- 2,5 % – häufiger Drohungen/Einschüchterungen auszusprechen
- 1 % – den Pflegebedürftigen oft/sehr oft härter anzufassen

Statistik 2

503 Pflegekräfte ambulanter Pflegedienste in Deutschland berichten ... (5)

- ~ 40 % – von problematischem Verhalten (>1 x) in den letzten 12 Monaten gegenüber Pflegebedürftigen
- 21 % – von physischer und verbaler Misshandlung
- 19 % – von pflegerischer Vernachlässigung
- 9 % – von physischer Gewalt

Angelika Rathgeber
examinierte Krankenschwester, Dozentin für Erwachsenenbildung im Gesundheitswesen, Referentin beim MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress

NEURO 2018 ermöglicht Austausch und Fortbildung

Tagung bringt Fachpublikum und Betroffene zusammen

Welchen Einfluss hat der Darm auf neurologische Erkrankungen wie Multiple Sklerose und Morbus Parkinson? Wie können Impulskontrollstörungen bei Parkinson zukünftig behandelt werden? Fragen wie diese thematisieren Wissenschaftler aus ganz Deutschland beim Forum für Wissenstransfer in der Neurologie, NEURO 2018. Am Sonnabend, 20. Oktober, richtet die Messe Bremen die Tagung für Mediziner, Therapeuten, Pflegende sowie Patienten und Angehörige in Bremerhaven.
Für die Gesundheitsberufe bietet NEURO ein Update zu Diagnostik und Therapie der beiden neurologischen Erkrankungen. Betroffene können sich hier ebenso auf den neuesten Stand bringen und nicht nur untereinander austauschen. „Alle Teilnehmer können mit renommierten Medizinern ins Gespräch kommen. Gerade das zeichnet die Tagung neben der hohen Qualität der Vorträge aus“, sagt Kordula Grimm, Projektleiterin bei der Messe Bremen.
Das Konzept von NEURO: Erkenntnisse aus Wissenschaft und Praxis zu Ursachen, Diagnostik und Therapieformen werden zweifach vermittelt, separat für Fachpersonal und für Betroffene. So spricht unter anderem Dr. Thorsten Rosenkranz von der MS-Ambulanz der Asklepios Klinik St. Georg in Hamburg über die neue Immuntherapie bei Multipler Sklerose. Eine Übersicht über die Therapiemöglichkeiten für Parkinsonpatienten gibt Professor Dr. Alexander Storch von der Klinik und Poliklinik für Neurologie in Rostock-Gehlsdorf. Weitere Referenten berichten über neue Behandlungsansätze für Schlaf- oder Blasenentleerungsstörungen, von Energielosigkeit und anhaltender Erschöpfung, auch Fatigue genannt. Ergänzt wird das Vortragsprogramm durch Bewegungskurse für Betroffene und deren Angehörige.
Die Tagung wird seit 2014 von der Messe Bremen organisiert. Kooperationspartner ist die Patienteninitiative in der Deutschen Multiple Sklerose Gesellschaft und Deutschen Parkinson Vereinigung, Landesverband Bremen.
In der angeschlossenen Industrieausstellung informieren auch rund 27 Aussteller, darunter u.a. Reha-Zentren, Patienteninitiativen und Hilfsmittelhersteller, über neue Behandlungsmöglichkeiten.
NEURO 2018 findet statt am Sonnabend, 20.10.2018, von 9.30 - 16 Uhr im Atlantic Hotel Sail City in Bremerhaven. Der Eintritt beträgt für Betroffene 10 Euro, für Therapeuten und Pflegende 15 Euro sowie für Ärzte 20 Euro. Die Tagungsteilnahme ermöglicht den Erwerb von Fortbildungspunkten.
Weitere Infos: www.neuro2018.de.

NEURO 2018
BREMERHAVEN | 20.10.2018

Fünf Vorschläge für „mehr PflegeKRAFT“

Der Pflegebevollmächtigte der Bundesregierung, Andreas Westerfellhaus, hat fünf Vorschläge für eine „gute und verlässliche Pflege“ gemacht.

Die unter dem Titel „mehr PflegeKRAFT“ veröffentlichten Maßnahmen seien eine Ergänzung zu den von Gesundheitsminister Spahn vorgelegten Punkten, heißt es in dem Positionspapier. Das Akronym KRAFT steht für Kopfprämien für Rückkehrer und Azubis, Faire Arbeitsbedingungen und Teilzeit aufstocken. Konkret schlägt Westerfellhaus vor:

1. Attraktive Prämien zwischen 1.500 und 5.000 Euro für Berufsrückkehrer, Teilzeit-Aufstocker, Ausbildungsabsolventen sowie Bindungsprämien.
2. Ein auf drei Jahre befristetes „80:20-Modell“, in welchem Vollzeitkräfte entweder einen Treuebonus bekämen, wenn sie 100 Prozent weiterarbeiteten, oder ihre Arbeitszeit auf 80 Prozent ohne Abschlag reduzieren könnten. In der freien Zeit dürfe keine Nebentätigkeit ausgeübt werden, sie solle der Regeneration dienen.
3. Bonuszahlungen an gute Arbeitgeber, wenn diese „innovative Konzepte für attraktive Arbeitsbedingungen“ einführten. „Mit einem solchen Bonus können Maßnahmen eines Arbeitgebers für mehr Dienstplanstabilität und weniger Rückrufen aus dem Frei, mitarbeiterorientierte Arbeitszeitmodelle, Gesundheitsförderung der Beschäftigten, jährliche Fortbildungen der Führungskräfte mit Personalverantwortung, Weiterqualifikation von Pflegehelfern zu Pflegefachkräften oder Entbürokratisierung der Pflegedokumentation gefördert und belohnt werden“, so Westerfellhaus.
4. Pflegefachkräfte seien, wie der Name sage, Pflegeprofis. „Sie sind keine Handlanger und können weit mehr als An- und Verordnungen ausführen“, deshalb sollen Pflegenden mehr heilkundliche Aufgaben wie die Versorgung chronischer Wunden, Diabetes oder spezifische Infusionstherapien übertragen werden. Eine höhere Verantwortung werde „dem modernen Pflegeberuf gerecht“ und stärke seine Attraktivität und Autonomie.
5. „Ausbilden! Ausbilden! Ausbilden!“, lautet die Überschrift. Neben der Umsetzung des neuen Pflegeberufegesetzes komme es darauf an, für die Arbeitgeber Anreize zur Ausbildung zu setzen. Diese sollen umfassende Ausbildungskonzepte „von der Assistenz bis zum Master“ entwickeln. Um diese zu finanzieren, „soll der Kostenanteil der Pflegeeinrichtungen an der neuen Pflegeausbildung gesenkt werden“.

Die Kosten für die fünf Vorschläge sollten laut Westerfellhaus „auf möglichst breite Schultern verteilt werden“. Zudem müssten die im Koalitionsvertrag vereinbarten und weitere Maßnahmen „unbedingt folgen“. Mehr unter www.mehrpflegekraft.de

Neue Wege für die außerklinische Intensivpflege

Am 28. April fand am Universitätsklinikum Regensburg das 1. Regensburger Symposium für außerklinische Intensivpflege statt. Bei sommerlichen Temperaturen und einem langen Wochenende waren knapp 100 Teilnehmer der Einladung des Vereins der Freunde und Förderer der Pflege am Universitätsklinikum gefolgt.

Im Mittelpunkt standen die organisatorischen Aspekte der derzeitigen Versorgung. Experten aus allen Bereichen des Behandlungspfads stellten ihr Arbeitsgebiet vor, unter besonderer Berücksichtigung der Herausforderungen in der Zusammenarbeit an den Schnittstellen. Schon während der Vorträge traten entsprechend Konflikte zwischen den Akteuren zu Tage und auch die anschließende lebhafte Podiumsdiskussion zeigte den dringenden Handlungsbedarf auf.
Den Auftakt machte Oberarzt Dr. Norbert Zitzler von der Weaningstation der Klinik Donaustauf. In seinem fundierten Vortrag erläuterte er Strukturen, Aufgaben und Strategien eines Weaningzentrums. Während dem Publikum hier noch ein gut organisierter und leitlinienbasierter Bereich des Versorgungsspektrums präsentiert wurde, zeigte der nächste Referent eine andere Welt. Unter dem provokanten Titel: „Ehrenamt“ niedergelassene Versorgung stellte der Pneumologe Dr. Stefan Heindl die unzureichende Finanzierung der ambulanten pneumologischen Betreuung von Beatmungspatienten dar. Nach Abzug der Kosten verblieben nur Centbeträge für die ärztlichen Leistungen, mit gravierenden Folgen für die betroffenen Patienten, die in der Regel keinen Zugang zu Beatmungsspezialisten haben. Den Abschluss im ersten Themenblock zur ärztlichen Versorgung machte Prof. Dr. Michael Pfeifer, Chefarzt der Klinik Donaustauf sowie leitender Pneumologe an der Universitätsklinik Regensburg und dem Krankenhaus Barmherzige Brüder. In seinem medizinisch versierten Vortrag stellte er anschaulich die Komplexität der Weaningbehandlung während der Akutphase dar und zeigte, wie frühe Therapieentscheidungen nachhaltig den Weaningerfolg beeinflussen. Den zweiten Themenblock eröffnete Angelika Schmid mit dem Thema Pflegeüberleitung. Anschaulich zeigte sie, wie aufwändig sich die Suche nach der individuell passenden Anschlussversorgung gestaltet und welche vielfältigen Interessen in diesem Prozess zu berücksichtigen sind. Bei der Überleitung in die Häuslichkeit kann das Remeo Konzept unterstützen. Nach der klinischen Behandlung erfahren hier Patienten im prolongierten Weaning, im Rahmen einer pneumologisch betreuten Intensivpflegestation, eine weitere Förderung und erhalten so eine zweite Chance auf eine erfolgreiche Entwöhnung. Peter Albert von Remeo unterstrich die Erfahrung, dass sich Weaningpotentiale auch im späteren, nachklinischen Verlauf immer wieder zeigen und genutzt werden sollten. Der nächste Vortrag thematisierte die von Beatmung betroffenen Menschen. Maria Dotzler, Vorsitzende des Vereins zweitesLEBEN e.V., der sich der Unterstützung von Menschen mit Schädel-Hirn-Verletzungen verschrieben hat, ist seit vielen Jahren im Kliniksozialdienst tätig. Mit einem von Angehörigen und Patienten komponierten Lied und weiteren Texten gelang es ihr, die Gefühlswelt und Erwartungen der Betroffenen in den Blick zu rücken. Im dritten Themenblock kamen institutionelle Akteure zu Wort. Zunächst stellte Judith Petrich von der AOK Bayern die derzeitigen Versorgungspfade dar und benannte Probleme wie Intransparenz der Angebote und fragwürdige Entscheidungswege sowie ungenügende Qualitätsstandards und Kontrollmöglichkeiten. Im Rahmen der Vela-Regio-Studie wurden diese Themen adressiert, die AOK unterstützt die Entwicklung bedarfsgerechter Versorgungsstrukturen und sieht sich als Partner in der konstruktiven Zusammenarbeit mit Versicherten und Leistungserbringern. Ein Wachstumsfeld im Betreuungsspektrum sind ambulant betreute Intensivpflege-Wohngemeinschaften. Für dieses Segment erläuterte Brigitte Herkert von der Koordinationsstelle ambulant betreute Wohngemeinschaften in Bayern die bestehenden Angebote, Kennzeichen und Voraussetzungen und deutete Veränderungen im PfleWoqG an, die auf eine bessere Passung für die Intensivpflege zielen. Im letzten Fachvortrag stellte Dr. Peter Demmel vom MDK Bayern die reformierten Qualitätsprüfungs-Richtlinie vor sowie die Begutachtung von Intensivpflicht. Erneut wurde die Bedeutung von verbindlichen Qualitätsstandards und Maßnahmen zu deren Gewährleistung unterstrichen. Die abschließende Podiumsdiskussion wurde kenntnisreich und unter Einbezug internationaler Aspekte moderiert von Dr. Peter Kalin, Medizinischer Direktor Remeo. Hervorzuheben waren der lösungsorientierte Ansatz von Prof. Pfeifer, die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu öffnen, z.B. in Form von Netzwerken, wie sie für die Betreuung von nicht-invasiv beatmeten Menschen in Planung sind, sowie der Appell an die Politik von Dr. Heindl, ihrem Regulierungssauftrag für die ambulante ärztliche Versorgung der Beatmungspatienten gerecht zu werden, etwa durch Versorgungsoptionen analog zur spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dass die Herausforderungen im Alltag der Pflege vor Ort oft von sehr viel profanerer Natur sind, machten Beiträge aus dem Publikum deutlich, die davon berichteten, dass oft erforderliche Hilfsmittel wie Pulsoximeter nicht genehmigt werden. Die anwesenden Vertreter der Leistungsträger waren hierfür die richtigen Adressaten und einmal mehr zeigte sich, wie entscheidend der Dialog über die institutionellen Grenzen ist.
Das anspruchsvolle Programm fand bei den Teilnehmern positive Resonanz. Auch die Veranstalter waren mit diesem Auftakt hochzufrieden. Für die Freunde und Förderer der Pflege am Universitätsklinikum Regensburg, die sich mit einem vielfältigen Veranstaltungsprogramm auch im angrenzenden Ausland einen exzellenten Ruf erworben haben, steht die Entscheidung fest, auch im nächsten Jahr wieder ein Symposium zur außerklinischen Intensivpflege durchzuführen.
Der Verein der Freunde und Förderer der Pflege am Universitätsklinikum Regensburg e.V. bietet 2018 weitere Veranstaltungen zur Intensivpflege an. Am 24. und 25.9.2018 findet „Herausforderung Beatmung - graue Theorie praxisnah vermitteln“ statt und am 10.10.2018 der 11. Regensburger Intensivpflegetag.
Mehr unter https://vffp.de

Thomas Bonkowski
Der Verein der Freunde und Förderer der Pflege am Universitätsklinikum Regensburg e.V., Franz-Josef-Strauß-Allee 11, 93053 Regensburg

Bundesversicherungsamt untersagt Stoma-Ausschreibung

Das Bundesversicherungsamt hat im Mai 2018 der DAK-Gesundheit die Ausschreibung einer Stoma-Versorgung verboten. Die DAK hat Klage dagegen angekündigt.

Die Initiative Faktor Lebensqualität, die beim Bundesverband Medizintechnologie (BVMed) angesiedelt ist, begrüßt die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes, der DAK-Gesundheit die Ausschreibung der Stoma-Versorgung zu verbieten. „Das ist eine klare Entscheidung für das Wohl der Patienten und eine kräftige Ohrfeige für die DAK“, sagte Ben Bake von der Initiative Faktor Lebensqualität. Umso bedauerlicher sei die Ankündigung der Krankenkasse, gegen den Bescheid zu klagen. „Für die Betroffenen bedeutet das eine weitere Zeit der Unsicherheit“, so Bake. „Sie müssen nun weiter bangen, ob sie auch in Zukunft die geeignete Versorgung erhalten. Die DAK sollte auf die Klage verzichten.“
Das Bundesversicherungsamt hatte als Aufsichtsbehörde der DAK-Gesundheit die Stoma-Ausschreibung untersagt, weil es diese für nicht rechtmäßig hielt und sie im Widerspruch zum Heil- und Hilfsmittelversorgungsgesetz (HHVG) steht. Die Initiative Faktor Lebensqualität und mehrere Betroffenen-Verbände weisen seit langem darauf hin, dass Ausschreibungen in der Stoma-Versorgung den Absichten des Gesetzgebers bei der Neufassung HHVG widersprechen. Das HHVG untersagt Ausschreibungen, wenn Hilfsmittel individuell angefertigt werden müssen oder die Versorgung mit einem hohen Dienstleistungsanteil verbunden ist. Aus Sicht der Initiative trifft dies eindeutig auf ableitende Inkontinenz- und Stoma-Hilfsmittel zu.

Betroffene strikt gegen Ausschreibungen
Die Initiative hat zu dem Thema Mitte April auch eine Aufklärungskampagne gestartet. In der bundesweiten Plakat- und Medienkampagne „Nein zu Ausschreibungen“ erklären betroffene Patienten wie etwa Stomaträgerin Sabrina B., dass sie es ablehnen, ihre Versorgung ausschreiben zu lassen. Der Krankenpfleger und Pflegeexperte Werner Droste von der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde (FgSKW) unterstützt die Kampagne. „Das Bundesversicherungsamt liegt mit seiner Einschätzung genau richtig. Die Stoma-Versorgung betrifft einen sehr sensiblen Bereich, in dem viel Beratung und individuelle Anpassung erforderlich ist. Hier gibt es also eindeutig einen hohen Dienstleistungsanteil.“ Die Klage der DAK gegen die Entscheidung des Bundesversicherungsamtes sieht Droste kritisch: „Eigentlich ist das Gesetz und dessen Absicht schon jetzt so klar, dass die Krankenkasse dies nicht mehr gerichtlich klären lassen müsste. Dieses Gerichtsverfahren ist unnötig und stellt für die Versicherten der DAK eine große Verunsicherung dar.“
Quelle: www.faktor-lebensqualitaet.de

Foto: BVMed Bundesverband Medizintechnologie

Aktionsbündnis Patientensicherheit e.V. (APS) vergibt Deutschen Preis für Patientensicherheit 2018

Im Rahmen der 13. Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS), unter der Schirmherrschaft des Bundesgesundheitsministers Jens Spahn, wurden am 3. Mai 2018 in Berlin beispielgebende Projekte mit insgesamt 19.500 Euro dotiert. Der diesjährige 1. Preisträger kommt aus Münster und wurde für sein außerordentliches Infektionsmanagement ausgezeichnet. Neben zwei weiteren Projekten wurde erstmalig auch ein Sonderpreis vergeben.

In deutschen Krankenhäusern sterben jährlich etwa 15 000 Patienten an Infektionen. Damit diese weitestgehend vermieden und Patienten schnellstmöglich behandelt werden können, ist ein gutes Infektionsmanagement notwendig. Das Kompetenzzentrum „Mikrobiologie und Hygiene“ der St. Franziskus-Stiftung Münster verfolgt dazu seit 2014 ein umfassendes interdisziplinäres Gesamtkonzept für mehr Patientensicherheit. Der Fokus liegt dabei auf der Infektionsvermeidung, dem Infektionsmanagement und sowie dem Schutz vor Keimübertragung. Die Vermeidung von Infektionen im Krankenhaus und die zeitnahe Diagnostik und Behandlung von Patienten mit Infektionen sind von zentraler Bedeutung für die Patientenversorgung. „Das ‚Kompetenzzentrum Mikrobiologie und Hygiene‘ der St. Franziskus-Stiftung setzt mit seinem interdisziplinären und patientennahen Konzept diese Aufgabe erfolgreich und effizient um und trägt zu einer verbesserten Behandlungsqualität und Patientensicherheit bei“, lobt Dr. Ruth Hecker, Stellvertretende Vorsitzende des APS, die Arbeit des Preisträgers. Für den ersten Platz erhält die Initiative ein Preisgeld von 10.000 Euro.

Das ausgezeichnete 22-köpfige Team unterstützt alle 15 Krankenhäusern der St. Franziskus-Stiftung Münster in ihrem Infektionsmanagement, indem es dort die Fachdisziplinen gebündelt hat und eng mit den klinischen Abteilungen zusammenarbeitet. Um infektiöse Patienten schnellstmöglich zu identifizieren und zu therapieren, hat das Team ein hauseigenes mikrobiologisches Labor zur Verfügung, das – insbesondere bei lebensgefährlichen Blutstrominfektionen – einen klaren zeitlichen Vorteil von bis zu 24 Stunden schafft und dadurch Leben retten kann. Die Patienten erhalten zudem eine spezielle interdisziplinäre Visite und Patienten mit Infektionen ein besonderes Monitoring.
Schließlich sorgt ein zentrales EDV-Kommunikationssystem für die schnelle Erfassung und zeitnahe Präsentation der Befunde. Untersuchungen können darüber beleglos angefordert und Befunde – nach medizinischer Freigabe – online übermittelt werden. „Auch durch die Beteiligung des Kompetenzteams an der Beschaffung von Medizinprodukten, der Steuerung der Antibiotika-Versorgung und entsprechender Baumaßnahmen der Kliniken konnten Infektionserkrankungen und Hygienefehler oft bereits im Vorfeld vermieden werden“, erklärt Dr. med. Wolfgang Treder, Chefarzt am St. Franziskus-Hospital Münster.
Den 2. Platz mit 6 000 Euro Preisgeld vergab die Jury an Dr. Dorothea Strobach von der Apotheke des Klinikums der Universität München für das Projekt „MARIAM – Mehr Arzneimitteltherapiesicherheit (AMTS) durch Identifizierung von Risikofaktoren bei der Arzneimittelanamnese an der Schnittstelle ambulant/stationär“. Das Projekt setzt direkt an der Schnittstelle von ambulanter

Foto: 3195 Quelle: www.aps-ev.de

Preisträger Prof. Dr. Heinrich Worth, Deutsche Atemwegsliga mit Jurorin Dr. Franziska Diel

und stationärer Versorgung an. Ein Apotheker führt dabei die Arzneimittelanamnese vor der Operation durch und prüft, ob die Patienten möglicherweise Risikofaktoren, wie eingeschränkte Nierenfunktion, EKG-Veränderungen oder eine Antibiotikaallergie mitbringen, die die Operation und Narkose gefährden könnten. So können frühzeitig vor der Operation gegebenenfalls Gegenmaßnahmen eingeleitet werden.

Auf den mit 3.500 Euro dotierten 3. Platz wählte die Jury das Projekt „Die Verbesserung und Sicherheit inhalativer Medikamente durch ubiquitär verfügbare Filme“ der Deutschen Atemwegsliga e.V. aus. Dr. Uta Butt, Geschäftsführerin Deutsche Atemwegsliga e.V., Bad Lippspringe ist die Hauptautorin. Patienten können sich im Zuge dessen per Video anschauen, wie verschiedene inhalative Medikamentensysteme angewendet werden müssen. So werden sie darin geschult, die verschiedenen Inhalationssysteme richtig zu bedienen, um Anwendungsfehler, die die Therapie gefährden, zu vermeiden. Das Projekt trägt dazu bei, dass die Patienten mehr Therapietreue entwickeln und die Medikamente besser wirken. Die Videos sind niedrigschwellig abrufbar unter www.youtube.com/user/Atemwegsliga/playlists und www.atemwegsliga.de/richtig-inhalieren.html

Zudem wurde in diesem Jahr erstmalig ein Sonderpreis verliehen. Dieser geht an das Kinderanalgosedierungsteam (KAST) am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Diese Kooperation der Klinik und Poliklinik für Anästhesiologie und der Sektion Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin der Klinik für Kinder und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf schuf einen mobilen Arbeitsplatz für Analgosedierungen bei Kindern für Kinderarztpraxen. Mit dieser Initiative wird sichergestellt, dass die Aufgaben „Sedierung“ und „Untersuchung“ nicht von demselben Behandler durchgeführt werden, sondern die Aufgaben klar verteilt sind. Denn bislang kam es immer wieder zu Zwischenfällen, unter anderem weil der behandelnde Arzt die Sedierung nicht sicher beherrschte. Zudem ist auf diese Weise geklärt, dass ein breites Sicherheitsnetz im Falle von Komplikationen zur Verfügung steht. Das Team ist interdisziplinär ausgerichtet und wird im Wechsel von Fachärzten der Klinik für Anästhesiologie und der Pädiatrischen Intensivmedizin organisiert und besetzt.

„Wir freuen uns, in diesem Jahr vier Initiativen auszeichnen zu können, die zukunftsweisende Ansätze zur Verbesserung der Patientensicherheit beinhalten“, fasst Hecker zusammen. Eine Jury mit Vertretern aus Pflege, Ärzteschaft, Apotheken, Selbsthilfe, und Kostenträgern hat aus 22 hoch qualifizierten Bewerbungen die Preisträger ausgewählt. Stifter des Preisgeldes sind die Aesculap Akademie, der Ecclesia Versicherungsdienst, das Gesundheitsunternehmen MSD Sharp & Dohme GmbH und der medizinische Fachverlag Thieme.
Mehr Informationen finden Sie unter:
www.aps-jahrestagung.de.

Europäischer Gesundheitskongress München

Fehlende Fachkräfte, die demografische Entwicklung und steigende Ausgaben zwingen die Gesundheitssysteme in ganz Europa, traditionelle Strukturen aufzubrechen. Das wird Thema beim Europäischen Gesundheitskongress in München am 25. bis 26. Oktober 2018.

„Aufbruch im Gesundheitswesen“ lautet das Motto des Europäischen Gesundheitskongresses im Oktober in München. In 33 hochkarätig besetzten Kongress-Sessions diskutieren 150 Referenten aus Deutschland, der Schweiz, Österreich, Estland, Dänemark und den Niederlanden die zukunftsrelevanten Fragen des Gesundheitswesens.
Die Chancen der Digitalisierung, die demografische Entwicklung mit immer mehr multimorbiden Patienten bei immer weniger Fachkräften sowie die Finanzierbarkeit des medizinischen Fortschritts für Jedermann stellen die Gesundheitssysteme in allen Industrienationen vor große Herausforderungen. Zukunftsfähig werden nur Gesundheitssysteme sein, denen es gelingt, das medizinische Fachpersonal durch Digitalisierung und Robotik zu unterstützen, dafür die notwendigen Strukturen zu schaffen und eine nachhaltige Finanzierung zu etablieren, darüber sind sich Experten einig. Überall in Europa wird deshalb am Aufbruch der traditionellen Systemstrukturen gearbeitet.
Thema wird daher die Restrukturierung der Krankenhauslandschaft à la Dänemark mit mehr spezialisierten Zentren, aber damit auch einer veränderten Versorgungssituation im ländlichen Raum sein. Die Versorgung des ländlichen Raums und die dortige Notfallversorgung spielen eine bedeutende Rolle beim Kongress.
Der Ärzte- und Pflegemangel betrifft ganz Europa. Sind diese kostbaren Fachkräfte richtig eingesetzt? Wie schaut es mit dem Krankenstand im Gesundheitswesen aus? Kümmern sich Gesundheitsberufler zu wenig um ihre Gesundheit? Einige Kliniken und Praxen gehen hier schon neue Weg und etablieren erfolgreich „Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Und gibt es Länder, aus denen man ethisch vertretbar noch Ärzte und Pflegekräfte abwerben kann, in der Hoffnung den Personalmangel im Krankenhaus kurzfristig lindern zu können?
Der Kongress wird „Best-Practice-Beispiele“ vorstellen, aber auch mit Politik und Krankenversicherungen diskutieren, ob die finanzielle Unterstützung und die rechtlichen Rahmenbedingungen ausreichen, diesen Strukturwandel zu bewältigen.
Der Europäische Gesundheitskongress München ist das herausragende gesundheitspolitische und -wirtschaftliche Kongressereignis für die DACH-Region – mit einem europäischen Gedankenaustausch. Zu dem zweitägigen Kongress werden rund 1.000 Teilnehmer aus der Pflege, den Reha-Einrichtungen, dem Krankenhaussektor, der Ärzteschaft, den Krankenkassen und GKV-Institutionen sowie der Gesundheitspolitik erwartet. Eröffnet wird der Kongress von der bayerischen Gesundheitsministerin Melanie Huml. Zugesagt hat auch Professor Josef Hecken vom Gemeinsamen Bundesausschuss.
Weitere Informationen unter:
www.gesundheitskongress.de
und info@gesundheitskongress.de

Mehr Bürokratie geht nicht

Schwerbehinderten und technologieabhängigen Menschen geht es in Deutschland verhältnismäßig gut, vor allem wenn man den Vergleich zu Kriegsgebieten und Zuständen in Afrika zieht. Aber kann das unser Maßstab sein? Sie sind nicht nur von Leistungskürzungen in der Zukunft bedroht - ständig haben sie es mit der Bürokratie zu tun, die sie besonders gläsern macht, übermäßig kontrolliert und hinhält. Marcel Renz, Autor und dauerbeatmeter E-Rollstuhlfahrer mit fortschreitender Muskelerkrankung erläutert seine These, dass Behörden-Bürokratie nervt und sich in erster Linie mit sich selbst beschäftigt. Außerdem vermittelt er in diesem Artikel Praxistipps für den positiven Umgang mit Bürokratie.

Vor einigen Wochen meldete sich plötzlich der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) bei mir. Ich war sehr verwundert, denn 2008 wurde bei mir die höchstmögliche Pflegestufe festgestellt. Als die nette MDK-Mitarbeiterin zum „Überprüfungstermin“ vorbeikam, traute ich ihren Worten kaum: „Also ehrlich gesagt, weiß ich gar nicht so genau, wieso ich hier bin.“ Ach wirklich, da sieh mal einer an, diese Frau sprach mir aus der Seele. Ich hätte loslachen können, wenn nicht mal die eigenen Mitarbeiter des MDK durchblicken, was sie eigentlich überprüfen sollen. “Ich habe nur den Auftrag bekommen und es hat mich etwas gewundert. Anscheinend war es ein Formfehler, der durch unsere Umstrukturierung entstanden ist“, erklärte sie weiter. Die Standardausrede, wenn Behörden etwas durcheinander gebracht oder Mist gebaut haben. Häufig ist es einfach so: Sachbearbeiter A und B kochen ihr eigenes Süppchen und wissen nichts voneinander.
Diese kleine Anekdote lässt bereits durchblicken, welche charakteristischen Merkmale Bürokratie aufweist.
Die wichtigsten Bürokratie-Merkmale aus meiner Sicht:

1. Kontroll- und Arbeitsbeschaffungs-System: Zeitraffer Bürokratie!

Zeichnung: Simon Bruder

2. Verzögerungs- und Hinhaltetaktik bei der Bearbeitung von Anträgen.
3. Die Würde des Menschen ist nicht mehr unantastbar- der Mensch als Kostenfaktor.
4. Hier „werden Sie nicht geholfen“, sondern bestraft.
5. Unterstützung von Behörden wird unpersönlicher.

