GEPFLEGT DURCHATMEN

Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

Ausgabe 42 | Oktober 2018

ES IST COOL, PFLEGEKRAFT ZU SEIN!

BARRIEREFREIHEIT IM ALLTAG - WUNSCH UND WIRKLICHKEIT

11. MAIK MÜNCHNER AUßERKLINISCHER INTENSIV KONGRESS

NEUES PFLEGEBERUFEGESETZ

Liebe Leserinnen und Leser,

es müsse „cool“ werden, Pflegekraft zu sein, sagte Bundesministerin Dr. Franziska Giffey. Aber ist es das nicht vielfach schon? Wir lassen Pflegekräfte zu Wort kommen, die stolz auf ihren Beruf sind. In Kontakt kamen wir mit ihnen über das DFG-Gewinnspiel, an dem Hunderte von Pflegekräften teilgenommen haben. Auch Elisabeth Scharfenberg, Veranstalterin des Aktivcamps 2018, sorgt dafür, dass Pflege Selbstbewusstsein zeigt. Denn um die Pflege herum „brodelt“ es. Die Politik plant grundlegende Veränderung, z.B. in NRW mit der Novellierung des Wohn- und Teilhabegesetzes, und denkt über eine Regulierung der Renditen von Investoren in der Pflege nach. Anderes bleibt auf der Strecke. So wäre es notwendig, die Sektoren zwischen stationär und ambulant aufzubrechen, damit außerklinisch beatmete Patienten ärztlich besser versorgt werden können. Um mehr Kapazitäten in der Pflege freizusetzen, sollte z.B. auch häufiger geprüft werden, inwieweit eine Entwöhnung vom Beatmungsgerät möglich ist. Weitere Themen in dieser Ausgabe sind u.a. eine Mikroschulung für pflegende Angehörige, das neue Pflegeberufegesetz, Sprechen in der Weaningphase, Paris erleben im E-Rolli, Brainpainting und wie ein kleiner Roboter vor Einsamkeit schützen kann.
Unser Titelfoto zeigt Zoe Haringer, die wohl jüngste Referentin auf dem diesjährigen MAIK-Münchner außerklinischer Intensiv Kongress. Sie und ihre Mutter Bettina sind Mitwirkende im Workshop „Reisen mit Behinderung“. Das Oktoberheft mit seinem MAIK-Special soll Lust machen auf den 11. MAIK. Der Kongress hat wieder eine Menge zu bieten!

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

Barrierefreiheit im Alltag 4

Es ist „cool“, Pflegekraft zu sein 7

Aktivcamp Pflege 2018 8

Fachverbände warnen vor Kahlschlag bei WGs 12

Betrug in ambulanter Intensivpflege kaum möglich 14

Fachgesellschaft

Beatmung im intersektoralen Bereich 18

Ausbildung

Mikroschulung Endotracheales Absaugen 20

Das neue Pflegeberufegesetz 26

Drei Jahre Altenpflegeausbildung, und dann? 32

MAIK Special

Beatmung

Nicht-invasive Beatmung 42

Bessere Versorgung bei COPD 46

Sprechen in der Weaningphase 48

Betroffene

Mit dem E-Rolli durch Paris 50

Brainpainting in Berlin 52

HBS

Zweite WG in Bad Kissingen 54

Begleitung ins Sommercamp 55

Kinder und Jugendliche

Bandenchefin Sina Wolf 56

Das Kinderhaus Luftikus 58

No isolation durch Roboter 60

DFG

Neue Gesichter in DFG 61

Mitarbeiter

Sich selber Gutes tun mit Qigong 68

Neuerscheinungen

Termine

Barrierefreiheit im Alltag – Wunsch und Wirklichkeit

(von li. nach re.) Zoe und Bettina Haringer

Unser Titelbild zeigt Zoe Haringer. Die Leserschaft unserer Fachzeitung kennt Zoe schon, da wir sie in den vorherigen Ausgaben bereits vorgestellt haben. Auf dem MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress ist die Schülerin mit ihrer Mutter Bettina beim Workshop „Reisen mit Behinderung“ dabei. Im folgenden Artikel schreiben Zoes Eltern über Barrierefreiheit.