Mehrmals jährlich stehen bei mir diverse Anträge auf Pflegeleistungen und Eingliederungshilfe an. Es ist sehr mühsam, immer wieder Leistungen zu beantragen, ohne die ich nicht leben kann und die mir zustehen. Es fragt sich wirklich, wieso dieses System nicht vereinfacht wird. Wieso nicht einen einmal festgestellten Leistungsbedarf erbringen, bis es beim Leistungsempfänger zu Änderungen der gesundheitlichen Situation oder seiner Vermögensverhältnisse kommt? Es ist ohnehin erste Bürgerpflicht, solche Veränderungen bekanntzugeben.
Noch verrückter wird‘s, wenn ich die gleichen Nachweise beim selben Amt zweimal kurz hintereinander vorlegen muss! Es ist schon hanebüchen, wenn zwei Sachbearbeiter im selben Bürokomplex arbeiten, gefühlt aber 100 km voneinander entfernt liegen. Wenn ein Ämterwechsel ansteht, sind die Sozialämter ebenfalls nicht in der Lage, eine unkomplizierte Aktenübergabe zu veranlassen.

Wieso einfach, wenn es auch kompliziert geht?
Dass der betroffene Mensch mit Einschränkung außerdem Gesetzestexte kaum versteht, ist am neuen Bundesteilhabegesetz sehr gut zu sehen. Es wäre ja fatal, wenn der Bürger über alle seine Rechte Bescheid wüsste. Das dies bei Menschen mit hohem Technologiebedarf ganz entscheidend zur Lebensqualität beiträgt, können die Leute hinter‘m Schreibtisch meist nicht nachvollziehen. Sie können oftmals gar nichts dafür und sind gefangen in ihren Statuten.
So verfahren sie meist nach dem Motto: **Hier „werden Sie nicht geholfen“, sondern bestraft.** Einmal habe ich ein spezielles Telefon für Notfälle beantragt. Dummerweise erwähnte ich gegenüber der Krankenkasse, dass dieses Telefon nebenbei auch für meine Arbeit sehr nützlich sei. Die Kasse verweigerte daraufhin meinen Antrag und verwies mich auf die Arbeitsagentur als zuständigen Kostenträger.
Als Zwischenfazit lässt sich somit festhalten: Die Arbeitsweisen von Ämtern führen sowohl zur Verschwendung von Steuergeldern, als auch zum Verlust wertvoller Arbeitszeit für Leistungsberechtigte! Leider beschäftigen sich unsere Behörden in Deutschland, wie beschrieben, zu sehr mit sich selbst.
Anträge zu stellen, ist eine nervige Angelegenheit; auf die Bearbeitung derselben zu warten, geht dagegen wirklich an die Nerven. Wenn bei einem Antrag die Sachlage klar ist- in meinem Fall die Hilfe zur Pflege- läuft das Prozedere in der Regel reibungslos. Beantrage ich aber z.B. für eine Reise zusätzlichen Pflegeaufwand, sieht die Sache anders aus. In diesem Fall besteht Ermessensspielraum und die Zuständigkeit der Kostenträger ist nicht eindeutig geklärt. Dann passiert es häufig, dass sich der Sachbearbeiter sehr lange nicht meldet. Prinzipiell versuchen die Ämter, eine Geldleistung so lange wie möglich hinauszuzögern, bestenfalls komplett auszusitzen.

Kein Anschluss unter dieser Nummer
Auch die Beantragung eines Hilfsmittels kann problematisch verlaufen, besonders wenn es sich beispielsweise um ein sehr kostenintensives Derivat wie einen neuen E-Rollstuhl handelt. Das Prozedere kann sich über Wochen hinziehen! Wie die Beantragung meines neuen E-Rollstuhls genau verlief, erfahren Sie in einer der nächsten Ausgaben. Grundsätzlich sind die Sachbearbeiter der Krankenkassen angehalten, nicht zuerst die individuellen Bedürfnisse des Menschen anzuschauen, sondern den Antragsteller als reinen Kostenfaktor zu sehen. Mit Menschenwürde hat das- emotional gesehen- nicht viel zu tun. Kürzlich wurde ich wegen der Übernahme der Taxikosten zu einer Routineuntersuchung in der Lungenklinik regelrecht verhört. Ja ob das denn überhaupt nötig sei und was für eine Erkrankung ich eigentlich genau habe? Unglaublich, wie wenig Kundenbindung eine Krankenkasse zulassen kann!

Weniger persönliche Nähe
Über die letzten Jahre habe ich festgestellt, dass die Unterstützung von Behörden immer unpersönlicher wird. Der persönliche Kontakt ist nicht mehr gewollt! Bei den meisten Behörden ist es mittlerweile Usus, die Sachbearbeiter in regelmäßigen Abständen zu wechseln und den direkten Weg per Telefon zum zuständigen Sachbearbeiter zu verbauen. Es geht leider nicht darum, sich von der speziellen Situation des Betroffenen ein individuelles Bild zu machen, um ihn bestmöglich zu unterstützen. Hingegen gilt das Motto: Wie schaffen wir es, dem Antragsteller möglichst wenig oder keine Hilfe zukommen zu lassen?

Positiv denken trotz Bürokratie
Ganz wichtig ist es bei alledem, positiv zu denken und Lichtblicke zu sehen. Es soll durchaus noch Sachbearbeiter geben, die ihren Ermessensspielraum zugunsten der Antragsteller nutzen und sich für deren individuelle Situation interessieren.

Meine Praxistipps zum Umgang mit Behörden:
1. Liefere den Behörden, was sie möchten!
2. Gib nie auf und geh dem Amt regelmäßig auf die Nerven!
3. Plane beim Antrag genug Zeit ein!
4. Suche eine persönliche und umgängliche Ebene.
5. Schöpfe Grauzonen aus, bleib aber ehrlich!
6. Nutze die Unterstützung deiner alltäglichen Umgebung!

Nach dem vierten Antrag im selben Jahr mit ähnlichen Informationen ist der Geduldsfaden schon arg angespannt. Dennoch rate ich immer dazu, den Behörden einfach unkompliziert das zu liefern, was sie möchten. Rationalität ist hier Trumpf, denn Aufregen frisst nur Energie. Die spart ihr euch besser auf und geht dem Sachbearbeiter regelmäßig auf die Nerven, bis er euren Antrag bearbeitet. Ist zwar sehr lästig, verdeutlicht aber, dass ihr es ernst meint und euch nicht einfach abschütteln lasst. Kommt ein negativer Bescheid, solltet ihr vor einem Widerspruch in keinem Fall zurückschrecken. Besonders hilfreich sind gute Argumente, die vorhandene Bedürfnisse und Problematiken im Detail aufgreifen. In der Regel sind Sachbearbeiter sogar froh darüber, wenn sie eine Bewilligung bei ihrem Vorgesetzten so besser begründen können.

Zeichnung: Simon Bruder

Wenn der Aufwand nicht allzu groß ist, lohnt es sich, so viel Leistung wie möglich für sich herauszuholen. Dafür müsst ihr Grauzonen im Gesetz ausschöpfen und nicht jede personenbezogene Info von euch preisgeben. Gleichzeitig rate ich euch dringend, ehrlich zu bleiben, denn Transparenz ist langfristig die beste Strategie. Sehr empfehlenswert ist grundsätzlich, wenn ihr klar mit dem Sachbearbeiter kommuniziert. Wenn ihr es schafft, eine persönliche oder zumindest umgängliche Note in die „bürokratische" Beziehung zu bringen, habt ihr einen großen Schritt gemacht. Immer besser als jeder Schriftwechsel ist ein Gespräch am Telefon, bestenfalls die persönliche Begegnung. Dann kann sich der Sachbearbeiter einen authentischen Eindruck von euch verschaffen und versteht die Hintergründe eines Antrages viel besser.

Genauigkeit, Zähigkeit und gute Kommunikation als Schlüssel

Zusätzlich ist es essenziell, sich von den Menschen unterstützen und beraten zu lassen, die euch gut kennen und Erfahrung im Umgang mit bürokratischen Vorgängen haben. Das können beispielsweise der Haus- oder Facharzt, die Pflegedienstleitung und Experten aus Selbsthilfevereinen sein. Ein Arzt mit Fingerspitzengefühl kann euch jederzeit mit einer wohlwollenden Stellungnahme unterstützen. Lasst euch auch von Freunden oder persönlichen Assistenten helfen, z.B. indem sie euch gute Tipps geben oder einen lästigen Anruf übernehmen. Und wieso nicht auch den Support eines Elternteils nutzen, das gemeinsam mit euch schon jahrelange Erfahrungen gesammelt hat? Mein Vater etwa ist für mich mein persönlicher „Anwalt", der mich nicht entmündigt, sondern entlastet, wann immer es notwendig ist.

Zuletzt gebe ich euch noch den eindringlichen Rat mit auf den Weg, bei Anträgen - vor allem bei größeren und wichtigen Hilfsmittelanschaffungen - genug Zeit einzuplanen! Ein Antragsverlauf kann sich hinziehen und schlimmstenfalls fehlt euch Geld auf dem Konto. Lasst euch aber auch nicht von Fristen zur Einreichung von Unterlagen verunsichern: Eine kurze Bitte um Verlängerung genügt. Bei manchen Anträgen ist die Argumentation nicht so einfach und die Einholung von Unterlagen zeitaufwendig!

Ich wünsche euch viel Erfolg und Verständnis beim ganz normalen Bürokratiewahnsinn!

Marcel Renz

Anwendervideos der ResMed Deutschland GmbH

Die ResMed Deutschland GmbH hat auf YouTube und ihrem Fachhändlerportal Anwendervideos zu ihrem Astral Beatmungsgerät veröffentlicht, in denen anschaulich und einfach die Handhabung des Geräts gezeigt werden.

- Video-Tutorial Nr. 1 Astral Beatmungsgerät- Bedienung im Überblick
- Video-Tutorial Nr. 2 Astral Beatmungsgerät- Patientenmenü – Einstellungsmöglichkeiten
- Video-Tutorial Nr. 3 Astral Beatmungsgerät- Wechsel des Schlauchsystemadapters
- Video-Tutorial Nr. 4 Astral Beatmungsgerät- Start/ Stopp und Programmwechsel
- Video-Tutorial Nr. 5 Astral Beatmungsgerät- Schlauchtest Einschlauchsystem
- Video-Tutorial Nr. 6 Astral Beatmungsgerät- Schlauchtest Leckageschlauchsystem
- Video-Tutorial Nr. 7 Astral Beatmungsgerät- Schlauchtest Doppelschlauchsystem

Diese Videos sind zu finden unter dem Link
www.youtube.com/watch?v=ulUVY6IhgKU&list=PLxXgKnD-6M0rt6ji8vx_sv3v8RzPLBY4i2

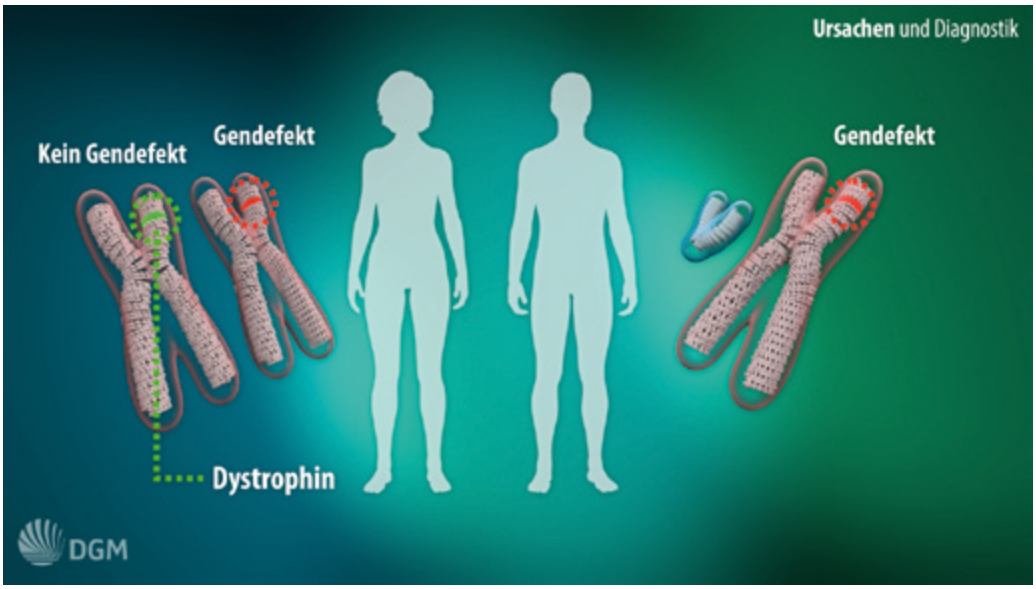
Doppelschlauchsystem des Astral Beatmungsgeräts

Diagnose Muskelschwund – was nun?

Die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM) mit Sitz in Freiburg präsentierte am 21. April beim 1. Mitteldeutschen Duchenne-Tag in Leipzig erstmals ein Video, in dem die Ursache, der Verlauf und die Therapiemöglichkeit der Muskeldystrophien Duchenne und Becker anschaulich erklärt werden. Möglich wurde die Produktion des 10-Minüters durch die Selbsthilfeförderung der BARMER Krankenkasse in Höhe von 24.000 Euro.

„Bei einer seltenen Erkrankung ist es oft nicht einfach, zuverlässige und zugleich verständliche Informationen zu bekommen. Unsere Videoanimation hilft Eltern bei der Auseinandersetzung mit der Krankheit ihres Kindes und zeigt Wege für unterstützende Behandlungen und Therapien auf. Diese frühzeitig zu beginnen ist wichtig, um die schwindende Muskelkraft möglichst lange zu erhalten," so Joachim Sproß, DGM-Bundesgeschäftsführer. „Wenn eine dieser beiden Muskelerkrankungen diagnostiziert wird, dann haben die Eltern der betroffenen Kinder Fragen. Viele davon beantwortet dieses Video, fachlich fundiert und verständlich zugleich. Das ist Hilfe zur Selbsthilfe und genau die wollen wir mit unserer Förderung unterstützen", ergänzt Jonas Zinser, Regionalgeschäftsführer der BARMER in Freiburg.
Etwa 800 Formen von Muskelerkrankungen sind bekannt. Die häufigste Ursache für eine Muskeldystrophie im Kindes- und Jugendalter ist ein genetisch bedingtes Fehlen oder eine Funktionsänderung des Eiweißes Dystrophin. Die Muskeldystrophie Duchenne betrifft fast ausschließlich Jungen. Sie tritt mit einer Häufigkeit von einem unter 3.500 neugeborenen Knaben auf. In Deutschland leben 1.500 bis 2.000 Betroffene, jährlich muss mit etwa 100 Neuerkrankungen gerechnet werden. Eine mildere und langsamer verlaufende Form dieser Krankheit ist die Becker-Muskeldystrophie. Ihr ist etwa jeder zehnte Fall einer Dystrophin-Erkrankung zuzuordnen.

Das Video ist auf der Webseite der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke www.dgm.org online.



Das zweite Leben als Geschenk nach einem traumatischen Ereignis

Im letzten Heft hatten wir eine Buchbesprechung von Apl. Prof. Dr. med. Andreas Zieger von „Das zweite Leben. Interviews mit Überlebenden eines Locked-in Syndroms“ veröffentlicht. In dieser Ausgabe schildert Dr. Karl-Heinz Pantke die Entstehungsgeschichte dieses Werks und die wissenschaftliche Methodik, die ihm zugrundeliegt.

Es wurden eine Umfrage und Interviews unter Mitgliedern des Vereins LIS e.V. durchgeführt. Viele Mitglieder zeigen nach einem Schlaganfall schwerste körperliche Einschränkungen. Oft folgt dem gesundheitlichen Absturz ein finanzieller. Kritisiert wird von Betroffenen und Angehörigen das Fehlen von Rehabilitationsprogrammen für Schwerstgeschädigte. Die Gesundheit der Betroffenen ist ruiniert, sie sind ohne Job und finanzielle Mittel. Wir führten Interviews mit ihnen und erwarteten Menschen, die ein freudloses Leben am Rande der Gesellschaft fristen. Stattdessen stießen wir auf Menschen, die ein erfülltes Leben führen und die Krankheit als Herausforderung begreifen.

1. Das Locked-in Syndrom

Die Krankheit ist wahrscheinlich so alt wie die Menschheit. Früher wurden Betroffene als „Scheintote“ bezeichnet und leider oft auch entsprechend behandelt. Eine erste Erwähnung findet das Krankheitsbild in der Weltliteratur im *„Grafen von Monte Christo“* (1844) von Alexandré Dumas. Der Vater des Gegenspielers des Grafen, ein Monsieur Noirtier de Villefort, leidet an einer Lähmung, die von Kopf bis Fuß reicht. Eine Kommunikation ist nur über die Augenbewegungen möglich. Eine weitere, sehr eindringliche Schilderung findet sich in „Therese Raquin“ (1867) von Emile Zola: *„Ein raues Gurgeln kam aus ihrer Kehle, ihre Zunge war zu Stein, ihre Hände und Füße waren starr und steif geworden, sie war mit Stummheit und mit Unbeweglichkeit geschlagen.“* Der Umstand, dass sich die Weltliteratur des Themas annimmt, kann als Beleg gesehen werden für die ernste Bedrohung, die von der Krankheit für eine menschliche Existenz ausgeht.

Es dauerte jedoch weitere 100 Jahre, bis sich die Medizin des Themas annahm. Plum und Posner beschrieben 1966 diesen Zustand wie folgt: *„[…] die motorischen Fähigkeiten sind erloschen, was zu einer Lähmung aller vier Gliedmaßen führt […], ohne dass das Bewusstsein beeinträchtigt wird. Die Lähmung verhindert eine Kommunikation mit Worten oder Bewegungen des Körpers […].“* Sie führten hierfür den Namen Locked-in Syndrom ein [locked in - engl. eingeschlossen]. Dieser Zustand kann der Anfangszustand nach einem Schlaganfall, aber auch der Endzustand einer degenerativen Krankheit wie ALS (Amyotrophe Lateralsklerose) sein.

Eine Heilung von ALS gibt es nicht. Es kann nur versucht werden, das Voranschreiten der Krankheit zu verlangsamen. Bei einem Schlaganfall ist die Sterblichkeit in der Akutphase hoch. Bei den Überlebenden jedoch können durch eine Rehabilitation erstaunliche Erfolge erzielt werden. Viele Patienten erlernen das Sprechen wieder; vereinzelt schaffen sie sogar das Gehen. Allerdings gibt es auch Betroffene, die Jahre nach dem Schlaganfall noch beatmet werden müssen. Viele Mitglieder von LIS e.V. sind Betroffene eines Locked-in Syndroms. Wie bewerten sie ihre (neue) Lebenssituation? Wie bewerten Angehörige und Außenstehende, nicht Betroffene den Krankheitsverlauf? Im Rahmen eines regelmäßig stattfindenden Workshops der Selbsthilfe des Vereins im Herbst 2015 wurde diesen Fragen anhand einer Umfrage nachgegangen. Zu einem späteren Zeitpunkt wurden ausführliche Interviews mit den Betroffenen geführt.

2. Umfrage

2.1 Studiendesign

Teilnehmen konnte jede Person, die Vereinsmitglied bei LIS e.V. ist. Bei Betroffenen sollte der Infarkt schon einige Jahre zurück liegen. Verteilt wurden 33 Fragebögen. Dort abgefragte Themen waren die Zeit „Direkt nach dem Ereignis“, die „Wiedereingliederung in die Gesellschaft“, das „Leben mit einem Locked-in Syndrom“, sowie „die finanzielle Situation“. Als Antworten konnten gewählt werden „trifft voll zu“: = 5, „trifft zu“: = 4, „trifft teilweise zu“: = 3, „trifft kaum zu“: = 2 und „trifft nicht zu“: = 1. Die Befragten wurden, nach der Aussortierung von Fragebögen mit gleicher Antwort von Betroffenen und Angehörigen, auf drei ungefähr gleich starke Untergruppen (Betroffene, Angehörige sowie sonstige d.h. nicht betroffene Personen) verteilt. Als durchschnittliches Alter in den Gruppen ergibt sich: Betroffene: 52 Jahre, Angehörige: 65 Jahre, sonstige Personen: 65 Jahre. Eine sorgfältige Fehlerrechnung wurde durchgeführt (1).

2.2 Dem gesundheitlichen folgt der finanzielle Absturz - keine Rehabilitationsprogramme

An dieser Stelle ist vorwiegend nur der für die Interviews relevante Teil der Umfrage wiedergegeben. Bei der Bewertung durch Betroffene lässt sich ein klares Schema erkennen: Sechs der sieben höchsten Bewertungen enthalten Aussagen, die sich auf die Stellung Behinderter innerhalb der Gesellschaft sowie deren finanzielle Situation beziehen. (in Klammern die Bewertungen, in Fußnote 1 wird ein Fehler von 0,3 bei $p = 0.05$ abgeschätzt) Gewünscht wird die „Anerkennung der Andersartigkeit“ (4,6). Die Realität ist jedoch, dass „Betroffene am Rand der Gesellschaft stehen“ (4,2), und dass es „keinen Weg zurück in die Gesellschaft gibt“ (4,3). Für die Mehrzahl Betroffener ist der gesundheitliche Absturz begleitet von einem finanziellen. Beklagt wird, dass „Betroffene auch finanziell in ein großes Loch fallen“ (4,2), so dass „zusätzlich die soziale und gesellschaftliche Integration erschwert wird“ (4,3), sowie „die unzureichenden Sozialleistungen von Seiten des Staates“ (4,5). Die finanzielle Situation ist in Abb. 1a thematisiert. Diese wird praktisch identisch von den drei Untergruppen bewertet.

Die geringsten Zustimmungen erhalten die Behauptung „Betroffene wurden vom ärztlichen Personal gut aufgeklärt und über den weiteren Krankheitsverlauf informiert“ (2,2), sowie „für Betroffene gibt es umfangreiche Integrationsprogramme“ (2,1). Die letzte Aussage wird ganz unterschiedlich von Betroffenen und nicht Betroffenen bewertet. Natürlich gibt es umfangreiche Integrationsprogramme, allerdings nur für weniger schwer Betroffene. Das führt dazu, dass in Abb. 1b nicht Betroffene die Existenz von umfangreichen Integrationsprogram-

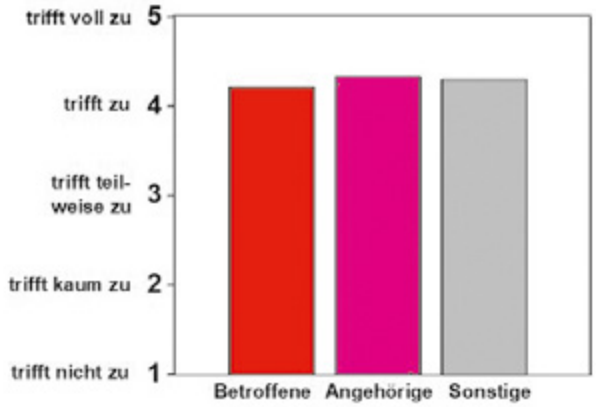


Abb. 1a: ***„Ich habe den Eindruck, dass Betroffene auch finanziell in ein großes Loch fallen."***

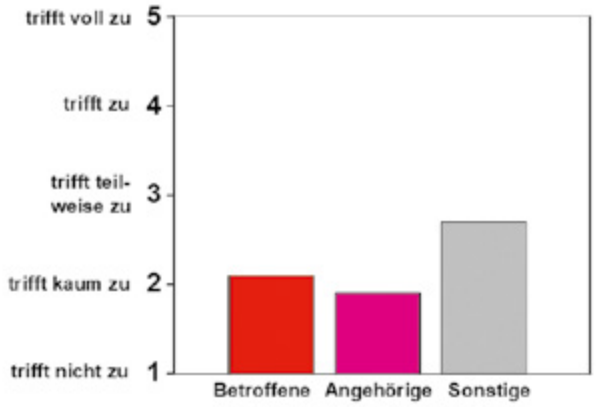


Abb. 1b: ***„Für Betroffene gibt es umfanfreiche Integrationsprogramme"***

men teilweise bejahen, während Betroffene und Angehörige diese Existenz verneinen. Zu allen Mitgliedern der Selbsthilfe, aus der sich die Mehrzahl der befragten Personen rekrutiert, besteht ein persönlicher Kontakt und die Lebensumstände sind gut bekannt. Diese sind eher noch negativer, als sie durch die Umfrage wieder gegeben werden. Ohne Ausnahme, haben alle ihre Berufstätigkeit aufgeben müssen. Bei Vielen wird das Pflegegeld zur Bestreitung des Lebensunterhalts benötigt, um dadurch der Absturz in die Armut zu verhindern. Bei weiteren Umfrageteilnehmern sind die näheren Lebensumstände natürlich nicht bekannt. Aber was wir wissen, weist in die gleiche Richtung.

3. Interviews

Mit acht der 11 Betroffenen (2), die an der Umfrage teilgenommen hatten wurden Interviews geführt. (eine Person mochte seine Krankheit nicht publik machen und bei zwei Personen ergab sich keine Gelegenheit zu einem Interview). Um die Anzahl der Interviewten nicht zu klein werden zu lassen, wurden weitere Betroffene aus dem Verein hinzugenommen.

Nach den Ergebnissen der Umfrage glaubten wir, auf Menschen zu stoßen, die ein freudloses Leben am „Rande der Gesellschaft" führen. Es zeigte sich bald, dass keiner der Befragten davon berichtete, durch den Infarkt zu einem unglücklichen Menschen geworden zu sein. Weiterhin mussten wir feststellen, dass wir es mit Menschen zu tun hatten, die eine besondere Stärke ausstrahlten und die Krankheit als Herausforderung betrachteten.

Dieses sei anhand einiger Stimmen demonstriert (die kompletten Interviews sind in dem Buch „Das zweite Leben" zu finden, siehe auch:
www.youtube.com/watch?v=pET5TS_Ccw4).

Dr. Vital Hauser (Betroffener): *„Im ersten Leben liebte ich diese uneingeschränkte Mobilität. Da habe ich Sachen gemacht, die ich nie mehr könnte. Ich bin auf einem Krater gelaufen z. B., wo es auf der einen Seite hinunterging zum Meer, auf der anderen Seite zum Vulkan. Das fand ich wunderschön, solche Sachen und das geht nun nicht mehr. Und im jetzigen Leben, finde ich wunderbar, dass ich gelassener bin, viel mehr Ruhe habe. Vieles ist völlig unwichtig."*

Anama Fronhof (Betroffene auf dem Buch beiliegender DVD): *„Ich für mich kann nur sagen, dass ich innerlich voll zufrieden bin. Äußerlich spielt für mich fast gar keine Rolle, ob ich nun meine Arme 10 cm höher bekomme oder nicht. Das ist mir letztendlich egal."*

Michael Sagel (Betroffener auf dem Buch beiliegender DVD): *„Vor dem Schlaganfall war Teil eins und jetzt ist Teil zwei meines Lebens. Und in Teil zwei geht es mir eigentlich deutlich besser als in Teil eins."*

Marianna Battaglia (Betroffene): *„Ja, für mich fühlt es sich jetzt viel mehr nach Leben an als vorher."*

Christa Böhme (Angehörige): *„Jeder Tag ist ein Geschenk. Aufgeben kann man immer. [ ] Es hat Jahre gedauert, um das neue Leben so anzunehmen. Aber es geht, wenn man möchte. Nicht dem Vergangenen nachtrauern, sondern die Gegenwart leben."*

Anja Gerlach (Angehörige): *„Wir hören öfter: ‚Mensch, was Sie alles machen mit der Behinderung!' Ich sage dann immer: ‚Was behindert denn? Dass alle nicht daran glauben, dass wir das schaffen.' Das behindert uns. Wir lassen uns aber nicht behindern, wir möchten gerne unser Leben leben. Und jetzt erst recht."*

Aus den Stimmen der Betroffenen könnte abgeleitet werden, dass nach dem Ereignis eine Neubewertung der Lebenssituation stattfindet. Dinge wie das Körperbild, die finanzielle Situation oder die Stellung in der Gesellschaft waren vor dem Ereignis wichtig, sind es aber danach nicht mehr. (*„Vieles ist völlig unwichtig.", „ Äußerlich spielt für mich fast gar keine Rolle, ob ich nun meine Arme 10 cm höher bekomme oder nicht."*) Diese Neubewertung ist für einen gesunden Menschen nur schwer zu begreifen, ist aber eine Folge des traumatischen Ereignisses. Wahrscheinlich divergieren die Wertesysteme von Betroffenen und nicht Betroffenen nach dem traumatischen Ereignis.

4. Fazit

Die Umfrage zeichnet ein negatives Bild. Dem gesundheitlichen Gau folgt häufig ein finanzieller Absturz. Integrationsprogramme für derart schwer geschädigte Personen gibt es kaum. Dieser erschwert zusätzlich die soziale und gesellschaftliche Integration. Obige Randbedingungen ließen vermuten, dass Betroffene durch die Erkrankung zu unglücklichen Menschen am Rande der

Gesellschaft geworden sind. Befragt man diese selbst, kommt man zu einem völlig anderen Bild: Man stößt auf Menschen, die eine besondere Stärke ausstrahlen. Letzteres erinnert an die Lebensqualität Betroffener. Ein gesunder Mensch sagt: „So wie ein Patient mit einem Locked-in Syndrom könnte ich nicht existieren. Das ist kein Leben!“ Fragt man den Betroffenen selbst, ergibt sich ein gänzlich anderes Bild. Für ihn stellt das Locked-in Syndrom keine Beeinträchtigung seiner Lebensqualität dar.
Wir legen Wert auf die Feststellung, dass wir Betroffene mit ihren Angehörigen für das Buch „Das zweite Leben“ systematisch befragt haben; bei der Suche einer Ursache für deren weitestgehend stabilen psychischen sowie physischen Zustand aber nur spekulieren können. Wir hoffen jedoch, einen Beitrag zu leisten zu der Frage, wie Menschen mit schweren traumatischen Ereignissen fertig werden. Es besteht die Hoffnung, dass die außergewöhnlichen starken Persönlichkeiten, auf die wir gestoßen sind, Betroffenen und deren Angehörigen ein Stück Zuversicht in einer dunklen Zeit nach Ausbruch einer schweren Krankheit geben.

Literatur:

Namensgebung:
Posner J.B., Saper C.B., Schiff N.D., and Plum F., 4th ed. (2007) The diagnosis of stupor and coma.: Oxford University Press.
zur Vertiefung:
Pantke K.-H. et al. (Hrsg.) (2011) Das Locked-in Syndrom. Geschichte, Erscheinungsbild, Diagnose und Chancen der Rehabilitation. Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main.
zur schnellen Übersicht:
Pantke K.-H. & Meyer E. (2011) Das Locked-in Syndrom: Ein häufig verkanntes Krankheitsbild. Pflegezeitschrift, Jg. 64, H.1.
Patientenberichte:
Bauby J.-D. (1997) Schmetterling und Taucherglocke. Paul-Zsolnay-Verlag, Wien.
Pantke K.-H. (1999) Locked-in – Gefangen im eigenen Körper. Mabuse-Verlag, Frankfurt/ Main.
Lebensqualität:
Pantke K.-H. & Birbaumer N. (2012) Die Lebensqualität nach einem Schlaganfall mit Locked-in Syndrom. Interdisziplinär, 20 (4), 296–300.
Locked-in Syndrom und ALS:
homepage DGM (Deutsche Gesellschaft Muskelkranke), www.dgm.org
Leben mit einem Locked-in Syndrom:
Pantke K.-H. et al. (Hrsg.) (2017) Das zweite Leben. Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main.

Danksagung:
Ich möchte mich bei Linda Loschinski für die zahlreichen Hinweise und bei Frau Karin Hohnert für das sorgfältige Lesen des Manuskripts bedanken.

(1) Für alle Fragen und Gruppen wurde eine Fehlerabschätzung aus der Streuung der Antworten mittels der Methode der Standartabweichung durchgeführt. Die Rechnung erfolgt mit einem einfachen Vertrauensbereich. Die so erhaltene Zahlenwerte SD geben an, innerhalb welcher Grenzen die Antworten in einer Gruppe um einen Mittelwert x schwanken. SDmax = 0,4, SDmin = 0,08. Ø = 0,14 Die Antworten aus unterschiedlichen Gruppen sind verschieden, falls sich die Vertrauensbereiche nicht überlappen. Der Überlapp der gaußschen Fehlerintegrale ist verknüpft mit einem maximalen Fehler von p = 0,05 für angrenzende Vertrauensbereiche und kleiner für getrennte Intervalle.
Leider konnte dieses einfache Verfahren nicht auf alle Fragen angewandt werden. Wegen der kleinen Gruppengrößen entsprechen die Schwankungen der Antworten nicht immer einer Normalverteilung. Außerdem ergeben die diskreten Zahlenwerte bei einigen Fragen eine viel zu kleine SD. Die Mehrzahl der Bewertungen kann jedoch als verschieden angesehen werden, falls sie sich um mindestens 2 x 0,14 = ca. 0,3 unterscheiden. Systematische Fehler könnten jedoch überwiegen.
(2) Falls Angehörige anwesend, wurden diese einbezogen.

Dr. Karl-Heinz Pantke
Vorsitzener von LIS e.V. sowie der Christine Kühn Stiftung und Lehrbeauftragter in Unterstützter Kommunikation. Er hat ein Locked-In-Syndrom überlebt.

Kontakt: Karl-Heinz Pantke
a: LIS e.V., Geschäftsstelle am Ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge gGmbH (Lehrkrankenhaus der Charité), Haus 30, Herzbergstraße 79, 10365 Berlin
b: Christine Kühn Stiftung, Mansteinstr. 3, 10783 Berlin

Eine überarbeitete und aktualisierte Neuausgabe der **„Informationen für Angehörige von Menschen im Koma und Wachkoma“** (2015) ist mit Förderung durch die ZNS Hannelore-Kohl-Stiftung und der CvO Universität Oldenburg erarbeitet worden. Diese Broschüre ist eine Hilfe, um nachvollziehen zu können, was ein Koma oder Wachkoma ist und in welcher Lebenssituation sich der davon betroffene Mensch befindet. Sie gibt Hinweise, wie der verletzte Mensch begleitet und das medizinische Fachpersonal unterstützt werden kann. Vor allem aber verdeutlichen die Informationen: Menschen im Koma oder Wachkoma sind schwerkranke Menschen, die mit Leib und Seele, Körper und Geist, inneren Wahrnehmungen, Empfindungen und Bewegungen mit der Umgebung und anderen Menschen verbunden sind.
Die Broschüre kann kostenlos unter: www.hannelore-kohl-stiftung.de/shop/publikationen-gesamtuebersicht/schaedelhirntrauma oder bei der ZNS-Hannelore Kohl Stiftung (Bonn) bestellt werden und steht auch zum Download zur Verfügung. Eine kleine Spende ist willkommen. Der außerplanmäßige (apl.) Prof. Dr. med. Andreas Zieger, Facharzt für Neurochirurgie, Zusatzbezeichnung: Rehabilitationswesen, hatte 1994 die einzigartige Informationsschrift als sog. „blaue Angehörigenbroschüre“ ehrenamtlich erarbeitet und herausgegeben. 125.000 Exemplare wurden zum Selbstkostenpreis in Höhe von 2,50 DM bzw. Euro bundesweit verbreitet. Prof. Zieger unterstützt die ZNS-Hannelore Kohl Stiftung als Fördermitglied seit 28 Jahren. Die inzwischen vergriffene Druckausgabe der letzten 10. Auflage (2006) ist weiterhin im Downloadbereich der Homepage (Bereich „Wachkoma“) von Prof. Zieger unter:
www.a-zieger.de/Dateien/Wachkoma/Zieger-Broschu¬ere-10-Aufl-2006.pdf eingestellt und kann auch dort herunter geladen werden.

bipG® VOR ORT
ERFAHRUNG AN IHRER SEITE
BUNDESWEITE INTENSIV PFLEGE GESELLSCHAFT
"Gestalten Sie mit uns die Zukunft der Intensivpflege"
Wir suchen!
✓ Anästhesie- & Intensivpfleger (m/w)
✓ Intensivmediziner (m/w)
✓ Atmungstherapeut (m/w)
Bewerben Sie sich:
bewerbung@bipG-vo.de
www.bipG-vo.de/karriere
Unsere Leistungen!
✓ Ambulante 1:1-Pflege
✓ Wohngemeinschaften
✓ Überleitungsmanagement
Kostenlos beraten lassen:
0261 / 973 515 60

Marie Simon Pflegepreis prämiert die besten und innovativsten Pflegeprojekte – bundesweit!

Die diesjährige Verleihung des Marie Simon Pflegepreises wird unter der Schirmherrschaft des Pflegebeauftragten der Bundesregierung, Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, stehen. Mit dem Preis prämieren spectrumK und der Deutsche Städte- und Gemeindebund Projekte, die mit neuen Ideen und zielgerichtetem Vorgehen altersgerechte Strukturen schaffen, die die Lebensqualität von Pflegebedürftigen und deren Angehörigen sowie die Arbeitsbedingungen Pflegender nachhaltig verbessern. Alle Verbände, Institutionen, Initiativen, Unternehmen, Einzelpersonen und Fachleute aus dem Pflege- bzw. Gesundheitssektor sind herzlich eingeladen, sich zu bewerben!

In einer alternden Gesellschaft stellt das Schließen von Lücken in der pflegerischen Versorgung eine der großen Herausforderungen dar. „Dass sich der Bevollmächtigte der Bundesregierung für die Pflege, Staatssekretär Andreas Westerfellhaus, bereit erklärt, die Schirmherrschaft für den Marie Simon Pflegepreis zu übernehmen, bedeutet eine ganz besondere Anerkennung für die Menschen, die hinter den prämierten Projekten stehen“, betont Yves Rawiel, Initiator der Berliner Pflegekonferenz und Geschäftsführer von spectrumK. „Ohne den nachhaltigen Einsatz engagierter Menschen, die sich den derzeitigen Herausforderungen stellen, ist das nicht zu schaffen,“ erklärt Rawiel. „Durch die Unterstützung des Pflegebevollmächtigten kommen wir dem Ziel des Marie Simon Preises, dieses Engagement sichtbar werden zu lassen und Impulse zur Nachahmung zu geben, einen wichtigen Schritt näher!“

Zu den Preisträgern der vergangenen Jahre gehören Projekte wie das der Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein e.V., die in Kooperation mit der Landwirtschaftskammer Schleswig-Holstein Bauernhöfe zu Orten für Menschen mit Demenz umgestaltet oder das KONFETTI-Café, das sich an Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen wendet. Projekte wie diese wirken den Stereotypen von Trostlosigkeit erfolgreich entgegen, eröffnen zugleich neue Sichtweisen auf das Thema Demenz und bieten vielfältige Anregungen zur Nachahmung.

Auch unter dem Stichwort ‚gesellschaftliche Teilhabe‘ wurden in den letzten Jahren verschiedene Initiativen prämiert. Der Verein Wege aus der Einsamkeit, führt in seinem Projekt ‚Digitale Welt nutzen – auch im Alter‘ erfolgreich vor, wie es gelingen kann, Isolation und Vereinsamung zu überwinden. Die Seniorengemeinschaft Kronach Stadt und Land ist wiederum ein herausragendes Beispiel dafür, wie sich Mitglieder dieser Gemeinschaft bei der Bewältigung des Alltags gegenseitig unterstützen, indem sie z.B. füreinander Einkaufen gehen, Gartenarbeit erledigen oder im Haushalt helfen.

Eine hochkarätige Jury, zu der in diesem Jahr – neben der Berliner Pflegesenatorin Dilek Kolat – auch Stefanie Drese, Sozialministerin von Mecklenburg-Vorpommern gehört, wird über die eingereichten Bewerbungen entscheiden. Die Verleihung des Preises erfolgt am Abend des 8. Novembers 2018 im Rahmen der 5. Berliner Pflegekonferenz.

Bewerbungen für den Marie Simon Pflegepreis 2018 sind bis zum 15. Juli 2018 möglich. Benannt wurde der Preis nach Marie Simon, der 1824 geborenen „deutschen Florence Nightingale“ und tatkräftigen Pionierin auf dem Gebiet der Pflege.
Weiterführende zum Marie Simon Preis: www.marie-simon-preis.de.

Die 5. Berliner Pflegekonferenz am 8. und 9. November 2018 wird unter der Mitwirkung von Andreas Westerfellhaus, Staatssekretär beim Bundesminister für Gesundheit und Beauftragter der Bundesregierung für Pflege und des Botschafters der VR Vietnam, S. E. Doan Xuan Hung wieder Fragestellungen rund um die Pflege aufgreifen und Raum für kontroverse Diskussionen bieten. Wie kann unsere Gesellschaft auf die wachsende Zahl der von Demenz Betroffenen reagieren? Ist die Rekrutierung von Fachkräften aus dem Ausland ein sinnvolles Mittel gegen den Fachkräftemangel in der Pflege? Welche Veränderungen erlebt der Pflegeberuf durch die Digitalisierung? Anmeldung zum Early Bird Tarif ist bis 24. August 2018 möglich.
Weiterführende Informationen:
https://berliner-pflegekonferenz.de/

MARIE SIMON
PFLEGEPREIS

Dilek Kolat (SPD), Berliner Pflegesenatorin

FAHL

PROFESSIONELLE VERSORGUNG

JEDER PATIENT IST INDIVIDUELL!

Über 25 Jahre sind wir Ihr Spezialist und Ansprechpartner in der Tracheostoma-versorgung und Beatmung. Profitieren Sie daher jetzt von unserem umfassenden Leistungsspektrum!

- **Umfangreiches Sortiment mit bis zu 4.000 unterschiedlichen Trachealkanülen-Varianten**
- **Schnelle Reaktionsmöglichkeiten, auch bei besonderen Anforderungen und Bedürfnissen**
- **Bedarfsgerechte und individuelle Hilfsmittelversorgung**
- **Vielseitige Produkte auch speziell für Kinder**
- **Persönliche und fachgerechte Betreuung und Beratung**

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

UNSERE PARTNER

Rabenhorst WISSEN, WAS GUT TUT.

DERMASENCE MEDIZINISCHE HAUTPFLEGE

Volkswagen

Deutschlands größte Frauenzeitschrift verleiht zum 12. Mal die GOLDENE BILD der FRAU

Das Netzwerk „starker Frauen“ von bisher 60 Preisträgerinnen wächst weiter: Zum 12. Mal verleiht BILD der FRAU, ein Titel der FUNKE MEDIENGRUPPE, die GOLDENE BILD der FRAU – und zeichnet damit sechs besondere Frauen aus, die sich ehrenamtlich engagieren.

Die Verleihung der GOLDENEN BILD der FRAU findet am 7. November im Hamburger Stage Operettenhaus statt. TV-Star Kai Pflaume führt erneut vor 550 Gästen aus Politik, Wirtschaft, Show und Sport durch den Gala-Abend voller Überraschungen und Emotionen. „Die BILD der FRAU ist ein starker Titel. Warum? Weil sie Unterhalter und Motivator, Entscheidungs- und Entspannungshelfer sowie Rat- und Ideengeber zugleich ist. Und das für fünfeinhalb Millionen Leserinnen. Vor allem aber, und das zeichnet die besondere Stärke von Deutschlands größter Frauenzeitschrift aus, fördert sie mit der GOLDENEN BILD der FRAU karitatives Engagement und das nachhaltig. Sie stellt engagierte Frauen in den Mittelpunkt, und wir stellen uns als FUNKE MEDIENGRUPPE gerne unterstützend dahinter“, sagt Andreas Schoo, Geschäftsführer der FUNKE MEDIENGRUPPE.
Und das sind die Preisträgerinnen der GOLDENEN BILD der FRAU 2018:

- Nadja Benndorf (33) und Nicole John (27) aus Magdeburg bringen mit ihrem Verein „Kinderklinikkonzerte“ bundesweit Stars wie Max Giesinger oder Wincent Weiss, Bands wie Revolverheld oder Silbermond in Krankenhäuser. Die Freundinnen schenken kleinen Patienten, die oft seit Monaten im Krankenbett liegen, Trost und Lebensfreude, helfen ihnen beim Gesundwerden.
- Diana Doko (46) aus Berlin klärt mit ihrem Verein „Freunde fürs Leben“ über Depression und Suizidgefahr auf. Vor 20 Jahren nahm sich ihr eigener Bruder das Leben. Diana Doko informiert, organisiert Workshops, hilft Angehörigen und Freunden von Betroffenen und holt das Thema aus der gesellschaftlichen Tabu-Zone.
- Tanja Hock (39) aus Aschaffenburg sorgt mit ihrem Verein „Mobile Hilfe Madagaskar e.V.“ für medizinische Versorgung auf der bitterarmen Insel im Indischen Ozean. Die gelernte Hebamme kümmert sich besonders um Schwangere und Neugeborene, erreicht mit einem umgebauten Bus und per Leichtflugzeug auch abgelegene Gebiete.
- Sandra Mertzokat (45) aus Düsseldorf gründete nach dem schweren Unfall ihrer damals 8-jährigen und inzwischen verstorbenen Tochter die „ELFMETERstiftung“. Sie kümmert sich um Familien mit querschnittgelähmten Kindern, beschafft Hilfsmittel und fördert Forschungsprojekte – weil sie aus eigener Erfahrung weiß, woran es fehlt.
- Lydia Staltner (58) aus München unterstützt Rentner in Not: Mit ihrem Verein „Lichtblick Seniorenhilfe“ ist sie für ältere Menschen da, deren Rente nach einem Leben voller Arbeit nicht mal für das Nötigste wie Medikamente, Kleider oder Möbel reicht. Ihr Verein hilft unbürokratisch, bietet Senioren außerdem durch Freizeitangebote einen Weg aus der Einsamkeit.

Ab dem 22.5.2018 wurden die Preisträgerinnen mit einer bundesweiten Plakat-Kampagne vorgestellt. Portraitiert wurden die diesjährigen Preisträgerinnen dafür wie in den Jahren zuvor von Star-Fotografin GABO, die sonst Stars wie Eric Clapton, Kevin Costner oder Herbert Grönemeyer mit ihrer Kamera in Szene setzt. Inszeniert wurden die Fotos für die kraftvollen Plakatmotive von der Hamburger Agentur Frahm und Wandelt. „Das Foto-Shooting mit GABO ist ein ganz wichtiger Meilenstein im GOLDENE BILD der FRAU-Jahr. Die Preisträgerinnen lernen sich zum ersten Mal kennen, tauschen sofort Erfahrungen und Tipps aus“, so Sandra Immoor, BILD der FRAU-Chefredakteurin. „Und sie merken oft auch zum ersten Mal, wie ernst wir das meinen, wenn wir versprechen, ihre großartigen Projekte bundesweit bekannt zu machen.“ Die Plakate kommen in über 20 Städten an Bushaltestellen, in Fußgängerzonen und auf riesigen Digitalboards zum Einsatz. Außenwerber WallDecaux stellt dafür bundesweit die Flächen zur Verfügung. Andreas Prasse, Geschäftsführer Marketing & Vertrieb bei WallDecaux: „Wir freuen uns sehr, schon so lange zu den Unterstützern der GOLDENEN BILD der FRAU zu gehören. Die alljährliche City Light Poster-Kampagne mit den eindrucksvollen Porträts der Preisträgerinnen soll einerseits ihr persönliches Engagement öffentlich würdigen, setzt aber gleichermaßen bundesweit ein wichtiges, unübersehbares Zeichen für den gesellschaftlichen Zusammenhalt in unserem Land.“
Weitere Informationen zu den Preisträgerinnen unter www.goldenebildderfrau.de

Die Preisträgerinnen 2018 stehen fest - Stimmen Sie jetzt für Ihre Favoritin ab!

Alle sechs Preisträgerinnen sind jetzt schon Gewinnerinnen, aber eine Entscheidung steht noch aus: Welches der Projekte soll zusätzlich mit 30000 Euro unterstützt werden, welche Preisträgerin gewinnt den Leserpreis der GOLDENEN BILD der FRAU? Ab sofort und bis zum Vorabend der feierlichen Gala am 7. November 2018 in Hamburger Stage Operettenhaus können Sie für Ihre ganz persönliche Heldin des Alltags unterhttps://goldenebildderfrau.de/ abstimmen. Wenn Sie diese Seite öffnen, sehen Sie die Bilder.

Klicken Sie einfach das Bild Ihrer Favoritin an - und dann auf „Jetzt abstimmen“.

Die ELFMETERstiftung unterstützt rückenmarksverletzte Kinder und Jugendliche

Seit November 2011 gibt es die ELFMETERstiftung. Sie unterstützt rückenmarksverletzte-/erkrankte Kinder und Jugendliche und ihre Familien und fördert die Forschung auf dem Gebiet der Rückenmarksregeneration. Ein Ziel ist es, Querschnittlähmung eines Tages heilen zu können, bis dahin soll den Betroffenen die Teilhabe am Leben erleichtert werden. Nun ist Sandra Mertzokat, Emmas Mutter und Angehörige des Stiftungsrats, eine der diesjährigen sechs Preisträgerinnen der Goldenen BILD der FRAU. Damit besteht die Chance auf eine zusätzliche Spende von 30.000,00 Euro für rückenmarksverletzte/-erkrankte Kinder und Jugendliche.

Als Emma im Oktober 2008 mit acht Jahren schwer verunglückte, erlebte ihre Familie eine schreckliche Zeit zwischen Hoffen und Bangen. Als sie dann im April 2009 aus dem Klinikum Bergmannsheil in Bochum nach Hause entlassen wurde, hatten alle die traurige Gewissheit. Emma wird sich vermutlich nie wieder bewegen und selbständig atmen können. Sie ist vom Hals abwärts gelähmt und damit auch 24h von der Beatmungsmaschine abhängig. Über das Ausmaß dessen, was die Familie an Veränderungen zu Hause erwarten würde, hatte niemand eine Vorstellung. Klar war, dass eine Menge Geld investiert werden musste, damit Emma und den beiden Geschwistern zumindest das vertraute Umfeld erhalten werden konnte.
Ein großer Glücksfall für die Familie war schließlich ein Nachbar. Er erfuhr von Emmas Schicksal und setzte von da an unermüdlich alle Hebel und Kontakte in Bewegung, um zu helfen. Durch das Sammeln von Spenden, verbunden mit tollen Aktionen, ist es ihm gelungen, Emmas Familie wenigstens die finanziellen Sorgen zu nehmen. Nach dieser einmaligen Hilfsaktion dachten alle Beteiligten darüber nach, wie sie nach dieser gemeinsamen Erfahrung Familien in ähnlichen Situationen helfen können. Denn Emma hatte leider Recht, als sie sagte: „Ich bin nicht die Einzige, der so etwas passiert."

Emma

Die Stiftung
Im November 2011 wurde dann die **ELFMETERstiftung**, ins Leben gerufen. Der Name der Stiftung basiert auf Emmas Freude am Fußball. Vor ihrem Unfall spielte sie mit Begeisterung seit ihrem fünften Lebensjahr im Verein, und ein Elfmeter ist im Fußball eben die zweite Chance nach einem Foul. Die Stiftung hat es sich zum Ziel gesetzt, rückenmarksverletzte-/erkrankte Kinder und Jugendliche und ihre Familien zu unterstützen. Nach einer Rückenmarksverletzung infolge eines Unfalls oder einer Erkrankung des Rückenmarks ändert sich für die Betroffenen und ihre Angehörigen von einem Moment zum nächsten alles. Zur emotionalen Belastung kommen z.T. große finanzielle Sorgen. Beispielsweise muss in der Häuslichkeit das Badezimmer angepasst oder ein Lift eingebaut werden, ebenfalls benötigt das Auto in den meisten Fällen einen Umbau. Dies sind Dinge, die meist nicht von den gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden, aber für die Teilhabe am Leben wichtig sind. Wenn dann kein zusätzlicher Versicherungsschutz besteht, sind wirtschaftliche Sorgen die Regel.

Unterstützung von betroffenen Menschen
Seit sieben Jahren nun unterstützt die **ELFMETERstiftung** betroffene Menschen. Beispielsweise ist gerade „Collin", der Golden Retriever, bei Janina eingezogen. Collin wurde zum Therapiehund ausgebildet, um Janina, die aufgrund eines Unfalls seit sie 16 ist im Rollstuhl sitzt, im Alltag zu unterstützen. Einer alleinerziehenden Mama von zwei kleinen Jungs, einer aufgrund einer Rückenmarkserkrankung auf den Rollstuhl angewiesen, wurde das Auto mitfinanziert, nun ist nicht mehr so viel nervenaufreibende Zeit nötig, um die täglichen Wege zu erledigen. Sie konnte ihr Studium fortführen und erfolgreich beenden. Beindruckend! Die kleine Amelie wurde mit einem Laptop nebst Spracherkennungssoftware unterstützt, mit dem es ihr trotz ihrer Rückenmarkserkrankung möglich ist, in der Schule zu arbeiten und ihre Hausaufgaben zu erledigen. Sehr am Herzen liegt der Stiftung die Unterstützung des André Streitenberger Hauses in Datteln, wo Kindern, die u.a. aufgrund einer Rückenmarksverletzung dauerbeatmet sind, ein Zuhause gegeben wird.

Mehr unter www.elfmeterstiftung-duesseldorf.de

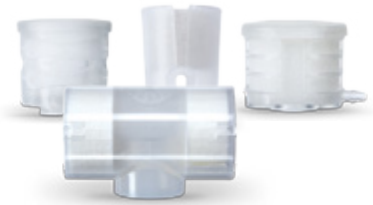
#244937758 © Ruslan Guzov - shutterstock.com
Titel: Family with Grandparents and little girl in autumn park / Urheber: Ruslan Guzov

(06.18)

Fresenius Kabi Deutschland GmbH | fresenius-kabi.de | T 0800 / 788 7070

sanabelle Künstliche Nasen/HMEs

Wärme- & Feuchtigkeitsaustauscher für verschiedene Bedürfnisse



SANABELLE – EINE MARKE DER FRESENIUS KABI GRUPPE

Ob mit hygroskopischem Papiermedium, Schaumstoffmedium oder mit einer innovativen „CLIP TO FIT“ Klemmfunktion – Fresenius Kabi Deutschland GmbH bietet ein breites Portfolio an künstlichen Nasen.

Mehr erfahren Sie unter:
www.kuenstliche-nase.de

FRESENIUS KABI
caring for life

Gemeinsam gegen das Dunkel der Nacht

Seelsorge und psychische Unterstützung zu leisten bei den Angehörigen und den Patienten – auch das ist eine Leistung der Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München. Zu den Aufgaben des Psychologenteams gehört auch der eigene Krisendienst RUF24, der im Notfall, somit in einer schweren Krise, 24 Stunden, an 7 Tagen die Woche für Betroffene erreichbar ist.

RUF24 ist ein spezialisierter Krisendienst, der es sich zur Aufgabe gesetzt hat, Familien im Anschluss an ein traumatisches Erleben zu begleiten, zu stützen, zu stabilisieren, weiterführende Hilfen anzubieten und diese auch ggf. einzuleiten. Hierbei bezieht sich RUF24 eng auf die Zielgruppe der Stiftung AKM. Dies bedeutet, dass sowohl Angehörige als auch der Patient selber von dem Psychologenteam oder den speziell geschulten Ehrenamtlichen betreut werden können, je nachdem wie der Bedarf der Familie und die Situation dazu aus sieht.
Dabei ist es eine große Kernkompetenz von RUF24, dass über unsere Notrufnummer von RUF24 unmittelbar ein umfassend geschulter Mitarbeitender an jedem Tag des Jahres erreichbar ist und ggf. bereits telefonisch unterstützen kann. Sofort nach dem Anruf macht sich dieser Mitarbeitende auf den Weg zur betroffenen Familie. Dieser Weg führt dann meist in Münchner Kreißsäle, Kinderintensivstationen und in Notaufnahmen, immer in Zusammenarbeit mit den Mitarbeitenden der Klinik. RUF24 wird tagsüber von den hauptamtlichen Mitarbeitern der Stiftung AKM bedient. Nachts, feiertags und am Wochenende durch speziell geschulte und trainierte Ehrenamtliche.
Zu jeder Tages- und Nachtzeit steht zudem parallel immer ein erreichbarer Hintergrunddienst zur Verfügung. Dieser wird von speziell geschulten psychosozialen Fachkräften mit akademischem Studium (Psychologen u.ä.) besetzt, die es dem Diensthabenden ermöglichen, unmittelbare fachliche Rücksprache und Unterstützung zu erhalten.
Ein weiterer Teil der Arbeit des Psychologenteams sind die therapeutischen Kurzinterventionen. Mittels dieser können die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Stiftung schnell und umfassend auf psychische Probleme und auch Erkrankungen reagieren. Es hat sich gezeigt, auch wenn der Anspruch der Kinderhospizarbeit ein sehr niederschwelliger ist, dass die Integration therapeutischer Maßnahmen in der Arbeit zur Stärkung der Familien gebraucht wird. Gleichzeitig haben die begleiteten Familien mit besonderen Umständen zu kämpfen. So ist es zum Beispiel den wenigsten Elternteilen möglich, sich nach Terminvorgaben zu richten.

Die Erkrankungen der Zielgruppe des Kinderhospizes haben ihre eigene Dynamik und brauchen damit auch eine eigene Flexibilität, sowohl terminlich, als auch zum Beispiel innerhalb der Örtlichkeit für therapeutische Gespräche. Auch den Bereich der Seelsorge deckt die Stiftung AKM ab. Seelsorge bedeutet eine persönliche geistliche Begleitung und Unterstützung in einer Lebenskrise durch einen Seelsorger, meist ein Geistlicher. In Kooperation mit der evangelischen Landeskirche Bayern wird dieser Bereich personell besetzt. Pfarrerin Sandra Gassert unterstützt sowohl im Krisendienst RUF24, als auch als kompetente Ansprechpartnerin christlicher Begleitung und im Bereich der Seelsorge.
Aber auch die Teilhabeorientierte Nachsorge (TN) gehört teilweise in das Aufgabenfeld des Psychologenteams.

Die Kernaufgabe der TN ist es, Betroffenen mittels unterschiedlichster Angebote eine gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen. In Angehörigengruppen haben pflegende Angehörige die Möglichkeit sich mit Menschen in einer ähnlichen Lebenssituation auszutauschen und eine gemeinsame Zeit miteinander zu verbringen. Die Gruppen werden unter professioneller Leitung durchgeführt.