2009 hat die Bundesregierung die UN-Behindertenrechtskonvention unterzeichnet, 2011 hat sie einen Aktionsplan zur Umsetzung verabschiedet und viele Dinge angestoßen. Auch auf Länderebene hatte dies große Auswirkungen, man denke nur an das Recht auf inklusive Schulbildung. Bayern hat seit 2013 einen eigenen Aktionsplan. Horst Seehofer hatte in diesem Jahr erklärt, dass in zehn Jahren der gesamte öffentliche Raum und der öffentliche Nahverkehr barrierefrei sein müssen.
Barrierefreiheit ist in aller Munde. Doch was steckt hinter dem Schlagwort? Für uns bedeutet es, dass jeder Mensch die gleichen Rechte, die gleichen Freiheiten und den gleichen Zugang zu gesellschaftlichen Einrichtungen, Bildung, Arbeit etc. haben soll. Es geht um Teilhabe, Wert der Vielfalt und Respekt vor der Person.
Das sind große Ziele. 2015 wurde von den UN ein erster Staatenbericht verfasst, in dem bei so gut wie jedem Punkt der Konvention Kritik an der Umsetzung in Deutschland geübt wurde. Im nächsten Jahr wird die offizielle Antwort Deutschlands auf die Kritikpunkte erwartet und deren Umsetzung überprüft.
Wir als Eltern eines Kindes mit Beatmung und Querschnittlähmung wollen hier einen völlig subjektiven Bericht darüber vorlegen, wie der Stand der Dinge sich für uns darstellt, wo wir im Alltag an unsere Grenzen stoßen und wo wir uns weniger Behinderungen wünschen würden.

Barrierefreie Gestaltung des öffentlichen Raums
Alle öffentlichen Einrichtungen sollen für Rollstuhlfahrer zugänglich sein und sind es meist auch, aber wir stoßen trotzdem immer wieder auf Hindernisse.
Natürlich kann nicht jede historische Altstadt mit einem jahrhundertealten Netz aus kleinen Gässchen mit Kopfsteinpflaster rollstuhlgerecht ausgebaut werden. Das will auch niemand. Uns ärgert es aber, wenn relativ neu

gestaltete Stadtplätze, wie der in der kleinen Kreisstadt Eggenfelden, so geplant werden, dass unsere Tochter hier nicht sicher navigieren kann. Es geht darum, dass der Übergang vom Gehweg zu den Parkplätzen und zur Straße so gut wie überall von einem kleinen Absatz getrennt ist. Das Problem dabei ist nicht die Höhe von ca. fünf Zentimetern, sondern dass er nicht erkennbar ist, da alles in dem gleichen grauen Stein gebaut wurde und sich nichts farblich abhebt. Unsere Tochter ist schon mehrfach mit hoher Geschwindigkeit unabsichtlich darübergefahren, weil sie den Absatz nicht gesehen hat und wäre dabei fast aus dem Rollstuhl gestürzt.
Bei einem anderen Beispiel hat ein befreundeter Rollstuhlfahrer für Abhilfe gesorgt. Ihm fiel auf, dass er in der Stadt Pfarrkirchen nicht das Polizeipräsidium betreten konnte, da hier eine Treppe den Zugang verhinderte. Auf seinen Hinweis hin wurde eine Rampe zu einer Hintertür installiert, die nach dem Betätigen einer Klingel von einem Polizisten geöffnet wird.
Das Bewegen in der Stadt ist möglich, wenn auch nicht immer einfach. Gehwege enden im Nichts, werden zu eng, es fehlen abgesenkte Übergänge. Oft gleicht das Navigieren eher einem Hindernislauf als einem Spaziergang. Positiv ist herauszuheben, dass wir so gut wie immer einen geeigneten Parkplatz finden, um zentral in einer Stadt starten, in eine öffentliche Einrichtung gelangen zu können etc.