Kerninhalte von RUF24 auf einen Blick:

- absolute Berücksichtigung der besonderen Umstände
- Stärkung der individuellen Ressourcen
- individuelle Schwerpunktsetzung
- interdisziplinäre Arbeit
- Beratung dort, wo die Familie es möchte
- Verhinderung psychischer Erkrankung (Prävention)
- absolute Niederschwelligkeit
- hohe Flexibilität
- Einhaltung hoher professioneller Standards
- Einbezug eines professionellen Netzwerkes
- Aufklärungsarbeit der besonderen Belastungen unserer Zielgruppe

Schwerpunkte

- Systemische Beratung alltagsnaher Fragestellungen
- Beratung zum Thema Sucht und Suchtprävention
- Psychologische Beratung von Kindern und Jugendlichen (ab 5 Jahre)
- Psychologische Beratung von Eltern, Familien und Angehörigen unter Berücksichtigung des individuellen Netzwerkes unserer Zielgruppe
- Pädiatrische Psychoonkologie
- Medizinische und pädiatrische Psychologie
- Vorbeugung psychischer Erkrankung
- Psychopathologische Diagnostik
- Therapeutische Stabilisierung im klinischen Sinne
- Begleitung und Beratung bei Gewalterfahrung
- Krisenintervention
- Sicherung und Stabilisierung bei Akuttraumatisierung
- Gutachterliche Tätigkeit
- Berücksichtigung genderspezifischer Fragestellungen
- Vorträge, Schulungen und Kongressbeiträge
- Beratung von Kollegen, Ämtern, Krankenhäusern und Behörden
- Psychologische Beratung und Begleitung im Zusammenhang mit Kinderhospizarbeit
- Psychologische Beratung im Kontext der Fachstellen für pflegende Angehörige
- Psychologische Beratung im Zusammenhang mit Sozialmedizinischer und Teilhabeorientierter Nachsorge
- Supervisionsangebote
- Netzwerkarbeit mit Netzwerkpartnern und niedergelassenen Therapeuten

Neue Perspektiven für Menschen mit spinaler Muskelatrophie

Für viele Erkrankungen stehen inzwischen wirksame und sichere Behandlungsoptionen zur Verfügung, die Leben und Alltag von Patienten maßgeblich verbessern können. Zum internationalen „Tag der seltenen Erkrankungen“ am 28.2.2018 wiesen die Mitgliedsvereine der ACHSE, regionale Selbsthilfegruppen sowie engagierte Ärzte und Einzelpersonen mit Aktionen u.a. auf den dennoch ungebrochen hohen medizinischen Bedarf bei seltenen Erkrankungen hin. Zudem vergehen bis zur richtigen Diagnose einer seltenen Erkrankung oft viele Jahre. Dabei kann eine rasche Diagnose die Situation für Patienten entscheidend verbessern. Das gilt auch für die seltene Erkrankung „spinale Muskelatrophie“ (kurz: SMA), die seit Juli vergangenen Jahres gezielt behandelt werden kann.

Eine vom Unternehmen Biogen bei Eltern und Ärzten in den USA durchgeführte Umfrage ergab, dass es zahlreiche Besuche bei behandelnden Kinderärzten und Fachärzten erforderte, bis die Diagnose SMA gestellt werden konnte. (1) Ein möglichst früher Gentest soll diese Zeit deutlich verkürzen, wenn ein Verdacht auf SMA vorliegt oder aber die exakte Form einer Muskelschwäche noch gar nicht sicher diagnostiziert wurde.

Frühe Diagnose wichtig

Die SMA ist mit schätzungsweise 1.500 Betroffenen in Deutschland eine seltene Erkrankung, aber dennoch eine der häufigsten genetisch bedingten Todesursachen von Säuglingen und Kleinkindern. Ohne Behandlung erreichten sie bislang oft nicht einmal das zweite Lebensjahr.

Seit Mitte 2017 ist in Deutschland erstmals ein Arzneimittel zur gezielten Behandlung zugelassen. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat diesem Arzneimittel in seiner Eigenschaft als höchstes Organ der

gemeinsamen Selbstverwaltung im Gesundheitswesen zuletzt einen „erheblichen Zusatznutzen“ attestiert. Das ist die höchste Kategorie, die der G-BA vergibt.
Umso wichtiger ist es, die Muskelschwäche frühzeitig zu erkennen – nicht nur bei Säuglingen. Denn auch Erwachsene können von SMA betroffen sein, auch wenn der Verlauf milder ist und sich die Erkrankung zum ersten Mal oft erst in der Jugend oder im Erwachsenenalter bemerkbar macht. Dennoch kann auch die später einsetzende SMA tiefgreifende Auswirkungen auf das Leben von Betroffenen und Angehörigen haben. Zudem ist sie eine fortschreitende Erkrankung, sodass sich der Gesundheitszustand ohne Behandlung bei allen Patienten im Zeitverlauf in der Regel verschlechtert.

Gentest liefert schnelle Ergebnisse

Sowohl bei Säuglingen, Kleinkindern als auch Jugendlichen und Erwachsenen kann eine ausgeprägte Muskelschwäche durch eine Vielzahl von Erkrankungen und anderen Ursachen hervorgerufen werden. Selbst ein mit neuromuskulären Erkrankungen erfahrener Arzt stellt in der Regel lediglich zunächst eine Verdachtsdiagnose. Gesichert werden kann diese durch einen genetischen Test. Da es sich bei SMA um eine der häufigeren neuromuskulären Erkrankungen handelt, kann sich auch ein genetischer Test zu Beginn der Differenzialdiagnose anbieten.
Für die humangenetische Laboruntersuchung werden wenige Milliliter Blut von einem spezialisierten Labor analysiert. Manche Labore arbeiten auch mit speziellen Trockenblutkarten, für die lediglich ein Blutstropfen auf eine Filterkarte aufgetragen wird. Durch die geringe Probenmenge eignet sich dieser Test für jede Altersgruppe und die Ergebnisse liegen in der Regel binnen einer Woche vor. Dadurch wird Patienten ein entsprechend schneller Zugang zu einer passenden Behandlung ermöglicht. Die Betreuung kann dann in einem spezialisierten Zentrum erfolgen, das beispielsweise bei der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke (DGM e.V.) hinterlegt ist: http://bit.ly/SMA-DGM.

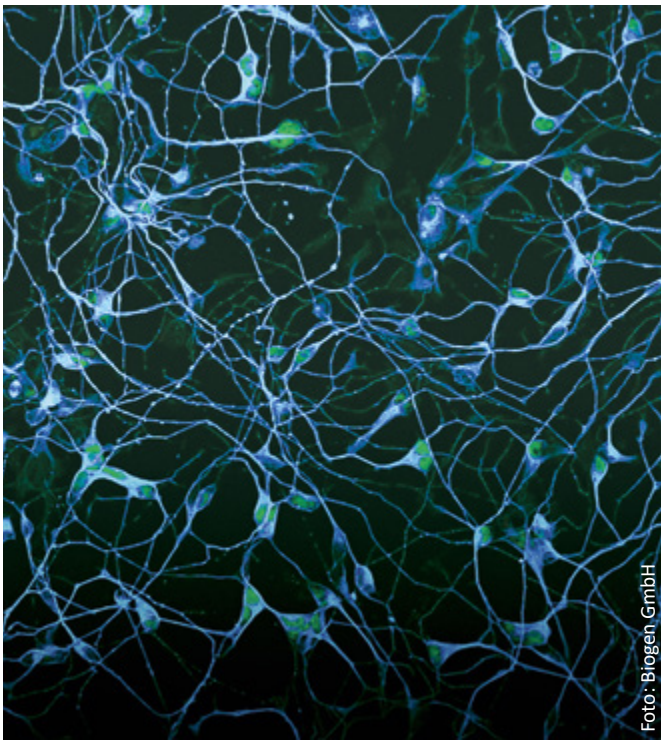


Foto: Biogen GmbH

Gendefekt als Ursache für SMA

SMA geht auf einen Gendefekt zurück, der dazu führt, dass ein für Nervenzellen im Rückenmark notwendiges Eiweiß nicht in ausreichender Menge gebildet wird. In der Folge kommt es zu einer allmählichen Schwäche der Muskulatur und in schweren Fällen sogar zum Verlust der Bewegungsfähigkeit. Den Betroffenen mit früh einsetzender SMA ist es dann oft nicht möglich sogenannte motorische Meilensteine zu erreichen, also beispielsweise den Kopf zu halten oder sich auf den Rücken zu drehen. Auch Atmen und Schlucken sind ohne medizinische Unterstützung kaum möglich, sodass eine künstliche Beatmung und Ernährung unumgänglich werden.
Durch einen innovativen Ansatz haben es Wissenschaftler geschafft, den Defekt bei SMA teilweise auszugleichen. Das Arzneimittel greift in den Ableseprozess eines bestimmten Gens ein und führt dazu, dass das notwendige Eiweiß in deutlich erhöhter Menge zur Verfügung steht. Patienten können dadurch motorische Meilensteine und eine Verbesserung der Muskelfunktion erreichen, die bei einem unbehandelten Krankheitsverlauf bislang nicht beobachtet werden konnten. Ohne Therapie versterben viele Kleinkinder oder die Betroffenen erleiden schwere Behinderungen.
Die SMA gehört zu den seltenen Erkrankungen. Rund zwei Millionen Deutsche sind genetische Träger, in den allermeisten Fällen ohne Folgen.

Zukunftsgerichtete Aussagen

Diese Pressemitteilung enthält zukunftsgerichtete Aussagen. Diese Aussagen können durch Wörter wie „vermuten“, „glauben“, „schätzen“, „erwarten“, „prognostizieren“, „möglicherweise“ sowie ähnliche Wörter und Formulierungen gekennzeichnet sein. Zukunftsgerichtete Aussagen sollten nicht als verlässliche Informationen bewertet werden. Solche Aussagen sind immer mit Risiken und Unwägbarkeiten behaftet, die zu einem Abweichen der tatsächlichen Ergebnisse von den zum Ausdruck gebrachten Erwartungen führen können. Dies kann unter anderem folgende Punkte betreffen: das Erfüllen klinischer Studienendpunkte, die Erteilung von Zulassungen, das Auftreten unerwünschter sicherheitsrelevanter Ereignisse, Wettbewerbsbedingungen, die Sicherstellung von Kostenerstattungen, nachteilige Markt- und Wirtschaftsbedingungen, Probleme mit Herstellungsverfahren, Abhängigkeiten von Dritten, die Nichterfüllung regulatorischer Auflagen inklusive Nachteilen durch Änderungen derselben, den wirksamen Schutz unseres geistigen Eigentums und die dabei entstehenden Kosten sowie die sonstigen Risiken und Unwägbarkeiten, die im aktuellen Quartals- oder Jahresbericht sowie in anderen Berichten aufgeführt sind, die bei der US-Börsenaufsichtsbehörde SEC eingereicht wurden. Die getroffenen Aussagen beruhen auf aktuellen Annahmen und Erwartungen und geben nur den Stand mit Datum dieser Pressemitteilung wieder. Biogen unterliegt keiner Verpflichtung zur öffentlichen Aktualisierung der in der Presseinformation enthaltenen zukunftsgerichteten Aussagen.

Quellen

(1) https://www.togetherinsma.com/en_us/home/introduction-to-sma/diagnosis.html, zuletzt aufgerufen am 27.2.2018.

Weitere Informationen: Biogen GmbH: www.biogen.de

Wie der kleine Johannes sich ins Leben zurückkämpfte

Johannes ist ein lebensfroher, zweijähriger Junge. Doch schon kurz nach seiner Geburt musste er um sein Leben kämpfen – auch als die Ärzte ihn schon aufgegeben haben. Seine Eltern Alexandra und Markus berichten über die schwere Zeit und wie ihn der Pflegedienst bipG dabei unterstützen konnte.

Es war ein ganz normaler Tag, als Markus und Alexandra vor zwei Jahren auf dem Weg zu einer Reinigung waren. Der gelernte Einzelhandelskaufmann und die Lehrerin an einer Gesamtschule ahnten nicht, dass dieser Tag einer der schwierigsten ihres Lebens sein würde. Nur wenige Meter vor dem Geschäft platzte unerwartet Alexandras Fruchtblase – in der 28. Schwangerschaftswoche. „Mein erster Gedanke war: Das ist viel zu früh!“, so Alexandra über den Tag. Auch ihr Mann fühlte sich hilflos: „Mich hat das arg belastet. Ich wusste einfach nicht, was ich machen sollte“, sagt er heute.
In der Klinik versuchten die behandelnden Ärzte, mit einer Lungenreifungsspritze die Geburt so lange wie möglich hinauszögern, doch ein CTG zeigte nur noch schlechte Herztöne des Kindes. Die Ärzte entschieden, die Geburt einzuleiten. Erst sechs Stunden nachdem der kleine Johannes zur Welt gekommen war, durften seine Eltern ihn das erste Mal auf der Intensivstation sehen. Das Frühchen musste beamtet werden, hatte einen kleinen Herzfehler und bekam am dritten Tag zusätzlich eine Hirnblutung. „Da legte uns der Oberarzt nahe, die lebenserhaltenden Geräte abzustellen. Die Gesamtlage sei nicht sehr aussichtsreich“, berichtet Alexandra. Ihr Mann fügt hinzu: „Er meinte, dass ihn kein Arzt in der Stadt operieren würde. Aber für uns war klar, dass wir die Geräte auf keinen Fall abstellen würden.“ Das Paar rief bei ihren Familien an, bat sie ins Krankenhaus und organisierte eine Nottaufe. „Das waren die schrecklichsten Stunden meines Lebens. Immer wieder gingen mir die Worte des Oberarztes durch den Kopf“, sagt Markus. Die jungen Eltern zweifelten an ihrer Entscheidung. Zu Unrecht: Johannes überlebte.

„Wenn ich den Kleinen jetzt so sehe, weiß ich, dass er bei uns bleiben sollte“

Markus

Trotzdem musste Johannes noch neun Monate lang medizinisch in der Klinik versorgt werden. Allein fünf Monate wartete die Familie auf ihren ersten gemeinsamen Spaziergang im Kinderwagen – inklusive Beatmungsgeräte. Vor allem die schönen Momente gaben ihnen zu der Zeit Kraft. Viele alltägliche Dinge wie der erste Spaziergang oder das Flasche geben waren und sind bis heute Meilensteine für die Familie. Einen passenden Pflegedienst zu finden gehörte ebenfalls zu einer ihrer großen Herausforderungen. Alexandra erzählt: „Wir hatten bereits eigenständig bei Pflegediensten angefragt, die sich auf intensive Kinderversorgung spezialisiert hatten. Aber die haben sofort abgelehnt. Man müsse sowieso mindestens eineinhalb bis zwei Jahre warten, und ein Kind mit Tracheostoma würde schon gar nicht gehen.“ Eine Schwester empfahl dem Paar daraufhin die bipG, und nach einem ersten Besuch bei Johannes entschied man sich für den Pflegedienst. „Wir konnten uns schnell über

den Zeitpunkt der Versorgung einigen und von da an lief alles Weitere reibungslos“, berichtet Alexandra über ihre Erfahrung mit der bipG.
Trotzdem ist aller Anfang schwer. „Wir hatten damals eine Durchgangswohnung und ich arbeitete dazu noch im Schichtdienst. Es fehlte ein Rückzugsort“, so Markus. Aber es gab auch sofort spürbare positive Aspekte, wie seine Frau erklärt: „Durch Johannes Betreuung konnte ich Vollzeit arbeiten. Das war eine große Entlastung.“ Auch das gute Verhältnis und die wenigen personellen Wechsel machten es der Familie leichter. „Wir hatten von Anfang an ein gutes Team“, sagen sie.

Eine schnelle Genesung

Die folgenden Monate nach Johannes‘ Entlassung aus der Klinik entwickelten sich positiver als von den Ärzten prognostiziert wurde. „Es hieß das Tracheostoma würde er brauchen bis er vier oder fünf Jahre alt ist. Heute ist er zwei und kommt sogar schon ohne Kanüle aus“, erklärt Johannes‘ Mutter stolz. Seit sechs Monaten benötigt der lebensfrohe Junge auch keinen Sauerstoff mehr. Selbst die Ärzte waren von Johannes‘ schneller Genesung überrascht. „Johannes hat den schwierigsten Teil überstanden und manchmal hatte ich das Gefühl, dass er das besser wegsteckt als wir“, so Alexandra. Nach und nach holt er kleine Rückstände wieder auf. „Er kämpft sich durch, das merkt man. Wir sind sehr stolz auf ihn“, sagen seine Eltern.
Dank seiner Genesung kann sich die bipG als Pflegedienst nach und nach zurückziehen. Markus und Alexandra sind dankbar, so ein harmonisches Team gehabt zu haben. „Ich finde, davon könnten sich viele etwas abgucken. Man hört ja manchmal, wie es anderswo läuft. Aber uns hätte es nicht besser treffen können“, so Markus. Das Paar beschloss von Anfang an, die Teammitglieder in ihr Leben zu integrieren, mit ihnen zu kochen und auch gemeinsam etwas zu unternehmen. Und auch Johannes hat sich immer auf die Pflegekräfte gefreut.
Mittlerweile hat die Familie bereits erste Tage ohne Pflegedienst verbracht. Zur Unterstützung greift Johannes‘ Großmutter noch mit unter die Arme. „Die ersten Tage alleine haben wir schon gemerkt, dass es nun auf uns ankommt“, erzählt Markus. Wenn das Paar von der Arbeit nach Hause kommt, genießt es die gemeinsame Zeit zu dritt. „Jetzt einfach losfahren zu können, ohne Geräte oder Absprachen mit jemanden, ist einfach genial.“

Normaler Familienalltag mit einem besonderen Kind

Zoe Haringer ist seit ihrem 2. Geburtstag durch einen Autounfall querschnittgelähmt, beatmet und muss 24 Stunden rundum betreut werden. In den vorangegangenen Ausgaben berichteten ihre Eltern, Bettina und Jochen Haringer, über eine Urlaubsreise nach Irland und den Schulbesuch. In dieser Ausgabe geht es um den ganz normalen Familienalltag mit einem besonderen Kind.

Es ist 6 Uhr morgens und der Wecker klingelt meinen Mann und mich aus dem Bett. Ich gehe ins Bad, mache mich fertig und wecke unseren Sohn Laurin (11 Jahre). Im Nebenzimmer höre ich schon Zoes Stereoanlage wummern und die Krankenschwester ein Lied singen, während sie Zoe fertig macht für die Schule. Der Sauerstofftank rauscht, die mobile Sauerstoffflasche wird gefüllt und ich weiß, es ist Zeit, in die Küche zu gehen, da gleich alle dort eintreffen werden. Mein Mann wickelt in der Zwischenzeit unsere kleine Tochter Feli (2 Jahre) und versucht noch schnell den Frühstückstisch zu decken.
6.30 Uhr: Die ganze Familie sitzt beim Frühstück. Zoe wird das Frühstück gegeben. Nebenbei heißt es, die Pausenbrote schmieren, Getränke einpacken. Die Nachtschwester hat ein paar Infos für mich, welche Medikamente bestellt werden müssen und dass die Schwester x mit Schwester y getauscht hat. Nebenbei schmeißt Feli ihren Becher voll Orangensaft über den Tisch. Ich versuche, alle Infos, so gut es geht, zwischen dem Saftaufwischen, Füttern und selbst einen Kaffee trinken, zu behalten.
6.55 Uhr: Die Tagschwester kommt mit dem Aufzug ins Esszimmer und Zoe sollte jetzt mit dem Essen fertig sein. Ups, da ist noch ein Medikament, das wir vergessen haben zu nehmen. Also schnell noch runter damit und ab in die Jacke. Schulranzen und Notfallrucksack noch einpacken, dann kann es um 7.00 Uhr mit dem Taxi, das Zoe täglich zur Schule abholt, losgehen.
Mein Mann macht noch den „Rest“, sich inklusive, fertig und macht sich dann auch auf den Weg zur Arbeit. Für mich heißt es dann, zuerst einmal die Trümmer des ersten Schlachtfeldes des Tages aufzuräumen. Jetzt kann ich mich um all die Sachen kümmern, die wahrscheinlich in jeder normalen Familie mit 3 Kinder anfallen: Wäsche, Kochen, Einkaufen. Aber da gibt es durch Zoes Behinderung noch einige Dinge mehr zu erledigen und vor allem zu organisieren. Ach ja, ich erinnere mich… Medikamente. Ich rufe in unserem zuständigen Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) an und fordere die Rezepte für die fehlenden Medikamente an, worauf mich die nette Dame am Telefon darauf hinweist, dass sie noch die Versichertenkarte und die Überweisung für das neue Quartal bräuchte... ups, hab ich wohl vergessen. Im Orthopädiehaus vereinbare ich schnell einen Termin zur Anprobe für das neue Mieder und die Rumpforthese, da Zoe aus den alten rausgewachsen ist.
Mit dem Pflegedienst muss ich noch bezüglich der Dienste für den kommenden Monat telefonieren und dann war da noch der Antrag für Zoes Schulbegleiter, der jedes Jahr aufs Neue ausgefüllt werden muss.
Zoe hat in der Zwischenzeit Krankengymnastik in der Schule, wurde danach womöglich ins Stehbrett getan und genießt nun einen hoffentlich spannenden und tollen Schulalltag mit ihren Freunden.
Mein Sohn schreibt heute eine Deutschschulaufgabe, großer Graus, also denke ich fest an ihn und drück ihm alle Daumen, die ich noch übrighabe, während ich mit Feli ein Essen zaubere und irgendwie die Küche und das Esszimmer in einen Raum zum Wohnen zurückverwandle, nachdem sie mit einer Schaufel voller Sand aus dem Garten kam, um mir einen Kuchen zu backen.
Zum Glück hängt an unserer Eingangstür eine Karte, auf der steht: „Entschuldigen Sie die Unordnung, aber wir wohnen hier“. Jedes Mal, wenn ich daran vorbeigehe, muss ich etwas schmunzeln und an meine Kinder, meinen Mann, den Hund und die Katze denken, die natürlich auch nicht fehlen dürfen in all dem Wahnsinn und manchmal auch Chaos.
Ich kontrolliere meinen Spickzettel, auf dem ich alles aufgeschrieben habe, damit ich nichts vergesse und merke... oh, doch etwas vergessen. Feli hat einen U-Termin heute Nachmittag und Laurin soll gleichzeitig zum Kieferorthopäden. Kurzerhand frage ich die Oma, ob sie einen der Termine übernehmen kann. Feli ist nun so müde, dass sie fast bei ihrem Mittagessen einschläft und ich freue mich insgeheim auch schon sehr auf eine kleine Pause, wenn sie um ca. 12.30 Uhr endlich ein kleines Schläfchen hält. Vorher erzählt sie mir aber noch „Mama Bett, Feli Bett, soooo schön!“. Ich denke mir, wie schön es ist, Kinder in seinem Leben zu haben, die bedingungslose Liebe schenken und falle in einen kurzen Schlummer neben meiner Tochter.
Leider reißt mich das Telefon um kurz nach 13 Uhr aus den Träumen. Die Krankenschwester ist dran und erzählt, dass das Taxi nicht gekommen sei, um Zoe von der Schule abzuholen. Also rufe ich dort an, erkläre ihnen, dass es so nicht geht, und Zoe in der prallen Sonne warten muss und bitte sie, schnellstmöglich jemanden hinzuschicken, um sie zu holen. Wieder in der Küche, mache ich für Zoe und mich das Mittagessen fertig und warte, bis sie dann endlich um 14.00 Uhr - viel zu heiß und fix und fertig - zu Hause ankommt. Auch Laurin ist nun aus der Schule zurück und erzählt kurz von seiner Schulaufgabe. Ich hoffe, dass Feli gut schläft und wir einfach in Ruhe unser Mittagessen genießen können. Aber leider ist es dann meist doch so, dass, wenn wir gerade anfangen, aus dem Babyphon ein leises „Mama“ tönt, das zu Geheule und dann zu einem fordernden „MAAAMMMAAA“ wird. Ich hechte nach oben, bitte die Krankenschwester, mit Zoe fertig zu essen und versuche mein Glück, Feli wieder zum Schlafen zu bringen. Derweil denke ich nur an mein Mittagessen, das unten in der Küche am Tisch langsam kalt wird.
Ok, irgendwann gebe ich auf und komme mit Feli zurück in die Küche. Wir essen gemeinsam weiter und langsam wird es mehr als notwendig, dass Zoe eine Pause bekommt. Ich bringe sie in ihr Zimmer, wo die Krankenschwester sie ins Bett legt, an ihre Beatmungsmaschine anschließt und ihr etwas Ruhe gönnt. Der Nachmittag ist gefüllt mit Hausaufgaben, spielen oder einfach nur miteinander sein, im Garten die Gemüsebeete bepflanzen, Trampolin hüpfen oder durch den Garten Rennen zu fahren. Als die Tagschwester zu mir kommt und sich um 17.00 Uhr in ihren wohlverdienten Feierabend verabschiedet, sitzt Zoe heute aber noch an ihrem Computer.

Ich schalte die Monitorkamera ein, damit ich Zoe sehen und hören kann, wenn sie alleine an ihrem PC sitzt. Sie macht noch ihre Hausaufgaben, checkt ihre WhatsApp Kontakte oder malt noch mit ihrer Integramaus. Danach kommt sie zu uns in den Garten. Während ich die Pflanzen im Gewächshaus gieße, fahren die Kinder wieder Rennen: Laurin mit dem Roller, Zoe mit dem Rolli und Feli mit dem Bobby Car. Ich sehe aus dem Blickwinkel nur annähernd die Geschwindigkeit, mit der Zoe um die Ecken rauscht und hoffe insgeheim, dass sie angeschnallt ist und nicht aus dem Rolli kippt. Aber nein, da kommt sie angerauscht und verkündet, dass sie bitte kathetert werden müsse. Juhu, denke ich, und das 15 Minuten, nachdem die Schwester gegangen ist. Ich gehe also mit ihr nach oben, Feli im Schlepptau, da ich sie nicht alleine im Garten lassen möchte (wir haben dort einen Schwimmteich). Schwups! Ich wuchte Zoe ins Bett, worauf Feli an meinem Bein zieht und auch dorthin will. In Gedanken sehe ich schon, wie sich die Katheterschüssel samt Inhalt im Bett verteilt, wir alles abziehen und neu beziehen müssen. Aber Gott sei Dank bleibe ich heute davon verschont, und die beiden hören einfach nur Musik, kichern und lachen dabei, als wäre ich gar nicht da. Herrlich!
Wir sind fertig und kehren gemeinsam in den Garten zurück. In der Zwischenzeit ist mein Mann nach Hause gekommen und verkündet, er müsse jetzt noch schnell mit dem Traktor am Feld etwas umgraben, damit wir am Wochenende endlich die Kartoffeln und das Gemüse pflanzen können. Zoe scheucht währenddessen mal unseren Hund Lisa von den Hühnern weg, bevor er sich ein Huhn schnappen kann.
Wir haben also noch eine kurze Zeitspanne, bevor wir um 18.00 Uhr zu Abend essen und dann langsam alle Richtung Bett bringen. Ich setze mich in die Hängeschaukel am Stall, genieße die Sonne und schaue meinen Kindern beim Rennfahren zu. Der Sohn meiner Freundin ist mittlerweile dazugekommen und hat sich das Kettcar geschnappt.
Langsam decke ich im Garten den Tisch. Die Kinder helfen so gut jeder kann. Wir essen gemeinsam zu Abend und es kehrt ein Gefühl der Ruhe ein. Die Kinder erzählen, was an ihrem Tag los war, mein Mann und ich besprechen, was in den nächsten Tagen ansteht und genießen die letzten Sonnenstrahlen und das Beisammensein. Während ich später mit Laurin und Zoe die Küche aufräume, Zoe zwischendurch zwei Mal über ihre Trachealkanüle absauge, ist mein Mann heute dran, Feli fürs Bett fertig zu machen. Über das Babyphon hören wir, wie sie kreischt und quiekt. Wahrscheinlich kitzelt sie mein Mann und er singt ihr Lieder vor. Um 19.00 Uhr sitzen heute alle vereint im Wohnzimmer und die Kinder dürfen sich noch eine Sendung im Fernsehen ansehen. Da Feli mitschauen möchte, wird es wohl zum Leidwesen der Großen eine Tiersendung sein. Um 19.30 Uhr bringt mein Mann Feli zu Bett. Die Nachtschwester kommt gerade ins Wohnzimmer und erkundigt sich, ob es bei Zoe irgendwelche Besonderheiten gab. „Besonderheiten“ denke ich und schmunzle kurz in mich hinein. Dann erzähle ich ihr kurz, was los war und bitte sie, noch einige Dinge in der Nachtschicht zu erledigen. Da wäre z.B. die komplette Bestellung aller Verbrauchssachen für den Urlaub und der Test, ob der Sauerstoffkonzentrator noch funktioniert… Um 19.45 Uhr fahre ich mit Zoe nach oben in ihr Bad zum Zähneputzen und übergebe sie danach der Nachtschwester. Diese hebt Zoe in ihr Bett, zieht sie aus, kathetert sie und macht die komplette Abendversorgung. Laurin frage ich noch die Englischvokabeln ab, dann ist es um 20.30 Uhr für alle Zeit, ins Bett zu gehen. Puh!
Mein Mann und ich sitzen noch im Garten und lassen die letzten 15 Stunden revuepassieren, die sich oft anfühlen, als wäre man schon tagelang wach. Was für ein Tag für alle in der Familie! Alltag oder doch Wahnsinn??? Ich frage mich manchmal, wie andere Familien mit einem behinderten Kind das alles organisieren und ob es dort ähnliche Themen und Probleme gibt. Währenddessen lausche ich dem Gequake der Frösche aus dem nahen Teich im Wald und versinke immer mehr in meinen Gedanken.
Zum Glück weiß ich, dass nicht alle Tage so sind und auch, dass ich keinen einzigen davon mit meiner Familie missen möchte. Denn auch das habe ich von meiner Tochter Zoe gelernt: Aufgeben ist nicht und jeden Morgen geht wieder die Sonne für einen neuen besonderen Tag auf.
In diesem Sinne: Genießt eure Tage mit euren euch Anvertrauten und macht aus jeder Situation mit einem Lächeln das Beste.

Bettina Haringer

Bettina Haringer und ihre Tochter Zoe werden beim diesjährigen MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress zu Gast sein und an einer Diskussionsrunde zum Reisen mit Behinderung teilnehmen.

Familie Haringer

20 Jahre Kinder- und Jugendhospiz Balthasar - Richtungsweiser für Deutschland

Das Kinder- und Jugendhospiz Balthasar eröffnete 1998 als erstes Kinderhospiz in Deutschland. Niemand hätte damals gedacht, welche Entwicklungen durch diese neue Einrichtung angestoßen werden sollten. Das Kindertrauerzentrum Thalita, die eigene Kinder- und Jugendhospizstiftung Balthasar, klartext!, der Chatroom für trauernde Jugendliche und Deutschlands erstes Jugendhospiz folgten in Olpe - und in ganz Deutschland entstanden über die Jahre viele weitere Kinder- und Jugendhospize.

Für Eltern unheilbar und lebensverkürzt erkrankter Kinder war es 1998 ein Aufatmen, als endlich das erste deutsche Kinderhospiz seine Pforten öffnete. Geplant nach englischem Vorbild fanden zunächst acht Familien ein zweites Zuhause auf Zeit. Das Konzept des Kinderhospizes unterschied sich schon damals deutlich von dem eines Hospizes für Erwachsene. Im Balthasar werden die Eltern und Geschwister mit aufgenommen und von Trauerbegleitern unterstützt und die Begleitung beginnt nicht erst in den letzten Lebenstagen des Kindes, sondern schon ab der Diagnose. Bis heute ist es so, dass die ganze Familie ab der Diagnose für einige Wochen im Jahr ins Balthasar kommen und das Hospiz so eine Herberge auf dem langen Weg bis zum Versterben des Kindes sein kann. Ein „Notfallplatz“ ermöglicht zugleich die kurzfristige und unbegrenzte Aufnahme in der letzten Lebensphase. Über 800 Familien aus ganz Deutschland sowie dem angrenzenden Ausland fanden im Kinder- und Jugendhospiz Balthasar in den letzten 20 Jahren ein zweites Zuhause auf Zeit. Mehr als Hälfte der Kinder ist inzwischen verstorben.

Multiprofessionelle Palliativversorgung

Nachdem 2009 mit dem Jugendhospiz Balthasar vier weitere Plätze für junge Menschen bis ca. 25 Jahre dazu kamen, sind bei Vollbelegung nun gleichzeitig bis zu 50 Gäste im Haus. Und jeder von ihnen bringt sein eigenes „Paket“ mit. Für Pflegekräfte und Trauerbegleiter haben sich die Aufgaben und Herausforderungen in den letzten 20 Jahren zum Teil deutlich verändert, denn die pädiatrische Hospiz- und Palliativversorgung hat sich spürbar weiterentwickelt. Waren bei Gründung des Hospizes vor allem kleinere, stoffwechselerkrankte Kinder mit ihren Eltern zu Gast, gibt es heute sehr viel differenziertere Krankheitsbilder. Auch Intensivpflege, beispielsweise in Form von invasiver Dauerbeatmung, gehört inzwischen zur stationären Kinder- und Jugendhospizarbeit dazu.

Im Balthasar wird die Palliativversorgung von einem multiprofessionellen und ganzheitlich arbeitenden Team umgesetzt und stets individuell und entlang der persönlichen Bedürfnisse der Gäste gestaltet. Pflegekräfte und Kindertrauerbegleiter kooperieren mit Fachärzten sowie Physio- und Ergotherapeuten, ergänzend wird tiergestützte Therapie und Musiktherapie eingesetzt.
Die qualifizierte Palliativpflege übernehmen erfahrene Pflegefachkräfte. Oberstes Ziel sind der Erhalt von Lebensqualität und Wohlbefinden der unheilbar erkrankten Kinder und Jugendlichen, wobei es sowohl um die Besserung physischer Beschwerden, wie auch um die Linderung von sozialen, psychischen und spirituellen Problemen geht. Dies gelingt nur, wenn die Familienangehörigen auf Augenhöhe mit einbezogen werden. Die persönlichen Wünsche und Werte, Vorstellungen und Entscheidungen aller Gäste werden beachtet und im Handeln der Mitarbeiter berücksichtigt. So baut sich schon während der ersten Aufenthalte im Hospiz ein Vertrauensverhältnis und eine von Wertschätzung geprägte Kooperationsbasis auf.

Trauerbegleitung als Bestandteil ganzheitlicher Palliativversorgung

Das Team der psychosozialen Mitarbeiter, das u.a. in Kindertrauerbegleitung, Trauerbegleitung und Gesprächsführung ausgebildet ist, unterstützt nicht nur die erkrankten Kinder und Jugendlichen, sondern auch die Eltern und Geschwister aktiv in ihrer Trauerarbeit.
Oft geht es dabei auch um Fragen und Probleme des Lebens, denn alle Lebensbereiche werden durch den Alltag mit einem lebensverkürzt erkrankten Kind in Mitleidenschaft gezogen. Trennungen von Partner oder Partnerin, Verlust des Arbeitsplatzes, finanzielle Belastungen oder das Wegbrechen des Freundes- und Bekanntenkreises sind Themen, die neben Trauer und Ängsten eine große Rolle in der Beratung der Eltern spielen.

Die zunehmend schwereren Erkrankungen der Kinder und Jugendliche erfordern zudem eine intensivere Trauerarbeit mit den Eltern. Im Kinder- und Jugendhospiz Balthasar erfolgt die Begleitung der Familien nach dem Modell des „Dreifachen Trauerweges“, bestehend aus vorauseilender, begleitender und nachgehender Trauer.
Besonders die vorauseilende Trauer, die schon mit der Diagnose einer unheilbaren und lebensverkürzenden Erkrankung beginnt, bekommt angesichts des Gesundheitszustands der Kinder ein größeres Gewicht. In den ersten Jahren überwog die Freude über das Kinderhospiz als neuen Ort der Begegnung. In den meisten Fällen war die Lebenserwartung des Kindes noch relativ lang, so dass der Tod nur wenig Raum einnahm. Heute werden dagegen sehr viel mehr Gespräche über die aktuelle Lebenssituation und die Lebensqualität geführt, verbunden mit Fragen nach der Begleitung am Lebensende. Die psychosoziale Begleitung im Kinderhospiz ist immer als prozessorientierte Unterstützungsarbeit zu verstehen und sollte lange vor dem Tod des Kindes beginnen, um die Eltern auf die Loslösung von ihrem Kind vorzubereiten. Sie müssen ermutigt werden, offen mit ihren Kindern zu sprechen und deren Fragen ehrlich zu beantworten.
Im Jugendhospiz müssen Kennenlernen, Trauer- und Sterbebegleitung dagegen häufig gleichzeitig geleistet werden, da Jugendliche ins Balthasar kommen, die noch nicht zuvor im Kinderhospiz waren und denen es bereits sehr schlecht geht.
Auch die Begleitung des kranken Kindes selbst ist unerlässlich. Kinder gehen wesentlich direkter und unmittel-

barer mit ihren Gefühlen um, als Erwachsene dies tun, fragen aber nur so viel, wie sie auch verarbeiten können. Kinder möchten wissen, wie es um sie steht und sie haben oft eine intuitive Ahnung von ihrem bevorstehenden Tod. Zugleich scheinen erkrankte Kinder und Jugendliche in ihrer geistigen Entwicklung reifer und im sozialen Miteinander sensibler zu sein als gesunde Altersgenossen. Die Trauerbegleiter müssen sich dem psychischen Tempo des Kindes anpassen. Es braucht Empathie, geduldiges Zuhören und manchmal auch Mut, nachzufragen. Kinder testen, mit wem sie über den Tod reden können und wer ehrlich zu ihnen ist. In der Regel suchen sie nicht das Gespräch mit ihren Eltern, weil sie diese schonen wollen. Kinder fragen die Mitarbeiter des Hospizes: „Werde ich wieder gesund?“, „Weißt du, wie es im Himmel ist?“, „Bist du traurig, weil ich sterbe?“ – und sie führen ihr Gespräch nur fort, wenn sie merken, dass ihr Gegenüber aufrichtig ist. Nur dann fassen sie Vertrauen, so dass die Mitarbeiter zu echten Wegbegleitern werden können, die auch die traurigen Stunden mit aushalten.

Gespräche mit sterbenden Kindern fordern uns heraus, machen nachdenklich und sind immer auch gefärbt von der persönlichen Betroffenheit und der eigenen Einstellung zu Sterben, Tod und Trauer. Aber sie schenken uns auch einen neuen Blick auf das Leben und das Sterben. Die erkrankten Kinder und Jugendlichen gehen oft mutig oder gar gelassen mit ihrer Situation um und sie geben ihre Kraft an Eltern und Mitarbeiter weiter. Wie der zwölfjähriger Chris, der an einer fortschreitenden Muskelerkrankung litt und einige Jahre ins Kinderhospiz Balthasar kam. Als es ihm schlechter ging suchte er sich das Balthasar bewusst als den Ort aus, an dem er sterben wollte. Trotz seines bevorstehenden Todes versuchte er, die Menschen in seinem Umfeld zu beruhigen: „Du musst dir keine Sorgen machen, ich gehe doch zum lieben Gott!“

Interview mit Hospizleiter Rüdiger Barth, der 2016 mit dem MAIK Award ausgezeichnet wurde.

Herr Barth, seit 20 Jahren gibt es das Kinder- und Jugendhospiz Balthasar. Ist „Kinderhospiz“ heute noch dasselbe wie vor 20 Jahren?
Ja und Nein. Genau wie schon bei der Eröffnung des Hauses begleiten wir Familien mit sterbenskranken Kindern vom ersten Tag der Diagnose an. Der pflegerische Aufwand ist jedoch sehr viel höher als früher. In vielerlei Hinsicht unterscheidet sich die Pflege bei uns kaum noch von der einer Intensivstation. Entsprechend muss auch das Team immer spezialisierter werden. Fast alle unserer Pflegekräfte sind in Palliative Care, außerklinischer Beatmung oder Schmerzmanagement weitergebildet. Und natürlich haben sich die Anforderungen auch mit der Eröffnung des Jugendhospizes noch einmal verändert.

Was ist im Jugendhospiz anders?
Jugendliche bringen andere Themen mit, erleben Krankheit und Sterben bewusster. Sie fragen uns nicht, ob es im Himmel Nutella gibt, sondern planen ihre Beerdigung oder versuchen, vor ihrem Tod ihre persönlichen Angelegenheiten zu regeln. Ein junger Mann mit Knochenkrebs zum Beispiel löste seine Wohnung auf, verkaufte oder verschenkte seinen Hausstand, kündigte seine Arbeitsstelle und zog ins Jugendhospiz. Seine Lebensgefährtin hielt die Belastung nicht aus und beendete die Beziehung. Junge Menschen wie er brauchen eine ganz andere Hilfe. Die Begleitung sterbender junger Erwachsener ist nicht mit der Begleitung der Kinder oder trauernder Eltern zu vergleichen.

Die Arbeit im Angesicht von Krankheit und Sterben belastet auch Mitarbeiter. Ist es schwer, Personal zu finden?
Ja, schwerer als früher. Der Fachkräftemangel in der Pflege ist anscheinend angekommen. Trotzdem haben wir - als erstes Kinder- und Jugendhospiz Deutschlands - immer noch ein gut ausgebildetes und hoch motiviertes Team, so dass wir als einziges Kinderhospiz auch alle Plätze belegen können. Ehrenamtliche Mitarbeiter, junge Menschen im Freiwilligen Sozialen Jahr und Praktikanten unterstützen unsere Arbeit ebenfalls. Für diese Hilfe und vor allem für das Engagement der Spender und Förderer sind wir sehr dankbar.

Hat sich die finanzielle Situation geändert?
Nur geringfügig. Die Änderung der Hospiz- und Palliativvereinbarung brachte zwar eine leichte Verbesserung der finanziellen Situation, aber noch immer benötigen wir Spenden in Höhe von etwa 50% unserer Kosten. Das sind fast 1 Millionen Euro Spendenbedarf jedes Jahr. Spenden sichern die Versorgung der Kinder und sie ermöglichen die Trauerarbeit, die schmerzmedizinische Beratung, Musiktherapie oder den Besuch der Klinikclowns und des Therapiehundes – Angebote, die Kostenträger nicht übernehmen, die aber in der Hospiz- und Palliativversorgung von Kindern eine wichtige Rolle spielen.
20 Jahre Balthasar heißt 20 Jahre kreative und außergewöhnliche Ideen, mit denen andere Menschen auf das Schicksal der betroffenen Familien aufmerksam gemacht und Spendengelder gesammelt haben. Ich kann nicht genug Danke sagen für dieses tolle Engagement, ohne das Kindern, Eltern und Geschwistern die Begleitung im Hospiz nicht in dieser Form möglich wäre.

Nicole Binnewitt

Balthasar 20 Jahre
Kinder- und Jugendhospiz
GFO – Ja zur Menschenwürde.

Außerklinische Beatmung Kinder und Kleinkinder

Am 19. und 20. Oktober 2018 findet in Ulm die 14. Tagung „Außerklinische Beatmung Kinder und Kleinkinder“ statt, die auf die Initiative von Dr. Kurt Wollinsky zurückgeht, der für seine Sprechstunde für Kinder und Jugendliche mit Beatmung an den RKU Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm beim 8. MAIK mit dem MAIK Award ausgezeichnet wurde. Inzwischen organisiert Monika Berlinghof gemeinsam mit den Tagungspräsidenten die Veranstaltung in Ulm.

GD: Frau Berlinghof, seit wann organisieren Sie die Tagung?

MB: Ich bin seit der ersten Stunde dabei. Dadurch sind mir die Abläufe und die Feinheiten unserer Tagung sehr vertraut und wir konnten von Jahr zu Jahr „immer a Ideele besser“ werden. Begonnen haben wir 2005 mit einer 1-tägigen Veranstaltung im RKU, mittlerweile sind es zwei Tage, gefüllt mit Vorträgen, Workshops und Diskussionen. Längst schon mussten wir uns aus Platzgründen von den Räumen des RKU verabschieden und haben in Ulm-Seligweiler ein für uns optimales Tagungshotel gefunden. Durch unsere ständig wechselnden Schwerpunkte, aber auch durch einige beständige Themen haben wir mittlerweile auch ein Stammpublikum, auf deren vertraute Gesichter ich mich schon beim Eingang der Anmeldung freue.

GD: Sind für 2018 besondere Schwerpunkte geplant?

MB: Die beiden Tagungspräsidenten Chefarzt Dr. med. Jörg Winckelmann und Oberarzt i.R. Dr. med. Kurt Wollinsky werden wieder ein informatives und sehr abwechslungsreiches Programm aus Vorträgen, Diskussionsrunden und Workshops zusammenstellen. Unsere Schwerpunkte legen wir dieses Jahr auf Diagnostik, Notfälle, Zwerchfellstimulation und Frühgeborene.

GD: Können Sie uns schon etwas zum Begleitprogramm verraten?

MB: Wir haben sehr positive Rückmeldungen zu den Möglichkeiten, sich eine „Auszeit“ zu nehmen, erhalten. Unsere Teilnehmer leisten in ihrem beruflichen Alltag so viel, weshalb wir bei unserer Tagung ein wenig zurückgeben wollen. In einem wunderschön ausgestatteten Entspannungsraum gab es letztes Jahr sanfte Klänge, weiche Kissen und Polster sowie Massageliegen. 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. Wir werden auch dieses Jahr wieder eine Ruhe-Oase gestalten und möchten sie um einige Elemente aus dem Bereich „Snoezelen“ ergänzen.

GD: Gibt es schon Pläne für den Gesellschaftsabend?

MB: Nach einem anstrengenden Kongresstag ist die fetzige Musik zu der man tanzen kann, genau das Richtige. Letztes Jahr spielten „ThE Vents“ und Dr. Wollinsky gab sein Debut als Bandmitglied. Ich will noch nicht zu viel verraten, nur soviel: Natürlich dürfen wir wieder mit musikbegeisterten Referenten, Teilnehmern und Vertretern der Medizintechnik rechnen! Und: Bei der Akquise neuer ReferentInnen wird auch immer die Frage nach einem Instrument gestellt. „ThE Vents“ werden, wenn möglich, also ständig erweitert.

GD: Ab wann kann man sich zur Tagung anmelden?

MB: Sobald das Programm fertiggestellt ist, wird es auf der Website des RKU unter dem Link www.rku.de/index.php/aus-fort-und-weiterbildung4 veröffentlicht und die offizielle Anmeldung kann beginnen. Wer sich bereits jetzt schon einen Platz reservieren möchte, kann mir gerne eine Mail schicken an Monika.Berlinghof@rku.de

GD: Frau Berlinghof, wir danken Ihnen für das Gespräch!

Monika Berlinghof

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.

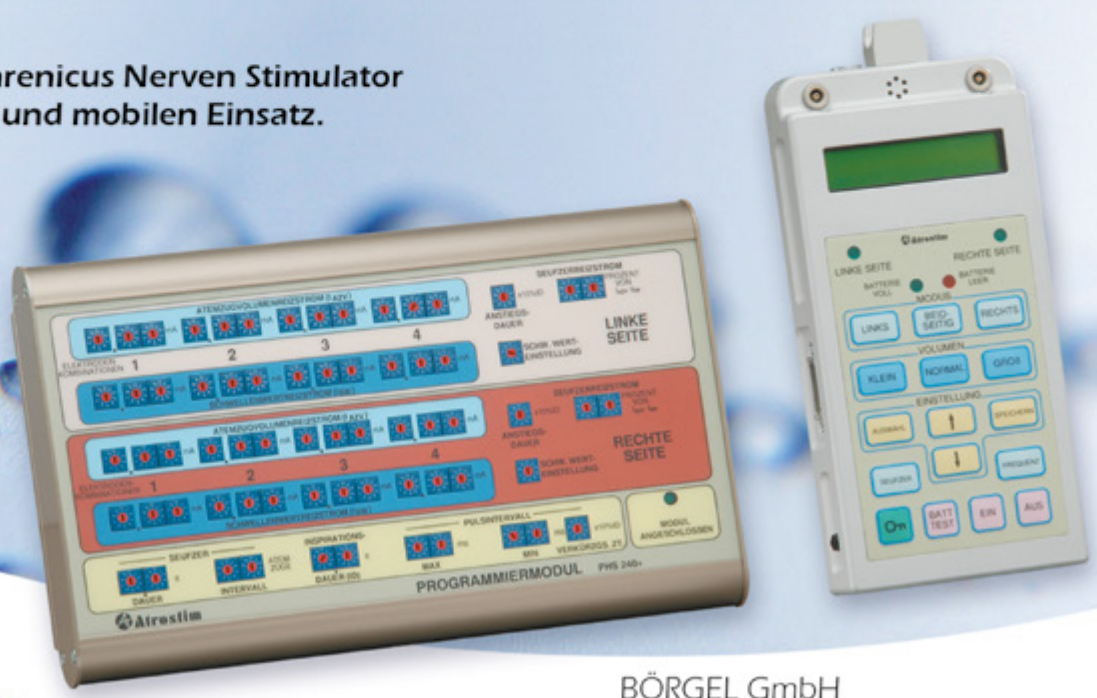
Unsere Leistungen:

- 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

Wenn Demenz Kinder trifft…

Alzheimer ist in aller Munde, aber nur die wenigsten wissen, dass Demenz auch Kinder treffen kann. Die Neuronale Ceroid Lipofuszinose, kurz NCL, ist die häufigste neurodegenerative Erkrankung des Kindesalters. Die Behandlung ist komplex und eine Heilung nicht möglich. Neueste Forschungsergebnisse geben jedoch Hoffnung.

Die Kinderdemenz NCL

Die Kinderdemenz NCL ist eine genetisch bedingte Stoffwechselerkrankung. Ein Gendefekt führt zum Funktionsverlust der Lysosomen, der Recyclinghöfe der Zelle. Es kommt zu einem massiven Absterben der Nervenzellen. Was bedeutet dies für die betroffenen Kinder? Zunächst entwickeln sie sich altersgerecht, erst im Grundschulalter treten erste Symptome auf. Meist beginnt es mit einer Sehschwäche, begleitet von dementiellen Problemen. Die Kinder vergessen bereits Erlerntes und erblinden innerhalb von zwei Jahren vollständig. Es folgen der motorische Abbau, epileptische Anfälle und der Verlust der Sprache. Im Alter von 25 bis 30 Jahren versterben die jungen Patienten. Bisher sind 13 verschiedene Formen von NCL bekannt, die sich in der Reihenfolge und dem Alter, in dem die Symptome auftreten, unterscheiden. NCL ist noch nicht heilbar.

Die Problematik seltener Erkrankungen

Mit rund 700 betroffenen Kindern in Deutschland zählt NCL zu den seltenen Erkrankungen. Diese haben alle eine Gemeinsamkeit – es fehlt die Aufmerksamkeit. Zum einen ist das Interesse der Pharmaindustrie, ein Medikament zu entwickeln, aufgrund der geringen Fallzahlen kaum vorhanden und zum anderen ist auch vielen Medizinern NCL nicht bekannt. Dies führt zu Fehldiagnosen und einer Diagnose-Odyssee von zwei bis vier Jahren. Eine sehr belastende Zeit für die Kinder und deren Familien. Dabei wäre eine frühe Diagnose vor allem bei einer genetisch bedingten Erkrankung wie NCL extrem wichtig, denn es gibt Familien, bei denen nicht nur ein, sondern sogar zwei oder drei Kinder betroffen sind. Meist sind es private Initiativen, die die Medikamentenentwicklung vorantreiben und den Betroffenen eine Stimme verleihen. Im Falle von NCL sind dies in Deutschland die gemeinnützige NCL-Stiftung, die gezielt Forschungsprojekte fördert und Ärzte informiert sowie die NCL-Gruppe Deutschland, die den Familien als Stütze zur Seite steht.

Möglichkeiten der palliativen Behandlung

Die palliative Behandlung gestaltet sich bei NCL aus diversen Gründen sehr schwierig. Zum einen treten viele verschiedene, komplexe Symptome auf, zum anderen verändert sich die Ausgangslage aufgrund des voranschreitenden Abbaus des Gehirns stetig, sodass Medikationen regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst werden müssen. Des Weiteren erschweren die Erblindung und der Sprachverlust die Kommunikation. Die auftretenden Epilepsien, Myoklonien und Spastiken können medikamentös behandelt werden (s. Empfehlungen), jedoch ist eine vollständige Reduktion der Symptome unwahrscheinlich. Weitere häufig auftretende Symptome sind Schlafstörungen, Verhaltensauffälligkeiten und Halluzinationen. Eine ausführliche Dokumentation ist besonders hilfreich, um mögliche Auslöser identifizieren zu können. Im späteren Krankheitsverlauf treten Schluckbeschwerden auf, sodass eine PEG-Sondenversorgung und Absauggeräte für die Atem- und Sekretprobleme notwendig sind. Ein weiterer wichtiger Bestandteil der palliativen Behandlung ist die Schmerztherapie. Schmerzen können z.B. von der Immobilität, der Spastik, den Myoklonien und häufig auch von Bauchschmerzen verursacht werden. Auch hier erschweren die Erblindung, die fortschreitende Demenz und der Sprachverlust die Behandlung. Um die Fremdeinschätzung zu unterstützen, können verschiedene Schmerzskalen hinzugezogen werden, z.B. der „Batten Observational Pain Scale“ (BOPS), welcher extra für nicht-kommunikations-

Foto: Insa Cathérine Hagemann

Empfehlung zur palliativen Medikation:

- Epilepsie: **Valproat** und **Lamotrigen**
- Spastik: **Baclofen** und **Tizanidine**
- Myoclonien: **Pregabalin, Piracetam** und **Zonisamid**

Nicht empfehlenswert:

- **Phenytoin, Vigabatrin** und **Carbamazepin**

fähige Kinder entwickelt wurde. Bei der Behandlung ist es zudem wichtig, die Eltern frühzeitig einzubeziehen und diese auch auf den unausweichlichen Tod ihres Kindes vorzubereiten.

Ein hoffnungsvoller Ausblick

Seit letztem Jahr gibt es Hoffnung. Denn im Juni 2017 wurde das erste Medikament gegen NCL zugelassen. Es handelt sich um eine Enzymersatztherapie (Handelsname Brineura) für Kinder mit NCL2. Diese verzögert anscheinend den Krankheitsverlauf, wobei weiterführende klinische Studien noch laufen. Das bei NCL2 defekte Enzym wird künstlich hergestellt und über einen Shunt den Patienten direkt ins Gehirn zugeführt. Bei über 80% der behandelten Kinder verlief die Erkrankung deutlich langsamer, verglichen mit Daten unbehandelter Patienten. Das Medikament wirkt jedoch nur bei einer der 13 NCL-Formen. Es ist jedoch ein wichtiger Schritt in Richtung Therapierung und Heilung von NCL. Auch für NCL3 sind erste klinische Studien im Bereich der Gentherapie geplant.

Außerdem konnten in den letzten Jahren Überschneidungen von NCL zu Parkinson und Alzheimer nachgewiesen werden. Es scheint, als wäre die Fehlfunktion des Recyclinghofes der Nervenzellen womöglich die gemeinsame Ursache von NCL und anderen neurodegenerativen Erkrankungen. Deshalb bietet die Kinderdemenzforschung eine einmalige Gelegenheit, um neue Therapieansätze mit Auswirkungen auf andere Volkskrankheiten zu entwickeln.

Die neuesten erfreulichen Fortschritte der Medikamentenentwicklung geben Grund zur Hoffnung auf eine Zukunft ohne Kinderdemenz. Bis dahin ist das Ziel, die Kinderdemenz tiefer im Bewusstsein der Gesellschaft zu verankern und eine frühe Diagnose zu garantieren. Denn diese ist essenziell für eine bestmögliche Behandlung.

Tiziana Serio
Projektleiterin Fundraising & Fortbildung, NCL-Stiftung

Kontakt:
NCL-Stiftung, Holstenwall 10, 20355 Hamburg
www.ncl-stiftung.de, contact@ncl-stiftung.de

NCL-Stiftung
www.ncl-stiftung.de

Wenn die Erde ein Kind verliert, gewinnt der Himmel einen Engel

Am 12. März 2012 ist in 2. Auflage das berührende Buch „Platz da, ich lebe! Ein Haus zum Sterben voller Leben: Die Kinder und Jugendlichen des Hospiz Balthasar“, herausgegeben von Bestsellerautor Peter Prange (u.a. „Das Bernsteinamulett“) erschienen. Es ist eine wirkliche Kostbarkeit.

Peter Prange hatte auf einer Lesereise das Kinder- und Jugendhospiz „Balthasar“ in Olpe kennen gelernt und stellte bei seinen Gesprächen mit den Kindern fest, was ihr größter Wunsch ist: Dass etwas von ihnen in dieser Welt bleibt, in der sie nur so kurz zu Gast sein dürfen. Damit war die Idee zum Buch geboren.

Prange lässt Kinder und Jugendliche zu Wort kommen und stellt ihnen einfühlsam Fragen. Jedes und jeder von ihnen hat eine eigene Geschichte, eine andere schwere Krankheit, hat eigene Vorstellungen, die in einem standardisierten Fragebogen erfasst wurden. Die Befragten nennen ihr Lieblingstier, berichten, was sie freut, wenn sie morgens aufwachen, teilen ihre Gedanken darüber mit, ob sie nach dem Tod etwas erwarten. Die Kapitel sind kurz, aber gerade in ihrer Kompaktheit ergreifend. Es geht nicht um Gefühlsduselei, und auch für Trauer ist wenig Platz. Es geht um das Leben, um die kostbare Zeit, gerade bei einer lebensverkürzenden Erkrankung. Diese Kinder haben eine besondere Ausstrahlung, eine Würde, vor der der Leser soetwas wie Ehrfurcht empfindet. Und es wird den Porträtierten, allein schon mit den wunderbaren Fotos, ein Denkmal gesetzt. Zu Wort kommen auch Eltern, Angehörige, Therapeuten und Pflegekräfte, die erzählen, wie man mit dem Unfassbaren - mit dem Tod im Kindesalter - umgeht. Zu Recht wurde das Buch mit dem Mind Award, For Awareness und Education, Deutschlands erstem Preis für Bewusstseinsbildung ausgezeichnet.

Sämtliche Erlöse des Buches gehen an das Kinderhospiz, das sich allein aus Spenden finanziert. Prange hat auf sein Honorar verzichtet und wünscht sich: „100.000 Euro für das Kinderhospiz Balthasar.“

Mehr unter www.kinderhospiz-balthasar.de

Sich selber Gutes tun mit Qigong - eine wirksame Therapieform für Jedermann zur Steigerung der Lebenskraft (Teil 1)

Qigong ist vielseitig. Die Übungen können im Stehen, Sitzen und Liegen mit Bewegung oder in Ruhe ohne Bewegung praktiziert werden. Deshalb ist Qigong auch für Menschen mit körperlicher Behinderung gut geeignet. Der harmonische Ablauf von Bewegung und/oder die rhythmische Ausführung von speziellen Qigong-Atemtechniken sorgen für Entspannung, Gelassenheit und Zufriedenheit.

Was ist Qigong?

Qigong ist eine der fünf Therapiesäulen der chinesischen Medizin neben Akupunktur, Kräutertherapie, manueller Therapie (Tuina) und Ernährungstherapie. Qi bedeutet Atem, Energie, und Gong Leistung, Arbeit. Qigong ist somit eine Art Atemtherapie zur Steigerung der Lebenskraft, kombiniert mit Bewegung, mit der die Körperenergie trainiert und verbessert werden kann. Ein dritter wichtiger Aspekt ist dabei die Gedankenkraft.

Viele Menschen denken irrtümlicherweise, dass Qigong aufgrund seiner Meditationstechniken eine Art von religiöser Übung sei. Wer sich jedoch mit der Wirkungsweise und der Ausübung von Qigong etwas näher beschäftigt, dem wird bald klar, dass Qigong mit seinen Atem- und Bewegungstechniken sowie dem Einsatz der Gedankenkraft eine spezielle Trainingsmethode ist, die den ganzen Körper einbezieht und mit Religion nichts zu tun hat. Manche Menschen meinen auch, dass Qigong nur aus den *Figuren* (Kranich, Hirsch, Bär etc.), so wie sie in Büchern dargestellt werden, bestehe, und wenden sich frustriert ab, weil sie meinen, dass sie das nie schaffen könnten.

Im Prinzip besteht Qigong aus drei Faktoren:

- Atmung, insbesondere die Bauchatmung
- Körper in Ruhe und in Bewegung
- Meditation mit Gedankenkraft.

Um die Wirkung des Qigong in vollen Zügen entfalten zu können, sollten diese drei Faktoren nebeneinander in einer homogenen und harmonischen Form zusammengeführt werden. So kann Qigong einen positiven Einfluss auf Körper und Geist ausüben.