Halböffentlicher Raum – kulturelle Angebote
Ganz ehrlich, wir dachten, was für den öffentlichen Raum gilt, gilt auch für Einrichtungen wie Museen etc. Hier wurden und werden wir leider immer wieder enttäuscht, denn bei Weitem nicht jedes Museum ist für unsere Tochter zugänglich.
Nicht einmal das große Deutsche Museum in München ist komplett für Rollstuhlfahrer nutzbar. Bei einem Besuch vor zwei Jahren mussten wir feststellen, dass wir die oberen Etagen leider gar nicht besuchen können, da die Aufzüge schlichtweg zu klein waren. Wir sind hier sicher nicht die einzigen Benutzer eines E-Rolli, denen es so geht. Immerhin wurde uns auf Nachfragen bestätigt, dass die in den momentanen Umbaumaßnahmen enthaltenen Änderungen dafür sorgen werden, dass ab dem Jahr 2020 alle Ebenen für alle zugänglich sind.
Ja, es gibt Internetportale, wie z.B. www.bayern.by/urlaub-fuer-alle/urlaub-fuer-alle, wo eine Filtersuche nach Freizeitangeboten möglich ist. Größere Städte, in unserem Fall Regensburg, geben Broschüren heraus, aus denen man entnehmen kann, welches Angebot man mit dem Rollstuhl nutzen kann. Dennoch haben wir gelernt, dass wir um ein Telefonat im Vorfeld nicht herumkommen, wollen wir sichergehen, dass unser Besuch nicht an der Türe endet.
Wir würden uns sehr wünschen, dass alle Einrichtungen, die für Publikumsverkehr ausgelegt sind, barrierefrei gestaltet sein müssen. Barrierefreier Zugang kommt ja nicht nur Rollstuhlfahrern, sondern auch Familien und älteren Personen zugute.

Öffentlicher Personen Nahverkehr
2013 hat Herr Seehofer gesagt, dass der gesamte ÖPNV barrierefrei sein wird. Das hat sich leider nur teilweise im Bayerischen Aktionsplan niedergeschlagen. Hier wird ganz klar gesagt, dass es nicht finanzierbar ist, alle Haltestellen barrierefrei auszubauen, der Rest soll mit Rampen nutzbar gemacht werden. Im Aktionsplan kann man eine Liste der Städte finden, die in den Genuss von Umbaumaßnahmen kommen. Für uns hat das schon für Verbesserungen gesorgt.
Der Passauer Bahnhof war bis vor kurzer Zeit für Rollstuhlfahrer eine mittlere Katastrophe. Da kein Zugang zu den verschiedenen Bahnsteigen via Aufzügen bestand, musste man die Reise/den Hilfsbedarf vorher anmelden und wurde dann von einem freundlichen DB Mitarbeiter nach einer kurzfristigen Gleissperrung zu Fuß(!) über die Gleise geleitet. Nun sind wohl alle Gleise mit einem Aufzug erreichbar und der Bahnhof barrierefrei.
Die für uns wichtigen Bahnhöfe Plattling, Regensburg und Passau sind somit für uns alle erschlossen. Aber das ist leider nur die halbe Miete und Bahnfahren für Rollstuhlfahrer ist noch nicht ohne Einschränkungen möglich.
Nicht nur, dass es in den meisten Zügen höchstens vier Rollstuhlplätze gibt, nein, ein Rollstuhlfahrer kann auch nur von 8.00-20.00 Uhr fahren. Im Aktionsplan wird zwar beschrieben, dass es irgendwann eigenständig bedienbare Rampen für Rollstuhlfahrer geben soll, um auch in Nicht-Niederflurfahrzeuge zu gelangen. Bis das der Fall ist – wir haben auf dem Land noch nichts davon bemerkt – ist man auf den Mobilitätsservice der Deutschen Bahn angewiesen. Es muss ganz einfach Personal organisiert werden, um die Rampe zu bedienen, über die man den Zug betreten und verlassen kann, und dieses Personal hat geregelte Arbeitszeiten.
Dies bedeutet einerseits, dass spontane Reisen für uns nicht möglich sind, außer man kennt den Zug und die Strecke, andererseits, dass wir deshalb schon Zugfahrten wieder stornieren mussten oder sie nicht buchen konnten, da der gewählte Zug um 7.58 Uhr gefahren wäre und somit keine Hilfeleistung in Anspruch genommen werden konnte. Eine Bahnfahrt nach Hamburg kam für uns wegen mehr als ungünstigen Fahrzeiten nicht zustande, was sehr frustrierend war.
In einer unbekannten Umgebung führen die teils unterschiedlichen Lösungen auch zu lustigen Begebenheiten. So sind wir z.B. in Berlin an der S-Bahn „gescheitert“. Wir wussten einfach nicht, dass es immer im ersten Abteil hinter dem Führerhaus eine Rampenhilfe gibt. So haben wir drei Bahnen vorbeifahren lassen und immer auf ein neueres schwellenloses Modell gewartet, bis uns dankenswerterweise ein netter Passant darauf hingewiesen hat.