Qigong-Stile

Es gibt zwei Qigong-Stile: Das innere und das äußere Qigong. Bei beiden Stilen spielt die Atmung eine wichtige Rolle.

Das **innere Qigong**, auch stilles Qigong genannt, dient zur Kräftigung der inneren Körperenergie. Bei dieser Art des Qigong werden die Übungen in Ruhelage ausgeführt. Der Übende ist ruhig und entspannt. Zunächst konzentriert er sich auf die Atmung und fokussiert sie auf betroffene Bereiche oder Körperorgane, die ihm Beschwerden bereiten. Dann richtet er seine ganze Gedankenkraft darauf. Auf diese meditative Weise wird die Zirkulation des Qi im Körper und in die inneren Organe geführt.

Das **äußere Qigong**, auch bewegtes Qigong genannt, dient hauptsächlich dem Aufbau der äußeren Körperenergie, stärkt aber auch das innere Qi durch die geistige Vorstellungskraft. Bei diesem Qigong-Stil werden die Übungen zusammen mit der Körperbewegung ausgeführt. Die Beteiligung der Sehnen, Muskeln und Knochen des Bewegungssystems sowie die geistige Konzentration während der Übungen führen ebenfalls zur Stärkung des Qi-Flusses im ganzen Körper.

Das äußere Qigong ist vielleicht eher bekannt. Die Figuren beim äußeren Qigong müssen aber nicht perfekt ausgeführt werden. Für weniger mobile Menschen stehen Atmung und Gedankenkraft des inneren Qigong an erster Stelle.

Durch das Atmen wird das äußere Qi (Energie) der Umwelt in den Körper eingeführt und dann in Körperenergie verwandelt. Mit Hilfe der Gedankenkraft des stillen Qigong wird sie zur inneren Körperenergie aktiviert. Mit Hilfe der Körperbewegung des bewegten Qigong wird sie zur äußeren Körperenergie verarbeitet.

Darüber hinaus gibt es noch das sogenannte Resonanz-Qigong. Dabei werden zusätzlich Töne unterschiedlicher Höhe angewendet (s.u.).

Grundwissen chinesische Medizin für das Verständnis von Qigong

Ein kleiner Exkurs zur chinesischen Medizin soll die Prinzipien des Qigong verständlich machen.

Es gibt verschiedene Formen des Qi:

- das Atmungs-Qi
- das Verdauungs-Qi
- das Zong-Qi (Stamm-Qi, s.u.).
- das Wei-Qi (Abwehr-Qi)

Das Atmungs- und das Verdauungs-Qi sammeln sich in der Lunge und vereinigen sich dort. Das so entstandene Qi nennt man Zong-Qi (Zong: Vorfahre, Ahnherr, Stammvater; Zong-Qi: Stamm-Qi).

- Ein kleiner Teil des Zong-Qi wird in Wei-Qi (Abwehr-Qi) verwandelt, das an die Körperoberfläche, in die Haut und die Muskulatur gelangt. Dort schützt es den Körper vor dem Eindringen äußerer krank machender Faktoren.
- Der größere Teil des Zong-Qi wird von der Lunge nach unten ins Dantian geleitet, ein Areal, das eine Handbreit unterhalb des Nabels hinter der Bauchdecke liegt (s.u.).
- Im Dantian wird das Zong-Qi von der Niere mit der Nieren-Essenz (auch Nieren-Jing genannt) angereichert. Da das Nieren-Jing z.T. angeboren und z.T. erworben ist, besitzt dieses Zong-Qi ernährende, reproduktive und schützende Eigenschaften und ist damit eine komplette vorgeburtliche und nachgeburtliche Qi-Form.
- In dieser Form entfaltet das Zong-Qi jedoch noch nicht seine Wirkung. Damit das Zong-Qi seine Aufgabe erfüllen kann, wird die aus dem Herzen stammende Energie, das sogenannte Herz-Feuer, durch den Herzschlag nach unten ins Dantian geleitet. Dort erhitzt und aktiviert es das Zong-Qi.
- Infolge dieses Verarbeitungsprozesses im Dantian setzt sich das Zong-Qi in Bewegung und verteilt sich in den Organen. Das Dantian spielt somit eine sehr wichtige Rolle beim Sammeln und Verteilen von Qi.

Wie diese Qi-Formen mit der Atmung zusammenhängen,

ist in Abb. 1 dargestellt. Vielleicht könnte man den Fluss des Qi mit dem Fluss des Blutes oder der Bewegung der Nervenimpulse aus Sicht der Schulmedizin vergleichen. Aber Qi hat eine sehr viel umfassendere Bedeutung.

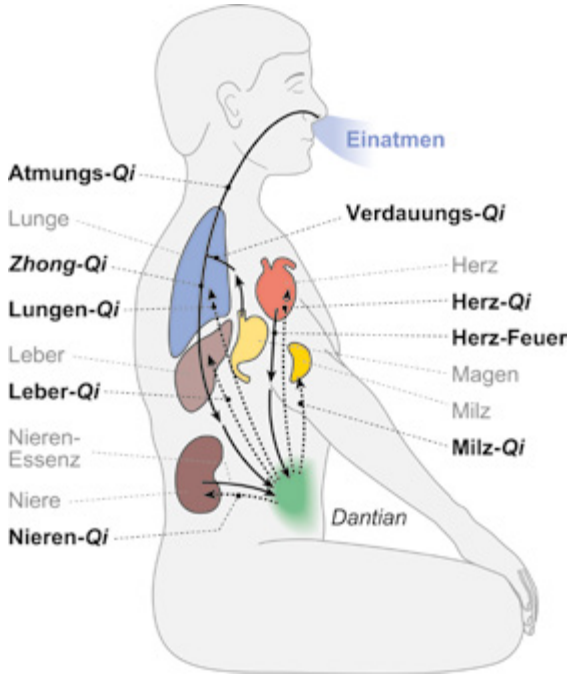


Abb. 1 Wege der Atmung in der chinesischen Medizin

Die Wege des Qi in unserem Körper

Im Körper des Menschen konzentriert sich das Qi in drei Bereichen, die man die *drei Erwärmer* nennt. Der Obere Erwärmer liegt oberhalb des Zwerchfells, der Mittlere Erwärmer zwischen Zwerchfell und Nabel und der Untere Erwärmer unterhalb des Nabels (Abb. 2).

Qi (Atem, Energie) ist an einem Ort im Körper gesammelt, der sich eine Handbreit unterhalb des Nabels hinter der Bauchdecke befindet. Dieser Ort wird **Dantian** genannt. Dan bedeutet Zinnober, ein rotes, Quecksilber enthaltendes Mineral, und Tian bedeutet Feld. Die Alchemisten in China sahen im Zinnober eine sehr wertvolle Arznei, die langes Leben gewähren kann. Das Dantian ist – seinem Namen gerecht werdend – ein wichtiger und wertvoller Sammelort der Energie. Er ist der energetische Schwerpunkt des Menschen. Dieser ist vielleicht vergleichbar mit dem Konzept des sog. Sonnengeflechts in der Schulmedizin, einem Geflecht aus Nervenknoten, das unter dem Zwerchfell liegt und die inneren Organe reguliert.

Vom Dantian aus nimmt das Qi bestimmte Wege, um sich überall im Körper zu verteilen. Diese Energiewege sind die **Meridiane** (auch Leitbahnen genannt).

Die Bewegung des Qi innerhalb der 12 Hauptmeridiane wird als **großer Energiekreislauf** bezeichnet (Abb. 3a). Der Einfachheit halber ist der große Kreislauf in der Zeichnung nur auf einer Seite dargestellt. Zusätzlich zu den 12 Hauptmeridianen gibt es noch die acht außerordentlichen Meridiane. Zwei dieser außerordentlichen Meridiane bilden ebenfalls einen geschlossenen Energiekreislauf, den sogenannten **kleinen Energiekreislauf**, und spielen eine sehr wichtige Rolle beim Energietransport. Diese beiden außerordentlichen Meridiane sind das Dienergefäß (Renmai) auf der vorderen Körpermittellinie und das Lenkergefäß (Dumai) in der Mitte des Rückens. Der Renmai wird als *Meer der Yin-Energie* betrachtet, der Dumai als Meer der *Yang-Energie*. Damit ergibt sich folgende Fließrichtung für das Qi:

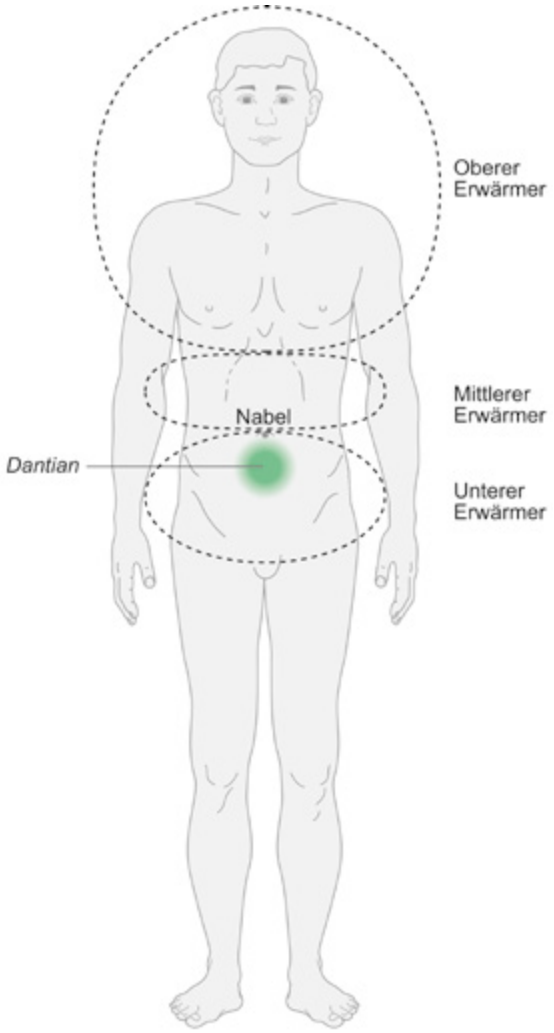


Abb. 2 Die drei Energiebereiche im menschlichen Körper

- Beim Atmen wird Luft durch die Nase in die Lunge eingeatmet, wo sie sich in Atmungs-Qi verwandelt.
- Von der Lunge aus wird das Atmungs-Qi entlang des Renmai nach unten zum Dantian geführt, dort gesammelt, verarbeitet und in alle Körperregionen verteilt.
- Danach fließt das Qi zu einer Stelle im Lendenbereich, dem Punkt Lebenstor (Mingmen, auf dem Dornfortsatz des 2. Lendenwirbels). Man betrachtet diesen Punkt als das hintere Dantian, das am Nabel liegende Dantian als das vordere Dantian.
- Vom Lebenstor wird das verbrauchte Qi entlang des Dumai nach oben zum Punkt Stempelhalle (Yintang, zwischen den Augenbrauen) geleitet, von wo aus es schließlich aus dem Körper ausgeschieden wird.

Durch Qigong wird die Energie im **kleinen Kreislauf** aktiviert, verstärkt und beschleunigt. Die blockierten, gestauten Stellen werden durchgängig gemacht. Da Renmai und Dumai mit allen anderen Meridianen verbunden sind, wirkt eine Stärkung der Energie im kleinen Energiekreislauf positiv auf die anderen Meridiane und damit auf den ganzen Körper.

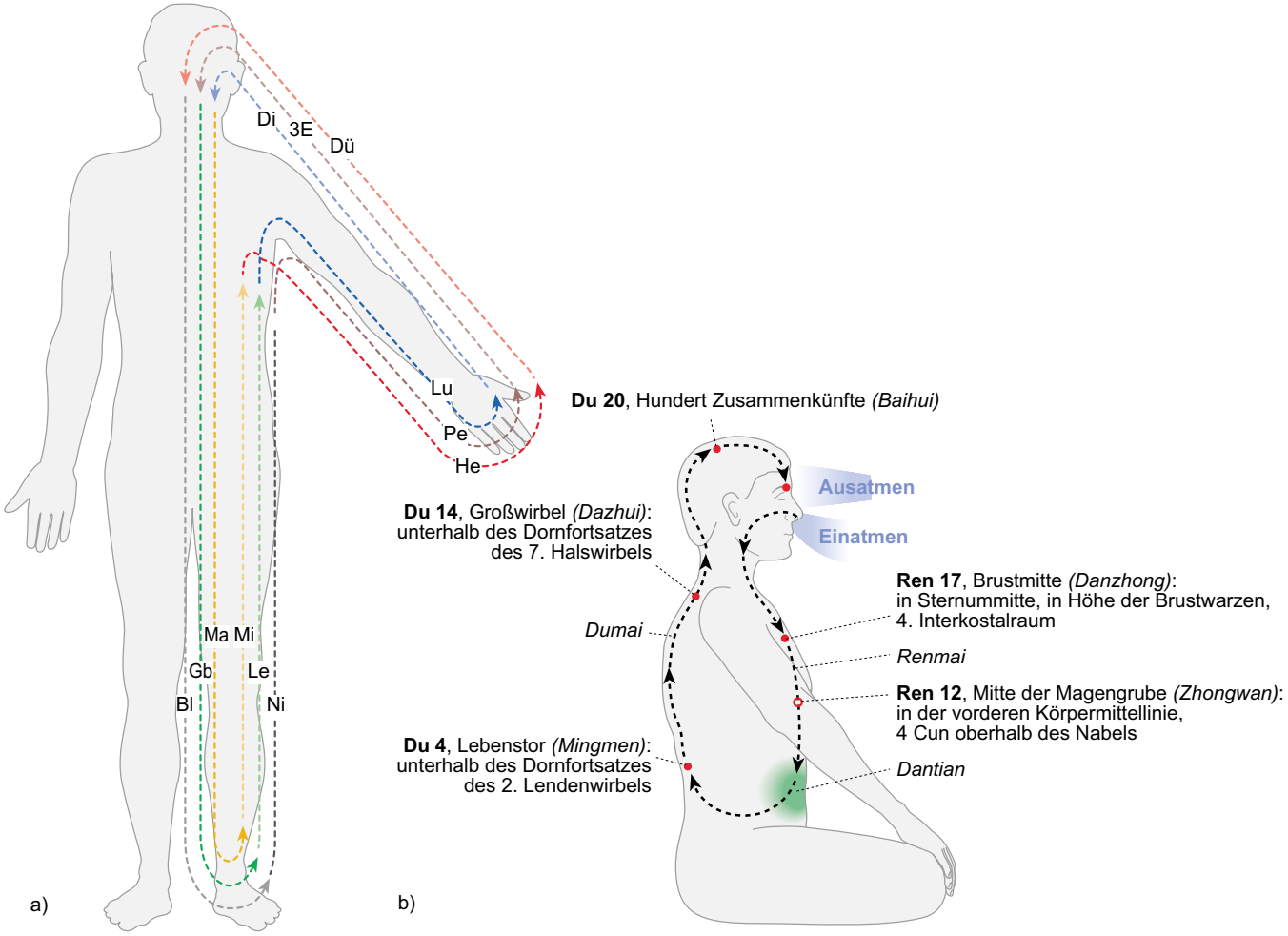


Abb. 3 Bewegung des Qi: großer (a) und kleiner (b) Energiekreislauf

Elemente des Qigong

Atmung

Die Atmung bildet die Grundlage des Qigong. Ohne die richtige Atemtechnik ist Qigong kein Qigong. Die Vorstellung, dass man bei der Ausübung von Qigong natürlich atmen soll, ist nicht ganz korrekt, weil Qigong im Grunde genommen eine gezielte Atemtherapie ist, d.h. man atmet nach geistigem Befehl ein und aus. Wichtig ist, dass man mit absoluter Entspannung und ruhig atmet.

Die Atmung beeinflusst den Herzrhythmus und setzt das Körper-Qi in Bewegung. Durch die speziellen Atemtechniken des Qigong und die Vorstellungskraft wird der Fluss des Qi nach Bedarf in bestimmte Richtungen zu bestimmten Organen gelenkt und in seiner Intensität und seinem Tempo gezielt gesteuert, wodurch bestimmte körperliche Prozesse stimuliert und aktiviert werden.

In der **westlichen Medizin** werden die Atemzüge gezählt und analysiert, und die Atmung kann bei einer Lungenfunktionsprüfung mittels Spirometrie und Ganzkörper-Plethysmographie ermittelt werden. Demnach atmet ein gesunder Erwachsener bei einem ruhigen Atemzug etwa 0,5 Liter Luftmenge ein. Bei maximaler Einatmung gelangen etwa 2,5 Liter Luft in die Lungen, was eine Zufuhr von 5-mal mehr Sauerstoff als bei einem durchschnittlichen Atemzug bedeutet. Nach einer maximalen Ausatmung verbleiben dann immer noch 1,2 Liter Luft in den Lungen, die sogenannte Residualluft. Diese Residualluft ist nach der Vorstellung der chinesischen Medizin die Energie der Lunge selbst, die für die Funktion des Lungenorgans verantwortlich ist.

Ganz anders betrachtet die **chinesische Medizin** die Atmung. Danach erfolgt die Atmung in Etappen. In jeder Etappe spielen die Organe Lunge, Herz, Niere und Magen jeweils eine unterschiedliche Rolle (Abb. 1). Das mit der Atmung aufgenommene Qi (Luft ist das Qi der Natur) wird von Lunge und Magen verarbeitet:

Mit der Zufuhr von Sauerstoff in die **Lunge** durch die Einatmung wird das reine **Atmungs-Qi** erworben. Das „unreine“ Qi mit Kohlendioxid wird durch die Ausatmung aus dem Körper beseitigt. Durch die Nahrungsaufnahme und die nachfolgenden Verdauungsprozesse (Zerkleinerung und Verarbeitung der Nahrungsmittel und daraus resultierende Fermentation mit Gasbildung) im **Magen** entsteht das Verdauungs-Qi. Atmungs- und Verdauungs-Qi sammeln sich in der Lunge an und vereinigen sich dort. Das so entstandene Qi nennt man Zong-Qi. Die weitere *Verarbeitung* des Zong-Qi wird oben beschrieben.

Durch Qigong kann das äußere Zong-Qi, das bei der Atmung erworben wird, zum einen in das innere (Körper-) Qi verwandelt werden, zum anderen verwandelt sich das Körper-Qi aus einer schwachen Form in eine verbesserte aktive und wesentlich effektivere Energie, wodurch das Qi durch gezielte Übungen zur Reparatur von Störungen der inneren Organe eingesetzt werden kann.

Zusammenfassend kann gesagt werden: Qigong ist eine Trainingsmethode zur Bewahrung, Beherrschung und zum Aufbau aller Formen des Körper-Qi einerseits und zur Therapie und Prävention von Krankheiten andererseits.

Körperhaltung und Bewegung
Bei Qigong-Übungen ändert sich je nach Art und Phase der Atmung die Position von Armen (Außen- und Innenbewegung), Beinen (Beugung und Streckung) und Bauch (Vorwölben und Einziehen). Diese Bewegungen müssen jedoch nicht perfekt ausgeführt sein und richten sich nach den Fähigkeiten des Übenden.

Gedankenkraft und Befehle
Auch die geistige Konzentrationskraft kann mit Qigong aktiviert und entfaltet werden. Dies geschieht in Form von *Befehlen*, die während der Übung in Gedanken gegeben werden. Man stellt sich vor, dass zwei Personen in uns stecken: Die eine erteilt die Befehle und die andere führt sie aus. Die Befehle sollen kurz und klar sein.

- **Befehl *Qi holen* beim Einatmen:** Die Gedanken richten sich auf das Qi in der Umwelt, das durch die Nase in den Körper hineinströmt und entlang des Renmai (dem außerordentlichen Meridian an der vorderen Körpermittellinie) von oben nach unten bis zum Dantian fließt. Der Bauch wölbt sich dabei vor.
- **Befehl *Qi zu den Organen* in der Atempause:** Der Übende hält den Atem an und stellt sich vor, dass eine große Menge von frischem Qi vom Dantian aus in alle Teile des Körpers strömt. Der Druck im Bauch verliert dadurch an Volumen. Der Übende richtet seine Gedanken auf die Bewegung des Qi, das vom Dantian in die verschiedenen Körperregionen strömt.
- **Befehl *Qi zerstreuen* beim Ausatmen:** Der Übende stellt sich den Strom verbrauchter Energie vor, der entlang des Dumai auf der Wirbelsäule vom Punkt Lebenstor (Mingmen, auf dem Dornfortsatz des 2. Lendenwirbels) nach oben über den Kopf bis zum Punkt Stempelhalle (Yingtang, im Bereich der Nasenwurzel, zwischen den Augenbrauen) fließt und dann aus dem Körper austritt. Der Bauch wird dabei eingezogen, damit möglichst viel verbrauchte Luft aus dem Körper strömen kann.
- **Befehl *Entspannen*:** Der Übende hält die Luft nochmals an. Dabei entspannen sich Körper und Geist. Der Bauch ist entspannt.

Formen der Qigong-Atmung
Es gibt zwei Atmungsformen: die Brust- und die Bauchatmung. Beim Qigong wendet man hauptsächlich die **Bauchatmung** an, die mit geschlossenem Mund durch die Nase ausgeführt wird. Dabei wird die Zungenspitze nach oben gerollt und gegen den Gaumen gedrückt, um Renmai (Diener-Gefäß) und Dumai (Lenker-Gefäße) miteinander zu verbinden (s.o.). Auf diese Weise wird der kleine Energiekreislauf geschlossen (Abb. 3b), was für die Kontinuität der Qi-Zirkulation von großer Bedeutung ist. Der Mund bleibt immer geschlossen. Das Ausatmen erfolgt über die Nase.
Bei der **Brustatmung** atmet man durch die Nase ein und durch den Mund aus.
Jede Atmungsart kann sowohl für das innere stille Qigong als auch für das äußere bewegte Qigong sowie das Resonanz-Qigong eingesetzt werden.
Im Mittelpunkt der Qigong-Übungen in diesem Beitrag stehen die verschiedenen Atmungstechniken mit den zwei Atmungsformen (Brust- und Bauchatmung) und verschiedenen Atmungsphasen (Zwei- bis Vier-Phasen-/Doppelphasen-/Tripelphasenatmung). In den nachfolgenden Beispielen werden die Zwei-Phasen-Brust- und Bauchatmung geübt.

2- Phasen-Bauch-/Brustatmung	3- Phasen-Bauchatmung	4-Phasen-Bauchatmung
Einatmen	Einatmen	Einatmen
	Atempause	Atempause
Ausatmen	Ausatmen	Ausatmen
		Entspannen

Resonanz-Qigong
Bei dieser Qigong-Form werden während der Ausatmungsphase bestimmte Töne mit der Stimme hervorgebracht. Es werden sechs Töne unterschieden. Diese entsprechen den sechs Funktionskreisen der TCM: Herz-Dünndarm, Perikard-Drei-Erwärmer, Lunge-Dickdarm, Niere-Blase, Leber-Gallenblase und Milz-Magen. Man kann das Resonanz-Qigong zwar mit allen Bauchatmungstypen praktizieren, am besten eignet sich jedoch die Vier-Phasen-Bauchatmung dafür. Auch damit kann man die Lebenskraft stärken – wie bei der Atmung. Für jemanden, der sich nicht so gut bewegen kann, ist Resonanz-Qigong eine gute Art der „inneren Bewegung".
Qigong kann nicht nur als Therapie angewendet werden, sondern auch zur Vorbeugung und zur Rehabilitation.

Bei folgenden Beschwerden und Krankheiten ist Qigong nützlich
Erkrankungen des Bewegungsapparates, Kopfschmerzen, Migräne, Asthma bronchiale, chronische Bronchitis, Erkrankungen der Verdauungsorgane, Stoffwechselerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Menstruationsbeschwerden, psychovegetative Störungen mit Unruhe und Schlafstörungen, zur Kräftigung des Immunsystems und der Körperenergie, zur Unterstützung und Konsolidierung der Erfolge einer Therapie. Bei Krebserkrankungen (vor, nach oder während der Krebstherapie) lohnt es sich, Qigong auszuüben, weil das Immunsystem und die körperliche und psychische Verfassung dadurch positiv beeinflusst werden können.

Bei folgenden Krankheiten sollte Qigong nicht oder nur eingeschränkt ausgeübt werden
Akute psychische und psychosomatische Erkrankungen mit Denkstörungen oder Störungen der Selbstbeherrschung wie Schizophrenie sowie manische Phase im Rahmen einer sogenannten endogenen Depression, ausgeprägter Schwächezustand wie Herzinsuffizienz in fortgeschrittenem Stadium (Luftnot schon bei geringer Bewegung), extreme körperliche und geistige Erschöpfung durch Belastung. Bei akuten Erkrankungen des Stützapparates mit noch bestehenden starken Schmerzen und Bewegungseinschränkungen sollen keine Übungen für die betroffenen Segmente ausgeführt werden. Bei Kreislaufbeschwerden mit Schwindel, Bluthochdruck, Spannungskopfschmerzen müssen alle Anstrengungen vermieden werden.

Christl Kiener
Ärztin und Verlegerin, München.
Dr. Minh Yen Tran
Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Akupunktur, Naturheilverfahren, Chirotherapie, Bad Pyrmont, Autor des Buches Qigong- Atmung, Bewegung und Gedankenkraft, Kiener 2012.

Thiemes Pflege -

Das Lehrbuch für Pflegende in der Ausbildung

Thiemes Pflege ist ein Standardlehrbuch für die Pflegeausbildung und gilt zurecht als „Klassiker für die Gesundheits- und Krankenpflege“, denn es enthält alle wichtigen Inhalte einer fundierten Pflegeausbildung. „Immer nach dem Prinzip: schnell verstehen, leicht lernen, sicher anwenden“, so heißt es in der Verlagsankündigung.

Das bewährte Lehr- und Arbeitsbuch gibt es schon seit 1973 und wurde ständig erweitert, überarbeitet und den Anforderungen der modernen Pflege angepasst. Nun ist die 13. aktualisierte und erweiterte Auflage erschienen. Darin geht es um die Grundlage aller Pflegeinterventionen. Ihre Ergebnisse stammen aus wissenschaftlich anerkannten evidenzbasierten Studien und Untersuchungen (EBNP – Evidence-based Nursing Practice). Denn alle Pflegehandlungen müssen professionell und kunstgerecht ausgeübt werden, um die bestmöglichste Pflege der zu gewährleisten. Hierbei müssen auch rechtliche Begebenheiten, gesellschaftliche Normen und wissenschaftliche Standards berücksichtigt werden.
Den Leser erwarten 1480 Seiten geballtes Wissen, 1590 grafische Darstellungen und Bilder, die die Inhalte veranschaulichen. Das umfangreiche Lehrbuch ist in vier Kapitel aufgeteilt:

- Grundlagen des Pflegeberufes
- ATL- Pflegesituationen erkennen, erfassen und bewerten, Pflegemaßnahmen auswählen, durchführen und evaluieren
- Mitwirkung bei der medizinischen Diagnostik und Therapie
- Gesundheits- und Krankenpflege bei spezifischen Patientengruppen

Von der Entscheidung und dem Beginn einer Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung über das Erlernen sämtlicher Krankheitsbilder bis hin zu den unterschiedlichsten Einsätzen in der Praxis findet man in diesem Lehrbuch alles, was man für eine gute, wissenschaftlich fundierte Ausbildung braucht. Das Inhaltsverzeichnis ist ein guter Leitfaden durch alle Themenbereiche und erleichtert die schnelle Suche. Die Kapitel sind klar strukturiert, Infokästen weisen auf Wichtiges hin oder warnen vor Gefahren. Dazu kommen zahlreiche Praxistipps und es gibt zusätzliche Hinweise zur Präventionsförderung. Über 200 Fallbeispiele und illustrative Krankengeschichten dienen dazu, Ereignisse und Sachverhältnisse zu veranschaulichen und geben Einblicke in den Pflegealltag. Schritt für Schritt-Anleitungen, auch gepaart mit Fotoserien, erklären die komplexen Arbeitsabläufe. Ebenso werden rechtliche Begebenheiten und Einschränkungen bei pflegerischen Interventionen, sowie der Arbeitsschutz deutlich und verständlich angesprochen. Ein ausführliches Literaturverzeichnis enthält Tipps zum Lesen und Lernen. Außerdem werden per Internet Lernkontrollfragen und Pflegeplanungen zur Prüfungsvorbereitung angeboten. Mehr unter www.thieme.de/thiemes-pflege
Mein Fazit: Dieses Lehrbuch ist eine wissenschaftlich fundierte Arbeitsgrundlage für die Ausbildung einer Pflegefachkraft. Der jahrelange Erfolg dieses Buches spricht für sich. Besonders gefällt mir das Kapitel: „Grundlagen des Pflegeberufs“. Darin wird klar und deutlich dargelegt, was eine Pflegekraft nach ihrer Ausbildung erwartet, wenn sie sich für diesen Beruf entscheidet. Ich hätte mir für meine Ausbildung ein so hervorragendes Lehrbuch gewünscht und ich empfehle es jeder/jedem Auszubildenden. Letztendlich dürfte dies aber auch eine Kostenfrage sein. Auch in der täglichen Pflege nach der Ausbildung oder als Nachschlagewerk für „alte Hasen“ ist dieses Lehrbuch sehr empfehlenswert.
Weil das Lehrbuch ist sehr groß ist (19,5 x 27 cm) und 3,2 kg wiegt, ist es zu unhandlich und nicht geeignet, es immer mitzuführen. Somit ist es wohl eher ein Buch für den Schreibtisch, um dort damit zu arbeiten. Man hätte, meiner Meinung nach, auch zwei Bände daraus machen können. Der Verlag hat dies erkannt und eine „kleine Schwester“ des großen Klassikers herausgebracht. Diese ist kompakt- kleineres Format, geringeres Gewicht, gleicher Inhalt. Weil die Schrift sehr klein ist, ist dies nicht nur für die Augen ermüdend, sondern strengt insgesamt sehr an.
Dennoch: Mit diesem Werk bist du für die Ausbildung bestens gerüstet und fit für die Praxis!

Angelika Rathgeber

Zum Buch:
Susanne Schewior-Popp, Franz Sitzmann, Lothar Ullrich (Hrsg.)
Thiemes Pflege (große Ausgabe). Das Lehrbuch für Pflegende in der Ausbildung, 13. aktualisierte und erweiterte Auflage
1480 Seiten, 1892 Abb. , gebunden (FH), In zwei Formaten: Großes Format (19,5 x 27 cm) oder kompaktes Format (17 x 24 cm) bei gleichem Inhalt. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2017, Preis: 74,99 Euro

Lehrbuch Pflegeassistenz

Im Hogrefe-Verlag ist das „Lehrbuch Pflegeassistenz“ von Elisabeth Blunier (Pflegefachfrau, Diplompädagogin, Erwachsenenbildnerin, Schulleiterin Pflegeassistenz a. D.) in einer neuen Auflage erschienen. Rezensentin Angelika Rathgeber empfiehlt das „sehr fundierte, sachliche und informative Arbeitsbuch“.

Aufgrund des Pflegepersonalmangels im Pflegebereich werden zusätzlich Hilfskräfte gebraucht. Diese werden als Praktikantin/en oder zu Pflegeassistentin/en angelernt, eingesetzt und oft nach kürzester Zeit als volle Arbeitskraft eingeplant. Hierfür benötigen sie Können und Wissen, um den Alltag in der Pflege mit den Patienten zu gestalten. Durch Wissen sollen sie Sicherheit und die nötige Flexibilität in den Arbeitsabläufen erlernen, um den Patienten optimal und professionell zu versorgen.
Dieses umfangreiche Buch stützt sich in 14 Kapiteln auf das Roper-Logan-Tierny-Pflegemodell und ist in die Aktivitäten des Lebens nach Liliane Juchli eingeteilt. Zunächst werden Einblicke in die Pflegemodelle, den Pflegeprozess, die Pflegeplanung und -dokumentation gegeben, aber auch Ethik, Menschen- und Patientenrechte sowie sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz werden thematisiert. Es wird ausführlich, in vereinfachter Sprache und Ausführung, auf Anatomie, Krankheitsbilder und die daraus resultierende Pflege eingegangen. Sämtliche Pflegeverrichtungen werden detailliert in Abbildungen und Diagrammen veranschaulicht. In Anatomie und Physiologie wird nochmals gesondert eingeführt. Ein Glossar erklärt leicht verständlich Fremdwörter und Fachbegriffe. Wichtige Grundsätze und Warnhinweise sind besonders gekennzeichnet. Das Werk ist sehr strukturiert aufgebaut.
Mein Fazit: Das fundierte, sachliche und informative Arbeitsbuch eignet sich auch für Lernende ohne eine medizinische Ausbildung oder Pflegeerfahrung, da der Stoff verständlich vermittelt wird. Mit Hilfe dieses Lehrbuchs können sich Lernende selbständig ein fundiertes Basiswissen erarbeiten. Es eignet sich auch optimal für Mitarbeiter, die pausiert haben und den Wiedereinstieg in den Pflegeberuf anstreben. Das „Lehrbuch Pflegeassistenz“ wurde in der Schweiz publiziert, weshalb Hilfsadressen oder Hinweise (rechtliche Darstellungen) für dieses Land ausgegeben werden, dies tut aber dem Thema Pflege keinen Abbruch. Deshalb kann ich dieses Buch auch in Deutschland nur empfehlen.

Angelika Rathgeber

Zum Buch:
Elisabeth Blunier (Hrsg.): Lehrbuch Pflegeassistenz
6.überarbeitete und aktualisierte Auflage, 227 Abb., 40 Tab.,
Verlagsgruppe Hogrefe, Bern 2017, 384 Seiten, Preis: 34,95 Euro

Patientensicherheit in der ambulanten Pflege

ZQP erarbeitet einen Ratgeber zur Heimbeatmung

Immer mehr beatmete Patienten leben zu Hause oder in privaten Wohngemeinschaften. Deren pflegerische Versorgung ist höchst anspruchsvoll. Sie brauchen oft rund um die Uhr spezielle fachliche Betreuung. Eine korrekte Gerätehandhabung, penible Hygiene und richtiges Verhalten im Notfall durch die Pflegenden sind für beatmete Menschen lebenswichtig. Allerdings besteht oftmals große Unsicherheit über die Qualität der Versorgung von außerklinisch beatmeten Patienten. Denn in Bezug auf organisatorische und fachliche Voraussetzungen ist die Qualitätssicherung hierzu bisher vage. Bundesweit verbindliche Standards und repräsentative Daten zur Qualität der Versorgung von Menschen mit Heimbeatmung fehlen. Im Rahmen der derzeit laufenden ZQP-Perspektivenwerkstatt „Patientensicherheit in der ambulanten Pflege“ wurde erneut die Notwendigkeit wirksamer Maßnahmen zur Qualitätssicherung von außerklinischer Beatmungspflege aufgezeigt. Damit Menschen mit Heimbeatmung und ihre Angehörigen besser nachvollziehen können, ob die Versorgung durch einen professionellen Pflegedienst fachlich richtig ist, plant das ZQP Ende 2018 einen Ratgeber zu veröffentlichen. Das Heft wird derzeit gemeinsam mit ausgewiesenen Experten erarbeitet. Auf der Homepage des ZQP finden Sie weitere Informationen zur ZQP-Perspektivenwerkstatt Patientensicherheit in der ambulanten Pflege.
Stefan Görres, Professor am Institut für Public Health und Pflegeforschung an der Universität Bremen, erarbeitet zudem eine Studie zur Patientensicherheit in der ambulanten Pflege. Ziel ist es, eine Sicherheits- und Fehlerkultur zu etablieren, wie dies in der stationären Pflege längst Thema ist. Erste Ergebnisse dieser Studie werden voraussichtlich im September 2018 vorliegen.

www.zqp.de

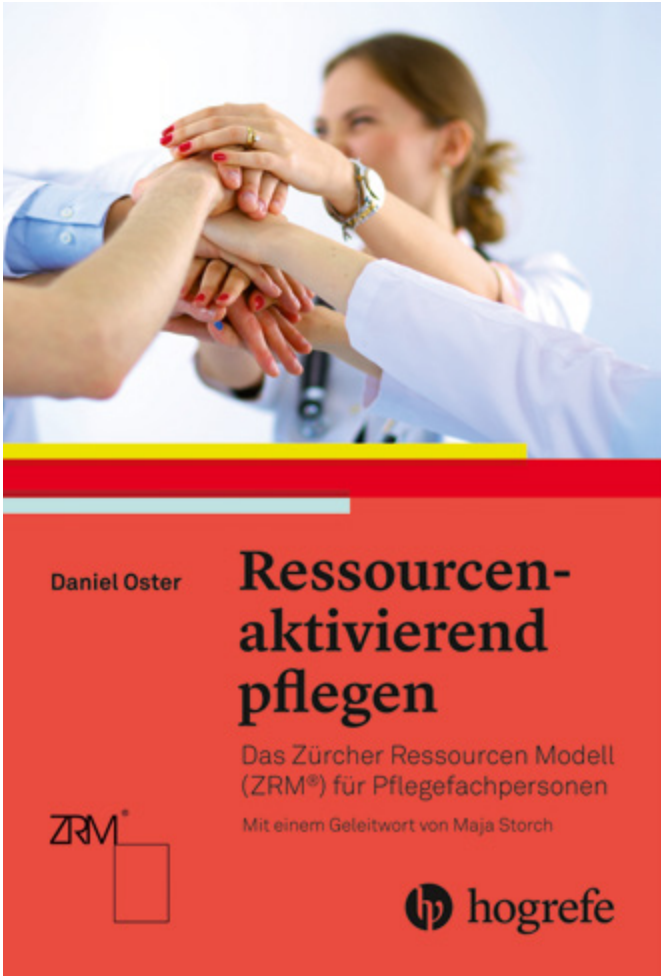
Ressourcenaktivierend pflegen

In einem ersten Fachbuch mit dem Titel „Ressourcenaktivierend pflegen“, das im Hogrefe Verlag erschienen ist, stellt der erfahrene Coach und ZRM-Trainer Daniel Oster das Zürcher Ressourcen-Modell (ZRM®) für Pflegefachpersonen vor. In ihrem Geleitwort zum Buch beschreibt Maja Storch treffend die Ausgangslage: „Wer heute im Pflegeberuf arbeitet, muss der Selbstpflege genau so viel Aufmerksamkeit widmen wie der Pflege der Menschen, die auf Hilfe warten.“

Bei dem Zürcher Ressourcen-Modell (ZRM®) handelt es sich um ein Selbstmanagement-Training für Pflegefachpersonen, das Lösungen zur Selbstpflege von Pflegenden anbietet. Diese werden Schritt für Schritt angeleitet, sich über ihre (Lebens)Themen klar zu werden, Ziele zu entwickeln, die eigenen Ressourcen zu entdecken und Fähigkeiten zu erlangen, um Ressourcen zu aktivieren, die sodann zielorientiertes Handeln ermöglichen. Das Training soll befähigen, das Fühlen und Verhalten besser zu steuern. Wie dies konkret geht, beschreibt Oster anhand eines Seminars mit den beiden Teilnehmerinnen Sabine und Franziska.

Das Seminar beginnt damit, sich über das eigene Bewertungssystem klar zu werden, das unsere Entscheidungen beeinflusst. Jeder Mensch hat ein emotionales Erfahrungsgedächtnis, das sich über Körperempfindungen und Gefühle positiv oder negativ artikuliert. Ein „gutes Bauchgefühl“ zu haben ist beispielsweise Ausdruck eines positiven Markers. Genauso gibt es auch Alarmsignale und Warnungen auf unbewusster Ebene. Das ZRM Training schult die Achtsamkeit der Teilnehmer, um positive somatische Marker für den Schritt über den sinnbildlichen Rubikon zu erleichtern. Der Rubikon ist ein Fluss in Norditalien, berühmt durch die Worte Julius Cäsar´s „Alea iacta est“ (Der Würfel ist gefallen). Er stand vor der Entscheidung, ob er Rom angreifen sollte oder nicht. Man ist laut Oster dann für den Schritt über den Rubikon reif, wenn aus einem unbewussten Bedürfnis oder Wunsch eine bewusste Handlung folgt, also ein klares Ziel verwirklicht wird. Den sog. Rubikon-Prozess teilt er in fünf Phasen ein, die die Teilnehmer in seinen Seminaren durchlaufen. Es werden auch verschiedene Situationen und mögliche Verhaltensweisen durchgespielt. Ziel ist es, im wirklichen Leben nicht mehr „aus der Bahn“ geworfen zu werden, sondern in der Lage zu sein, in Belastungssituationen die eigenen Ressourcen zu aktivieren. Am Anfang steht, die Belastungssituationen zu erkennen, Verhaltensmuster zu verstehen und neue Verhaltensweisen schrittweise aufzubauen. Mit Hilfe des Buches kann der Leser für sich eine Handlungskette erarbeiten und sich für Situationen wappnen, in denen er „JA“ sagt, obwohl er „NEIN“ meint. Denn was einem falschen JA folgt, ist immer Stress.

Das Buch will wachrütteln und ermuntern, die Selbstbestimmung nicht „an der Garderobe abzugeben“, sondern die eigenen Bedürfnisse und Ressourcen genau anzusehen. Denn wer versucht, es immer allen recht machen zu wollen, hat mit Sicherheit die wichtigste Person vergessen: SICH SELBST! Es gilt, mit seinem schlechten Gewissen fertig zu werden, und es kann durchaus eine Weile dauern, bis man zwischen dem Wohl anderer Menschen und dem eigenen Wohl klar unterscheiden kann. Aber das ist erlernbar und der Weg lohnt sich, gerade für Pflegekräfte. Denn nur wenn es den Pflegekräften gut geht und sie Ressourcen mobilisieren können, geht es auch den zu Pflegenden gut.



Zum Buch:
Daniel Oster: Ressourcenaktivierend pflegen
Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM®) für Pflegefachpersonen.
Mit einem Geleitwort von Maja Storch.
Hogrefe Verlag 2018, 128 Seiten, Preis: 19,95 Euro

Ich empfehle das Buch und hoffe, dass es viele Kolleginnen und Kollegen aus der Pflege für die Entwicklung ihrer Ressourcen nutzen. Sie werden lernen, wesentlich selbstbestimmter zu arbeiten. Nach dem Überschreiten des Rubikons können wir, dessen bin ich mir sicher, unseren wichtigen und menschlich so anspruchsvollen Pflegeauftrag wesentlich energiegeladener erfüllen und unseren Beruf als das erleben, was er ist: eine sinnstiftende Tätigkeit und ein enorm wichtiger Dienst an der Gesellschaft, auf den wir stolz sein können.

Brigitte Wildberger

Palliative Care in Pflegeheimen und -diensten

Fachleute, die in unterschiedlichen Bereichen der palliativen Pflege tätig sind, haben ein für Pflegende sehr empfehlenswertes Buch über die Palliative Care in Pflegeheimen und -diensten geschrieben.

Einleitend beschäftigt sich Dr. Hans-Bernd Sittig, Anästhesist und Schmerztherapeut, mit dem Thema Schmerzen. „Der Schmerz muss bei jedem Palliativ-Patienten aktiv vom Arzt und Pflegepersonal erfragt werden, da viele Patienten nicht von selbst über ihre Schmerzen berichten“, so seine Empfehlung. Gerade bei Tumorpatienten komme es im Verlauf der Erkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu behandlungspflichtigen Schmerzzuständen. Sehr hilfreich sind in diesem Kapitel verschiedene Tabellen, z.B. über die Schmerzarten bei Palliativpatienten, die daraus resultierenden therapeutischen Konsequenzen, die verschiedenen Opioide mit Dosierung, Wirkdauer, Tagesmaximaldosen und unerwünschten Nebenwirkungen, sowie Nichtopioide Analgetika und Koanalgetika. Die beste Therapie sei es, wenn diese der Patient selbständig zu Hause durchführen könne.
Die Schmerzerfassung ist Spezialgebiet von Meike Schwermann, Fachkrankenschwester für Intensiv und Anästhesie, die darauf hinweist, dass die Schmerzintensität jeweils abgefragt werden müsse. Sehr wichtig sind in diesem Zusammenhang unterschiedliche Schmerzskalen sowie ein Schmerzprotokoll. Sehr erhellend ist auch die Darstellung des Schmerzassessments für demenziell erkrankte und kommunikationseingeschränkte Menschen, die sich zu ihren Schmerzen nicht äußern können.
Wie körperliches Leid bei Sterbenden verringert werden kann, zeigt Altenpflegerin Nina Rödiger. Es gebe vielfältige Möglichkeiten zum Befeuchten der Mundschleimhaut und zum Anregen des Speichelflusses. Neben der Mundpflege erläutert sie Wege der Symptomlinderung bei Übelkeit und Erbrechen. Generell seien eine gute Wahrnehmungsfähigkeit, Fachwissen und Einfühlungsvermögen der Pflegekräfte sowie die ärztliche Diagnostik unabdingbar. Da es bislang kaum Studien zur medikamentösen Therapie von Erbrechen und Übelkeit gebe, gelte es, auf Erfahrungswissen von Experten zurück zu greifen.
Lungenmetastasen, Lungenemphysem, Pleuraerguss, Schädigung der Lunge durch Chemo- oder Strahlentherapie können zu Atemnot führen. Hospizpfleger Günter Davids beschreibt Mittel und Wege der Symptomlinderung der Atemnot und andere Repirationsprobleme. Pflegerische Beobachtung und Dokumentation sowie nichtmedikamentöse Maßnahmen bei Atembeschwerden können unter Umständen einer akuten Dyspnoe entgegenwirken. Ebenso wird die medikamentöse Therapie mit speziellen Bedarfsmedikamenten wie bw. Morphin, Fentanyl nasal usw. für die Atemnotattacke eingesetzt. Die Sauerstofftherapie sollte nur bei bestehender O_2-Unterversorgung eingeleitet werden.
Diplom Psychologin Michaela Pawlowski widmet sich psychosozialen Nöten wie Angst, Depression oder Schuldgefühlen, die mit den ICD-Diagnoseschlüsseln aufgeführt werden. Empathie, nicht Mitleid, seien von Seiten der Pflegenden wichtig. Sie sollten Ruhe und Sicherheit ausstrahlen, aber auch sich selbst schützen, immer wieder durchatmen und innerlich einen Schritt zurückgehen. So gelänge es, eine andere Perspektive einzunehmen.
Diplom Theologin Christine Behrens geht auf die Gesprächsführung mit den Betroffenen, ihren Angehörigen sowie die Kommunikation mit nicht mehr sprachfähigen Menschen ein. Sie erklärt zudem die Bedeutung von Ritualen bei der Bewältigung existenzieller Nöte. Diplom Theologe Jochen Becker-Ebel thematisiert ethische Fragen am Lebensende und die Bildungswissenschaftlerin Kristin Surendorff-Belder widmet sich abschließend der Darstellung der Hospizidee und der Palliative Care. Ein oft zitierter Satz von Cicely Saunders, die beides ins Leben gerufen hat, lautet: Die Menschen „sind bis zum letzten Augenblick ihres Lebens wichtig, und wir werden alles tun, damit sie nicht nur in Frieden sterben, sondern auch bis zuletzt leben können“ Für Saunders gab es keine Unterscheidung zwischen Palliativ Care und Hospiz.
In diesem praxisnahen Buch wird all das beschrieben, was sich jeder Mensch am Lebensende wünscht: psychisches wie physisches Aufgehobensein, möglichst wenig Schmerzen, keine Luftnot und andere Beschwerden sowie die Begleitung der Angehörigen. Diese Fragen werden komprimiert und anschaulich im Buch behandelt, das ich vor allem Pflegekräften ans Herz legen möchte.

Ellen Kraske

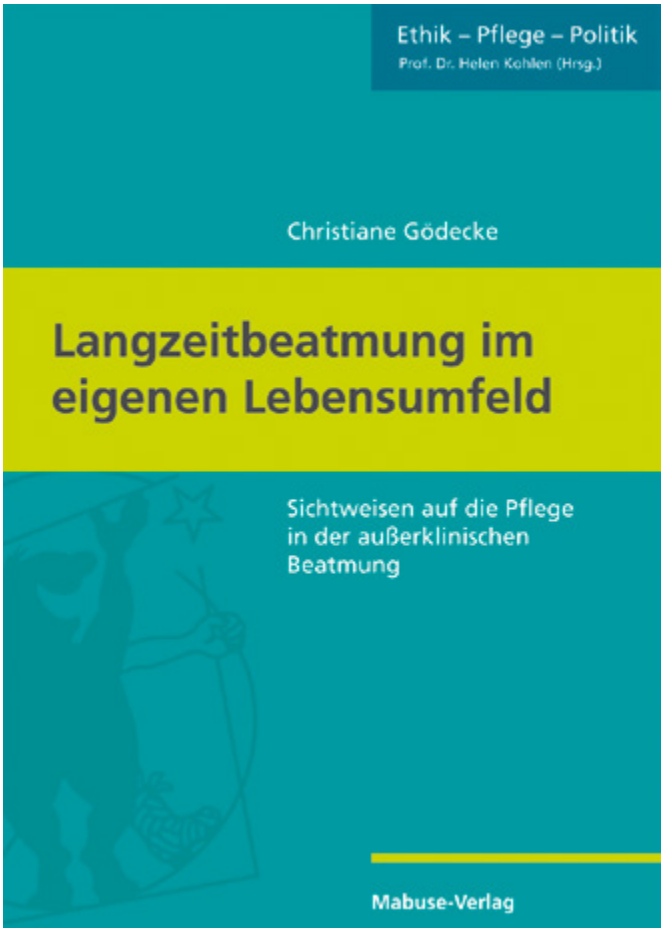
Zum Buch: Jochen Becker-Ebel (Hrsg); Christine Behrens, Günter Davids, Michaela Pawlowski, u.a.: Palliative Care in Pflegeheimen und -diensten. Wissen und Handeln für Pflegende
5., überarb. und akt. Auflage, Schlütersche Verlagsgesellschaft 2017, 216 Seiten, Preis: 19,95 Euro

Langzeitbeatmung im eigenen Lebensumfeld

Das Buch „Langzeitbeatmung im eigenen Lebensumfeld“ von Christiane Gödecke basiert auf einer Dissertation, die sie 2017 an der Pflegewissenschaftlichen Fakultät der Philosophisch-Theologischen Hochschule Vallendar mit dem Titel: „Menschen mit Langzeitbeatmung im eigenen Lebensumfeld. Sichtweise von Betroffenen (und ihren Angehörigen) auf die Pflege in der außerklinischen Beatmung“ eingereicht hatte. Nun ist die Studie im Mabuse Verlag erschienen.

Die Forschungsarbeit basiert auf 20 Interviews, die mit langzeitbeatmeten Betroffenen und teilweise mit involvierten Angehörigen geführt wurden. Bei der Auswertung beleuchtet die Autorin die Ergebnisse speziell aus care-ethischer Sicht (philosophische Sichtweise). Ziel der Untersuchung ist es herauszufinden, wie die Perspektive von beatmeten Betroffenen (und deren Angehörigen) auf die Pflegesituation in der außerklinischen Beatmung im eigenen Lebensumfeld aussieht und welche Rolle hierbei Themen wie Technik, Sicherheit, Selbstbestimmung, Kommunikation, Privatsphäre, Nähe und Distanz, Kompetenz und Rollenverhalten spielen.
Die Ergebnisse zeigen, dass Angehörige und Betroffene häufig zu Experten ihrer Situation werden, wobei Selbstbestimmung und Selbständigkeit einen hohen Stellenwert haben. Hierbei sind Beziehungsaufbau und Vertrauen zum Personal essentiell, um Sicherheit zu erlangen. „Mein Leben leben“ und die Selbstbestimmung aufrechterhalten, ohne von der Technik und dem Pflegepersonal fremdbestimmt zu werden, lässt sich als übergeordnete Botschaft zusammenfassen. „Im Laufe der Untersuchung hat sich ergeben, dass die Technik nicht in dem Maße im Vordergrund steht wie erwartet. Stattdessen wurde der Vertrauens-Beziehungsaspekt unter permanenter Präsenz (immer Dasein) ein wesentlicher Inhalt.“
Das Buch beleuchtet die außerklinische Intensivpflege sowohl thematisch als auch formal sehr wissenschaftlich. Deshalb ist es keine leichte Lektüre. Zitate aus den Interviews erscheinen häufig nur als Fußnote.
Das Buch regt zum Reflektieren an und verdeutlicht zweifellos, wie wichtig für die betroffenen Menschen und deren Sicherheit eine vertrauensvolle Beziehung auf Augenhöhe zu den Pflegekräften und deren Qualifikation ist. Eine große Herausforderung!

Dorothee Seidl
pflegerische Leitung Wohngemeinschaft



Bisher ist die ambulante Intensivpflege in Deutschland nur selten Gegenstandsbereich pflegewissenschaftlicher Studien. Umso erfreulicher ist die Veröffentlichung der Studie von Christiane Gödecke zu bewerten. Als theoretischer Zugang zum Untersuchungsfeld wurde zuerst „Technik“ als Hintergrund gewählt. Dabei geht es sowohl um die dingliche Form von Technik im Sinne von Geräten als auch um Handlungen, die daraus erwachsen und mit Begrifflichkeiten u.a. wie Entfremdung, Aufmerksamkeitsverschiebung und Kontrolle beschrieben werden. Da jedoch bereits bei der Analyse des ersten Interviews deutlich wurde, dass in den Erzählungen der Betroffenen Technik keinen hervorstechenden Stellenwert einnimmt, sondern die Beziehung und Beziehungsgestaltung zwischen Betroffenen, Angehörigen und Pflegekräften als wesentlich angesehen wurde, wurde als zweiter theoretischer Bezugspunkt die Care-Ethik herangezogen. Dadurch fällt der Blickwinkel u.a. auf Darstellungen, wie sich die Machtverteilung zwischen Pflegenden und Gepflegten gestaltet, Interaktionen ablaufen, Autonomie oder Empowerment auftauchen oder wie sich „gute Pflege“ gestaltet. Die Veröffentlichung ist eine Fundgrube für Pflegewissenschaftler, da es der Autorin gelingt, ihren Forschungsprozess mit den dahinter liegenden theoretischen Grundlagen und Annahmen transparent und nachvollziehbar zu gestalten.

Heinrich Recken
Hamburger Fern-Hochschule

Zum Buch:
Prof. Dr. Helen Kohlen (Hg.)
Christiane Gödecke: Langzeitbeatmung im eigenen Lebensumfeld.
Sichtweisen auf die Pflege in der außerklinischen Beatmung
Mabuse 2018, 258 Seiten, Preis: 39,95 Euro

Wer soll uns pflegen?

Das soeben erschienene Buch „Wer soll uns pflegen? – Über die Situation der Pflegekräfte“ von Elisabeth Scharfenberg ist eine Quintessenz aus 12 Jahren Pflegepolitik, vielen Gesprächen mit allen Betroffenen, Diskussionen, Interviews, Besuchen, Feedback aus den Sozialen Medien und Antworten im Rahmen ihrer Online-Umfrage.

Über Missstände und Skandale in Pflegeheimen ist in den letzten Jahren viel geschrieben worden. „Wer soll uns pflegen? – Zur Situation der Pflegekräfte“ ist kein weiteres Skandalbuch. Die Skandalisierung wird der guten Arbeit einer großen Basis Pflegender nicht gerecht. Allerdings haben sich die Arbeitsbedingungen in der Pflege dramatisch verschlechtert. Der Pflegenotstand ist kein Zukunftsszenario: Er ist bereits angekommen in den stationären Einrichtungen, in Krankenhäusern und ambulanten Diensten, zu Hause, und er geht zu Lasten der Pflegenden wie der Pflegebedürftigen.
Das Buch versucht eine Innensicht auf die Situation der Pflege in unserer Gesellschaft. Es thematisiert die Auswirkungen des Fachkräftemangels auf die professionell Pflegenden und will ihnen eine Stimme verleihen. Dazu überlässt es ihnen großenteils selbst das Wort. Es geht um die Arbeits- und Ausbildungssituation der Pflegenden, ihre seelische und körperliche Gesundheit, ihre Würde und ihr Wohlergehen. Thematisiert werden der Arbeitsalltag in der stationären wie der ambulanten Kranken- und Altenpflege, aber auch die Auswirkungen auf die Pflegebedürftigen und ihre Angehörigen. Als Grundlage hierfür dienen die Ergebnisse meiner Umfrage „Was beschäftigt Pflegekräfte?“. Bei dieser Umfrage brachten sich in sechs Wochen 4.500 Pflegekräfte ein. Sie sind die Expertinnen und Experten in eigener Sache. Zudem runden Beobachtungen und Reflexionen, die sich aus meiner täglichen Arbeit noch ergeben und sich im Rahmen meiner politischen Arbeit ergaben, die Antwort auf meine Frage „Wer soll uns pflegen?“ ab.
Von 2005 bis 2017 war ich als einzige oberfränkische Grüne Mitglied des deutschen Bundestages und Sprecherin der Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen für Pflege- und Altenpolitik. Das Mandat hat mir ermöglicht, grüne Pflegepolitik mitzugestalten und zugleich zu zeigen: Bayern kann auch anders sein, nämlich weltoffen, gleichberechtigt und sozial kompetent.
Schon durch meine Arbeit als Sozialarbeiterin hatte ich einen tiefen Einblick in die Lebensrealität vieler Menschen bekommen. Pflege spielte da immer wieder eine große Rolle. Pflegepolitik ist eine der großen gesellschaftspolitischen Aufgaben und das Zukunftsthema. Auch wenn es gerne verdrängt wird, Pflege geht alle an. Spätestens wenn die eigenen Eltern alt werden, stellt sich die Frage: Wie wünschen sie sich, versorgt zu werden? Wie möchte man das eigene Alter gestalten?
Für ein selbstbestimmtes, würdevolles Leben im Alter und bei Pflegebedürftigkeit und für mehr Wertschätzung, bessere Gehälter und Arbeitsbedingungen von Pflegekräften habe ich mich als Sprecherin der grünen Bundestagsfraktion für Pflege- und Altenpolitik in drei Legislaturperioden eingesetzt. Aus diesem Erfahrungsfundus heraus entstand dieses Buch.
Besonders schön ist es , dass die Erkenntnisse von Fachleuten in Form von Interviews und Gastbeiträgen ebenfalls in dieses Buch einfließen. GastautorInnen sind Professorin Dr. Christel Bienstein, Frau Dr. Hanneli Döhner, Frau Professorin Dr. Ursula Lehr. Frau Dr. Anja Ludwig, Frau Bundestagsvizepräsidentin Claudia Roth, Herr Bürgermeister a. D Dr. Henning Scherf, Herr Helmut Walraffen und Fabrice Wendt. An der Auswahl der GastautorInnen und auch deren Bereitschaft, mein Buchprojekt zu unterstützen zeigt sich, dass das Thema Pflege weder Alter noch Parteizugehörigkeit kennt. Pflege geht uns alle an und ist keine Frage des Alters, denn Pflegebedürftigkeit kann uns zu jedem Zeitpunkt selbst betreffen. Ob als Pflegebedürftige oder als pflegende Angehörge.

Elisabeth Scharfenberg

Zum Buch:
Wer soll uns pflegen?- Zur Situation der Pflegekräfte.
2018, 220 Seiten, Preis: 15 Euro
Bestellung: https://www.epubli.de/shop/buch/wer-soll-uns-pflegen-elisabeth-scharfenberg-9783746711591/73499#
Weitere Infos unter: https://team-scharfenberg-online.de/buch/

Lehrbuch Palliative Care

Kompaktes Wissen zu Palliative Care in all seinen Facetten? Freuen Sie sich als neugierige LeserIn auf die 3., von einem internationalen, erfahrenen AutorInnen-Team herausgegebene vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage des exzellenten Lehrbuches Palliative Care.

Das Lehrbuch Palliative Care verdient eine besondere Beachtung. Warum? Zehn Jahre sind seit dem Erscheinen der 2. Auflage vergangen. In Zeiten zunehmender Berufshektik, Ökonomisierung im Gesundheitswesen, Technisierung und Spezialisierung, einhergehend mit Sektorisierung und fehlender Fachkraftquote wird die Suche nach veränderter Grundhaltung zu Themen einfühlsamer Begleitung von schwerkranken Menschen zu einem häufig geäußerten Anliegen, insbesondere von Pflegenden. Palliative Care, wie sie zu vielen Themen im Buch zu finden ist, bedarf einer Entschleunigung und bewussten Reflexion im Alltag für eine verantwortungsvolle Arbeit mit und für schwerstkranke Patienten. Diesem Anspruch wird das umfassende Werk gerecht.
Es ist klar und verständlich gegliedert, mit Bildern und Tabellen hilfreich illustriert, mit Fallbeispielen unterlegt und geht weit über die Themen Sterben, Tod und Trauer hinaus. Palliative Care mit seinen vielfältigen Dimensionen sollte immer frühzeitig in die Behandlung und Begleitung von PatientInnen integriert werden. Die große Vielfalt der behandelten Fachgebiete gibt den LeserInnen die Möglichkeit, sich sowohl im pflegerischen Alltag fortzubilden als auch über ihr bisheriges Tun nachzudenken. Der Lesestoff eignet sich für Professionelle und Interessierte aus dem Gesundheitswesen, für Angehörige, Patienten und für alle Menschen, die sich reflektiert mit der Thematik auseinandersetzen möchten. Es geht letztlich um die (Grund)Haltung zu existenziellen Fragen des Lebens und um den Anspruch, den jeder Mensch ganz persönlich für sich und andere damit verbindet.
Das Lehrbuch möchte das Palliative Care Konzept so vermitteln, dass die Lesenden eine Vorstellung von Interdisziplinarität, Praxisorientierung und Sorgebewusstsein erlangen können. Es ermutigt, Palliative Care als Begleiter in der Versorgung Schwerstkranker zu sehen und nicht als Endstation im Leben eines Menschen. Dabei werden patientenbezogene Behandlungs-, Versorgungs- und Begleitungskonzepte abgebildet und zum Teil auch kritisch hinterfragt. Die fachspezifischen Inhalte des Buches sind anwendbar für Pflegende und Personen in anderen Gesundheitsberufen, die in ganz unterschiedlichen Settings der spezialisierten Palliativversorgung und in der normalen Versorgung, sei es zu Hause oder in Alters- und Pflegeheimen, sowohl junge als auch alte, chronisch kranke, Schwerkranke und sterbende Menschen begleiten und betreuen.
Das Lehrbuch stellt den Menschen mit seinen biologischen, psychosozialen, spirituellen und kulturellen Lebenswelten in den Mittelpunkt und ermöglicht, patientenbezogene Ressourcen und Kompetenzen zu erfassen und einzuschätzen, damit Betroffene ihr Leben so aktiv wie möglich bis zuletzt mitgestalten können. Die fachlichen Informationen des Buches führen über die Geschichte und das Grundverständnis von Palliative Care über die unterschiedlichen Versorgungskontexte im Krankenhaus, in der stationären Altenhilfe, im stationären Hospiz, in der Sozialarbeit hin zu den Prozessen der Kommunikation, der Pflegediagnostik, der Patientenedukation und der Selbstsorge im Umgang mit schwer kranken und sterbenden Menschen.
Zwei umfassende aktualisierte Kapitel widmen sich der Schmerztherapie und der Linderung von Symptomen und Phänomenen wie Kachexie, Agitation, Angst, Dehydratation, Depression, Delir, Ernährung und Appetitlosigkeit, Obstipation und Diarrhö, Dyspnoe, Fatigue, Hirndruck, spinale Kompression, Epilepsie und Myoklonien, Pruritus, Mundschleimhautveränderungen, Schwitzen, Übelkeit und Erbrechen sowie exulzerierenden Wunden. Der dritte Teil des Werkes stellt die psychosozialen Aspekte wie Kommunikation, Begleitung und Trauerarbeit in den Fokus. Themen wie „Total Pain“, die Bedeutung von Sexualität in Palliative Care, die Unterstützung von pflegenden Angehörigen, die Begleitung von betroffenen Kindern, die Abschiedskultur sowie Trauerarbeit sind einige der bearbeiteten Felder. Ein weiteres Kapitel beschäftigt sich mit den kulturellen und spirituellen Aspekten, die in dieser Auflage einen weit größeren Rahmen erhalten als in den vorherigen Ausgaben.
Die palliative Betreuung am Lebensende mit Reflexionen zur Versorgungsgestaltung, der Betreuung von PatientInnen im Akutkrankenhaus sowie Palliative Care in den letzten Lebenstagen und -stunden bis hin zu Beobachtungen eines Bestatters bildet einen eigenständigen Teil. Will man End-of-Life Care als palliative Kultur verstehen,

Zum Buch:
Barbara Steffen-Bürgi, Erika Schärer-Santschi, Diana Staudacher, Settimio Monteverde (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care
3., überarb. u. erw. Aufl., Hogrefe Verlag 2017. 976 S., ca. 71 farbige Abb., ca. 54 farbige Tab. Preis: 69,95 Euro.

so betrifft diese immer auch die innere Haltung eines jeden Menschen, nicht nur im individuellen, sondern im gesamtgesellschaftlichen Kontext.
Palliative Care im Sinne eines „patientenzentrierten“ und „personenorientierten“ Ansatzes, bei dem ausdrücklich Präferenzen, Werte und Wünsche der PatientInnen im Vordergrund stehen, wird für ausgewählte Zielgruppen wie die Pädiatrie, Neuro-Palliative Care, Amyotrophe Lateralsklerose, Geriatrie, Gerontopsychiatrie beschrieben. Auch komplementäre Aspekte wie Mal-, Musik-, Poesie- und Bibliotherapie werden in einem eigenständigen Kapitel behandelt.
Ethische und juristische Aspekte im Kontext der Palliative Care spielen eine zunehmend wichtige Rolle in unserer pluralistischen Gesellschaft. So werden hier Themen wie Entscheidungsfindung im Kontext „Intensivmedizin und/oder Palliative Care, Sterbehilfe, palliative Sedierungstherapie, Chancen und Gefahren von Patientenverfügungen sowie medizinethische Überlegungen zur Gebrechlichkeit des schwerkranken, alten und sterbenden Menschen diskutiert.
Das Lehrbuch Palliative Care sei allen empfohlen, die mehr über diese Thematik und somit über das Leben in seiner Komplexität, das Sterben, den Tod und die Trauer erfahren möchten.

Christine Scheve
Referentin Palliative Care
Interdisziplinäres Palliativzentrum
Ev. Krankenhaus Oldenburg

Lehrbuch Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege

Jüngst erschien eine neue vollständig überarbeitete und erweiterte Ausgabe des Buchs „Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende“, welches sich bereits als Standardwerk etabliert hat. Herausgegeben wurde es von der schweizerischen Professorin, Pflegewissenschaftlerin und Krankenschwester Eva-Maria Panfil in Zusammenarbeit mit zahlreichen weiteren ExpertInnen dieses Fachgebiets.

Das vorliegende Lehr- und Arbeitsbuch ist klar strukturiert, logisch aufgebaut und sehr übersichtlich gestaltet. Es bietet sowohl AnfängerInnen als auch Profis viele nützliche Tipps, die bei der Literaturrecherche helfen, die professionelle Interviewführung ermöglichen und die korrekten Formen des Zitierens aufzeigen. Darüber hinaus leitet es zum logischen Aufbau von wissenschaftlichen Texten an und hält konkrete Hinweise zum Verfassen eines Beitrags bereit. Auch die Präsentationen der Forschungsergebnisse in Form eines Vortrags wird erläutert. Die verschiedenen Arbeitsschritte werden durch zahlreiche Beispiele illustriert und sind dadurch schnell verständlich.
Sehr hilfreich ist insbesondere ein Kapitel mit Tipps zur effektiven und professionellen Literaturrecherche. Darüber hinaus wird der Leser dazu angeleitet, Texte richtig einzuschätzen und auf ihre Verwendbarkeit im wissenschaftlichen Kontext zu prüfen. Das Lesen und die Verwendung von englischsprachigen Quellen stellt eine Herausforderung dar, die sich mithilfe dieses Buchs leicht meistern lässt.
Im anschließenden Kapitel werden nützliche Strategien und Systeme zur Literaturverwaltung vorgestellt. Diese sollen dabei helfen, das gewonnene Material möglichst übersichtlich zu ordnen, um im Schreibprozess schnell darauf zugreifen zu können. Darüber hinaus dient die Literaturverwaltung auch der Eingrenzung des Materials, um nicht in der Fülle der gewonnenen Quellen zu „ertrinken“.
Zum wissenschaftlichen Arbeiten zählt aber nicht nur das Verfassen von argumentativ schlüssigen und logisch aufgebauten Texten in Form von Prüfungsarbeiten, Artikeln, Fachbeiträgen oder Rezensionen, sondern auch die adäquate Präsentation von Forschungsergebnissen im Rahmen eines Vortrags. Im Buch werden innovative Methoden zur visuellen Unterstützung erläutert, wie beispielsweise die Erstellung eines Posters. Wie dies strukturiert werden könnte, welche Informationen es beinhalten sollte und wie es optisch ansprechend gestaltet werden kann, wird erklärt und übersichtlich dargestellt.
Die vorliegende aktuelle Ausgabe von „Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege“ verfügt über ein Sachwortverzeichnis und hält eine Liste von Verlagen und Fachzeitschriften, die sich auf das Thema „Pflege“ spezialisiert haben, bereit. Dieses Standardwerk für angehende PflegewissenschaftlerInnen und ExpertInnen ist unbedingt zu empfehlen.

Lena Panzer-Selz

Zum Buch:
Eva-Maria Panfil: Wissenschaftliches Arbeiten in der Pflege. Lehr- und Arbeitsbuch für Pflegende.
3., vollständig überarb. u. erw. Auflage.
Hogrefe, 489 S., 39,95€

WIR SUCHEN PFLEGEKRÄFTE

Unsere neue Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in Bad Kissingen braucht Sie!

Eröffnung September 2018

Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH
Hartmannstraße 20a
97688 Bad Kissingen
Tel.: 0971 / 13 13 99 - 00
bkis@heimbeatmung.com
www.heimbeatmung.com

HEIMBEATMUNGS SERVICE Brambring Jaschke GmbH 20 JAHRE

14. KHW Kölner Heimbeatmungs-Workshop

Der 14. Kölner Heimbeatmungs-Workshop 2019, kurz KHW, ist DIE Veranstaltung zur außerklinischen Intensivpflege im Rheinland und wirft bereits seine Schatten voraus. Denn dieses Mal sind die Teilnehmenden selbst gefragt bzw. eingeladen, ihr Thema in einem Workshop oder als Vortrag/Diskussion einzubringen.

Die Veranstalter des 14. KHW Kölner Heimbeatmungs-Workshop am 28. März 2019 im Lindner Hotel City Plaza in Köln rufen dazu auf, bis zum 15. August 2018 Themenvorschläge einzureichen. Der geplante Inhalt soll per E-Mail kurz vorgestellt und an folgende Adresse geschickt werden: mein-vortrag@heimbeatmungsworkshop.de. Die Dauer eines Vortrag oder Workshops ist auf max. 60 Minuten begrenzt. Es soll Zeit für Fragen und Diskussion bleiben. Die Veranstalter wollen auch wissen, ob der/die Referierende allein oder gemeinsam mit einem anderen Referenten aktiv werden möchte. Ob der Vorschlag ins Programm aufgenommen wird, erfahren die Einreichenden so schnell wie möglich nach der Deadline.
Alle Vortragenden erhalten übrigens eine Freikarte für den KHW. Die Besucher erwarten spannende Fachvorträge, praxisbezogene Workshops, einen erweiterten Pflege- und Hilfsmittelparcours sowie eine Industrieausstellung, die neue Entwicklungen präsentiert.
Mehr zum KHW unter:

www.heimbeatmungsworkshop.de

EXPERTEN – WISSEN – TEILEN

SIA ...
1. Symposium für interdisziplinäre Atmungstherapie

Unter diesem Motto findet am 21. und 22. September im RKU Ulm das 1. Symposium für interdisziplinäre Atmungstherapie statt.

Der ärztliche Direktor der Neurologischen Klinik im RKU und Ordinarius für Neurologie der Universität Ulm, Professor Dr. Albert Ludolph, hat die Schirmherrschaft des internationalen Events übernommen. Den Vorsitz haben Dr. Martin Groß, Chefarzt der Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation sowie des Interdisziplinären Palliativzentrums am Evangelischen Krankenhaus Oldenburg und Helene Maucher, Pflegedirektorin am RKU. Veranstalter sind die Deutsche Gesellschaft für pflegerische Weiterbildung (DGpW), die Universitäts- und Rehabilitationskliniken Ulm, die Steinbeis Business Academy /Steinbeis Hochschule und das Schweizer Paraplegiker-Zentrum Nottwil.
Atmungstherapeuten, Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Vertreter der Kostenträger, Betroffene und deren Angehörige sowie Interessierte sind gleichermaßen zu diesem interdisziplinären Symposium eingeladen. Referenten und Dozenten verschiedener Professionen und Betroffene wirken am Programm mit.
Eine Delegation des Schweizer Paraplegiker-Zentrums wird am Freitag, dem 21. September, Einblicke in Heimbeatmungskonzepte der Schweiz geben und diese durch Fallbeispiele untermauern. Interessant dürfte auch die anschließende Podiumsdiskussion „Außerklinische Intensivpflege vs. Persönliche Assistenz – Wege zu Autonomie und Teilhabe“ mit schweizerischen und deutschen Medizinern, einer Fachpflegerin und einer Vertreterin der baden-württembergischen AOK werden. Die Moderation wird ein ALS Betroffener übernehmen.
Vorträge und Workshops von erfahrenen Atmungstherapeuten, Medizinern, Therapeuten sowie Betroffenen sollen die interdisziplinäre Zusammenarbeit vor dem Hintergrund des Patientenwohls fördern und einen Beitrag zur Verbesserung der Situation von Angehörigen und Pflegenden beatmeter Patienten leisten. Die nachstehenden Themenblöcke stellen den Schwerpunkt dar:

- Herausforderungen der Heimbeatmung
- Perspektiven der interdisziplinären Atmungstherapie
- Paraplegie
- Intensivbeatmung und High-Flow-Sauerstoff
- Implementierung der Atmungstherapie in Organisationen und die Rolle des Atmungstherapeuten
- Neurologie
- Lebensqualität

Begleitend zum Vortragsprogramm findet eine Vielzahl praxisorientierter Workshops mit multiprofessionellen Perspektiven auf zentrale Themen der Atmungstherapie statt.
Eine kompetente Ansprechpartnerin der Steinbeis Hochschule steht den Besuchern des Symposiums am Freitag zur Verfügung. Sie wird alle Fragen rund um das Thema Professionalisierung des Berufsbilds der Atmungstherapeuten durch ein Hochschulstudium mit Bachelorabschluss beantworten.
Und nicht zu vergessen sei der kollegiale Austausch, der im Rahmen des Besuchs der Industrieausstellung und der Pausen zur Bereicherung des Fachprogramms beiträgt.
Die Teilnahme am 1. Symposium für interdisziplinäre Atmungstherapie lohnt sich also auf jeden Fall!
Weitere Infos zur Veranstaltung sind auf der SIA Homepage unter: www.atmungstherapeuten-sia.de zu finden.

Regensburg meets Brixen

„Maschinelle Beatmung – Teamplay mit Technologie“, das ist dieses Mal Thema des 11. Regensburger Intensivpflegetags am 10. Oktober 2018 im Universitätsklinikum Regensburg. Im letzten Jahr war Pilsen die Partnerstadt, in diesem Jahr besteht eine Kooperation mit dem beschaulichen Städtchen Brixen in Südtirol.

Schon jetzt kann man sich zum 11. Intensivpflegetag anmelden, denn das Programm ist fertig. Prof. Dr. Martina Müller-Schilling, Klinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Regensburg und Mag. Dr. Franz Ploner MSc, Mba Anästhesie, Wiederbelebung, Schmerztherapie, KH Brixen schreiben in ihrem Grußwort zu den Themen: „In Regensburg haben wir uns für 2018 vorgenommen, den Fokus auf die Beatmung - eines der Kernelemente der Intensivpflege und der Intensivtherapie - zu legen. Wir wollen gemeinsam mit Ihnen aktuelle Leitlinien und Standards sowie neue Entwicklungen für die Versorgung unserer schwerkranken Patienten besprechen“. Zentrale Elemente der Veranstaltung werden praxisrelevante Darstellungen und die Definition eines optimalen Vorgehens in Diagnostik und Therapie sein. Es wird auch um gesundheitspolitische Fragen der Zukunft gehen, um ethische Fragen der Intensivmedizin und die Anforderungen der Intensivmedizin an jeden Einzelnen. „Hier sehen wir es als entscheidend an, dass Qualität und Menschlichkeit in der medizinischen Versorgung in den Mittelpunkt aller Reformanstrengungen und Zukunftsstrategien gestellt werden“, betonen die beiden Mediziner. Es lohnt sich also, sich auf den Weg nach Regensburg zu machen.
Veranstalter ist die Klinik und Poliklinik für Chirurgie am Universitätsklinikum Regensburg in Kooperation mit dem Verein der Freunde und Förderer der Pflege am Universitätsklinikum Regensburg e.V., 1. Vorsitzender Thomas Bonkowski, 2. Vorsitzende Andrea Pfundstein und Geschäftsführer Georg Niederalt.

Mehr unter https://vffp.de/
Kontakt: Thomas.Bonkowski@vffp.de

September 2018

21. - 22.9.2018 in Ulm
1. Symposium Interdisziplinäre Atmungstherapie
www.atmungstherapeuten-sia.de

21. - 22.9.2018 in Villingen-Schwenningen
Von der Bildgebung zur Therapie. Video-endoskopische Dysphagie-Diagnostik und ihre Umsetzung in die therapeutische Praxis.
4. FEES-Fortbildungsseminar für Fachpersonen aus Medizin und Therapie mit Grundkenntnissen über Diagnostik und Therapie der Dysphagie.
Veranstalter: Dysphagie-Netzwerk-Südwest
Anmeldung bis 7.9.2018 erbeten.
Kontakt: kontakt@dysphagienetzwerk.de
www.dysphagie-netzwerk-suedwest.de

24. - 28.9.2018 in Landsberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi

24.9.2018 in Regensburg
Herausforderung Beatmung- graue Theorie praxisnah vermitteln
Universitätsklinikum Regensburg, Kursraum 2 (Eingang West, Bauteil A2 4.06, 1. OG)
Beschränkt auf 26 Teilnehmer
Mail: Thomas.Bonkowski@ukr.de
Tel.: 0941/944-6933 od.-4478

25.9.2018 in Regensburg
Herausforderung Beatmung- graue Theorie praxisnah vermitteln
Universitätsklinikum Regensburg, Kursraum 2 (Eingang West, Bauteil A2 4.06, 1. OG)
Beschränkt auf 26 Teilnehmer
Mail: Thomas.Bonkowski@ukr.de
Tel.: 0941/944-6933 od.-4478

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

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

10. - 11. Oktober 2018
KAI Kongress für Außerklinische Intensivpflege 2018
Der Intensivpflegekongress für Pflegekräfte
www.kai-kongress.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

15. - 19.10.2018 in Leonberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi

15. - 19.10.2018 in Nürnberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
Anbieter: AGP, Anmeldung: Gisela Krug, Tel.: 0176/10081968

19. - 20.10.2018 in Ulm-Seeligweiler
14. Tagung Außerklinische Beatmung Kinder und Kleinkinder
www.rku.de

20.10.2018 in Bremerhaven
NEURO 2018
www.neuro2018.de

24.10.2018 in Landsberg
Basale Stimulation Aufbaukurs, Teil 3 von 3
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi

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

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

8. - 9.11.2018 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

15. - 16.11.2018 in München
Fortbildung + Workshop Tracheostomie
Diese Veranstaltung wird von der Fa. Teleflex Medical ausgerichtet und wendet sich an Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen und Unternehmen, die Menschen mit einem Tracheostoma versorgen und ihre Kenntnisse in diesem Bereich vertiefen oder auffrischen möchten.
Veranstaltungsort: Hotel Kastanienhof Erding, Am Bahnhof 7, 85435 Erding
Übernachtungskosten (EZ mit Frühstück): 100,00 EUR
Weitere Infos erhalten Sie bei Zehra Özerol
Mail: zehra.oezerol@teleflex.com
Tel.: 07151/406 555).

17.11.2018 in Berlin
10-jähriges Jubiläum des ALS-mobil e.V.
ALS-Kongress und Abendempfang
www.als-mobil.de/verein/2018-jubilaeum

19. - 23.11.2018 in München
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
Anbieter: AGP, Anmeldung: Gisela Krug, Tel.: 0176/10081968

19. - 22.11.2018 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege: Grundlagen der systemischen Beratung, des Konfliktmanagements und der Familienzentrierten Pflege
Teil 1: Lern- und Bildungsprozesse gestalten
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi

22. - 24.11.2018 in Würzburg
21. Deutsche Mukoviszidose-Tagung
www.muko.info/dmt

26. - 30.11.2018 in Landsberg
Basiskurs „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung (DIGAB)“
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi

Dezember 2018

1.12.2018 in Reichenau/Bodensee
Geblockte Kanüle wegen Aspiration. Muss das noch sein? Teilhabe orientierte Alternativen beim Umgang mit Trachealkanülen.
9. Fortbildungsseminar für Angehörige aus Pflegeberufen, Ärzte und Therapeuten.
Veranstalter: Dysphagie-Netzwerk-Südwest
Anmeldung bis 23.11.2018 erbeten.
Kontakt: kontakt@dysphagienetzwerk.de
www.dysphagie-netzwerk-suedwest.de

5.12.2018 in Landsberg
Beatmungsmanagement Complete
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi

17. - 20.12.2018 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege: Grundlagen der systemischen Beratung, des Konfliktmanagements und der Familienzentrierten Pflege
Teil 2: Familienzentrierte Pflege
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi

Vorschau 2019

21. - 24.01.2019 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege: Grundlagen der systemischen Beratung, des Konfliktmanagements und der Familienzentrierten Pflege
Teil 3: Persönliche Kompetenzbildung
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi

28.1.2019 in Bonn
3. CareCampBonn – Der etwas andere Intensivpflegeworkshop
www.carecampbonn.de

11. - 13.03.2019 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege: Grundlagen der systemischen Beratung, des Konfliktmanagements und der Familienzentrierten Pflege
Teil 4: Führungskompetenzen in der AIP
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi

13. - 16. 3. 2019 in München
60. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. in Kooperation mit der
Gesellschaft für Pädiatrische Pneumologie e.V.
Pneumologie – interdisziplinär und interaktiv
http://pneumologie-kongress.de/

28.3.2019 in Köln
14. Kölner Heimbeatmungsworkshop
www.heimbeatmungsworkshop.de

08. - 10.04.2019 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege: Grundlagen der systemischen Beratung, des Konfliktmanagements und der Familienzentrierten Pflege
Teil 5: Rechtliche Rahmenbedingungen
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi

21.- 23. Mai 2019 in Berlin
Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2019
www.hauptstadtkongress.de

22. - 25. Mai 2019 in Koblenz
32. Jahrestagung der Deutschsprachigen medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie e. V.
Querschnittlähmung im Alter. Abschieben oder Rehabilitieren
www.dmgp-kongress.de

23. - 25. Mai 2019 in Kassel
27. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e. V. zusammen mit dem 14. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e. V.
Juni 2019 in Kassel
www.digab-kongresse.de

25. - 26. Oktober 2019 in München
12. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress
www.maik-online.org

Über die Angst, lebendig begraben zu werden

Ein Modell des menschlichen Gehirns - Das Gehirn ist das Denk-, Empfindungs- und Kontrollzentrum des menschlichen Körpers. Das Großhirn besteht aus einer rechten und einer linken Hälfte. Nach außen hin wird jede Gehirnhälfte durch die Großhirnrinde - die „graue Substanz“ eingefasst. Innen lagert das Großhirnmark - die „weiße Substanz“. Das Großhirn umschließt das Zwischenhirn, an das sich das Mittel- und Rautenhirn anschließen. Das Kleinhirn sitzt dem Rautenhirn auf. Wenn das gesamte Gehirn in allen genannten Teilen ausgefallen ist und dieser Zustand als unumkehrbar nachgewiesen ist, spricht die Medizin vom „irreversiblen Hirnfunktionsausfall“. Diese Festlegung auf einen eingetretenen „Hirntod“ ist ein gesetzlich vorgeschriebenes Instrument der Intensivmedizin, um den Tod zweifelsfrei festzustellen.

Im Berliner Medizinhistorischen Museum der Charité wird seit dem 20. April 2018 die Sonderausstellung „Scheintot – Über die Ungewissheit des Todes und die Angst, lebendig begraben zu werden“ gezeigt.

In dem Märchen der Gebrüder Grimm finden die sieben Zwerge das tote Schneewittchen. Der Plan der bösen Stiefmutter, die wunderschöne Mädchen mittels eines vergifteten Apfels auszuschalten, schien aufgegangen zu sein. Als jedoch den Zwergen der gläserne Sarg aus den Händen rutscht, wird durch die Erschütterung das giftige Apfelstückchens aus Schneewittchens Hals herausgeschleudert und die vermeintlich Tote erwacht wieder zum Leben. Doch was wäre ohne dieses Missgeschick passiert? Schneewittchen wäre lebendig begraben worden.

Die Vorstellung, dass dies einem selbst passieren könnte, entwickelte sich im 18. Jahrhundert zu einer regelrechten Hysterie. Wie Museumsdirektor Professor Thomas Schnalke schildert, nahm die Debatte um den Scheintod über einen Zeitraum von etwa 100 Jahren ihren Lauf, nachdem ein französischer Arzt im Jahr 1742 ein Buch über die Ungewissheit der Todes-Kennzeichen veröffentlichte. Sein Text enthielt Geschichten Scheintoter, die erst durch die irrtümliche Bestattung tatsächlich gestorben sein sollen. Das Buch sorgte europaweit für Diskussionen. Ärzte und Naturwissenschaftler machten sich daran, die Grenze von Leben und Tod neu zu bestimmen und sie experimentierten mit z.T. skurrilen Methoden. Gleichzeitig wurden für Grab und Sarg mechanische Rettungsapparate, Särge mit Ausgängen und Glöckchen um die Arme des Toten entwickelt. In eigens errichteten Leichenhäusern wartete man mit der Beerdigung so lange, bis die Verwesung einsetzte. Es sind aus Leichenhäusern keine dokumentierten Fälle von Scheintoten bekannt, wie Schnalke sagt. Andere Fälle vermeintlicher Wiederbelebung erklärten sich aus heutiger Sicht damit, dass die Menschen wohl nicht ganz tot waren, beispielsweise nachdem sie gehängt worden waren. Heute könnten Ärzte den Tod ziemlich genau festzustellen. Wie Dr. Karl-Heinz Pantke, Vorsitzender des LIS e.V. schreibt, hielt man lange Zeit auch Menschen im Locked-in für scheintot.

Die Ausstellung „Scheintot – Über die Ungewissheit des Todes und die Angst, lebendig begraben zu werden“ ist bis zum 20.11.2018 zu sehen.

Mehr unter:
www.bmm-charite.de/ausstellungen/sonderausstellung.html

GEPFLEGT DURCHATMEN - Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

Herausgeber
DEUTSCHE FACHPFLEGE GRUPPE
Bavariaring 16
80336 München
Vertreten durch: Volker Feldkamp, Bruno Crone, Marcus Reinecker
Telefon: 089 - 217 688 92
Fax: 089 - 599 18 96 25
www.deutschefachpflege.de
info@deutschefachpflege.de

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: Nicole Binnewitt, Thomas Bonkowski, Bettina und Jochen Haringer, Kerstin Hirsch, Anja Hoffmann, LL.M.Eur., Piroschka Jansen, Christoph Jaschke, Christine Keller, M.A., Christl Kiener, Ellen Kraske, Dr. Karl-Heinz Pantke, Dr. Lena Panzer-Selz, Heinrich Recken, Angelika Rathgeber, Marcel Renz, Elisabeth Scharfenberg, Christine Scheve, Dorothee Seidl, Tiziana Serio, Dr. Minh Yen Tran, Andreas Westerfellhaus, Brigitte Wildberger, Sabine Zimmermann, MdB
www.vdk.de, www.hauptstadtkongress.de, www.digab-kongresse.de, www.stmgp.bayern.de, www.aktionstag-gegen-den-schmerz.de www.akb-pflegedienst-de, www.faktor-lebensqualitaet.de, www.aps-jahrestagung.de, www.vigeo.care, www.dgm-org.online, www.hannelore-kohl-stiftung.de, www.marie-simon-preis.de, www.goldenebildderfrau.de, www.elfmeterstiftung-duesseldorf.de, www.kinderhospiz-muenchen.de, www.biogen.de, www.ncl-stiftung.de, www.zqp.de, www.pflegekraft.de

Das Titelfoto zeigt Verena Bentele, Präsidentin Sozialverband VdK Deutschland. Das Foto ist von Susie Knoll.
Anzeigenleitung: Christoph Jaschke
Grafik und Layout: Dr. 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:

IHCC Intensive Home Care Consulting 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

NEU
mit High-Flow-Modus!

Am Tag und in der Nacht...
immer bestens versorgt mit
prisma VENT 50-C mit VENT AQUA.

HOSPITAL

HOMECARE

DIAGNOSTICS

Löwenstein Medical
Arzbacher Straße 80
D-56130 Bad Ems

Tel: +49 2603 9600-0
Fax: +49 2603 9600-50
Internet: hul.de