Zugang zu Geschäften, Restaurants etc.
Hier zählt eigentlich das Gleiche wie für den öffentlichen Raum. Man kann nicht erwarten, dass der Zugang zu jeder Gaststätte barrierefrei ist. Und dennoch ist es oft frustrierend, wenn man an einem Stadtplatz ist und zu wirklich jedem Restaurant mindestens eine Stufe hinaufführt. Die Tourismusverbände haben zumindest scheinbar erkannt, dass hier Bedarf besteht und man findet über viele Regionen Informationsportale etc.
Es wäre wünschenswert, wenn die Sensibilisierung der Öffentlichkeit so voranschreiten würde, dass es selbstverständlich ist, dass jede Gaststätte und jedes Ladengeschäft eine mobile Rampe bereithält, damit jeder Zugang dazu hat.

Unser Wohnort
Wir leben auf dem Land und haben daher viel Platz. Unser Haus konnten wir durch einen Anbau rollstuhlgerecht machen und auch der Innenhof und Garten wur-

den für Zoe umgestaltet.
Im Haus war uns wichtig, dass Zoe – wie jeder andere auch, Zugang zu allen Zimmern hat – ob sie das regelmäßig nutzt oder nicht. Wir haben also einen Außenaufzug angebaut und dies keinen Tag bereut. Selbständiges Bewegen im Haus und das Bedienen von Türen und Licht durch eine Umfeldsteuerung haben wir vorgesehen, aber noch nicht umfassend realisiert. In ihrem Zimmer und im Bad, wo Zoe bereits die Möglichkeit dazu hat, nutzt sie es so gut wie nicht, da die Pflegekraft dies für sie übernimmt.
Der selbständige Zugang zu Medien, wie Musik oder Hörbücher, ist für Zoe durch die Sprachsteuerung von Amazon Alexa Geräten möglich. Den Computer bedient sie mit Hilfe einer Integramaus und kann das sehr selbstständig.
Im Außenbereich haben wir auf unserem großen Grundstück viel Raum für unsere Tochter geschaffen. Der Innenhof ist gepflastert und den Garten durchzieht ein langer gepflasterter Weg. Aber das Landleben hat natürlich auch Nachteile in punkto Barrierefreiheit.
Es war z.B. eine große Herausforderung, einen geeigneten Schultransport für Zoe zu finden, da bei uns keine niederschwelligen Busse oder Bahnen fahren. Jetzt übernimmt ein Taxiunternehmen den täglichen Transport zur Schule und wieder nach Hause.
Auch gibt es für Zoe einfach viel weniger Angebote, die sie selbständig wahrnehmen kann. Wie für alle, die auf dem Land leben, können kulturelle Angebote nur nach einer längeren Autofahrt wahrgenommen werden.

Reisen
Hier, wie für alle Unternehmungen, gilt: planen, planen, planen… Wo kann ich parken? Wie ist der Zugang? Welche Angebote in der Umgebung sind nutzbar? Ist das Bad groß genug? Wie funktioniert der Transport?
Diese Fragen und noch viele weitere mehr müssen wir im Vorfeld abgeklären. Und wir wurden dennoch oft genug vor Herausforderungen gestellt und haben lernen müssen, dass, nur weil eine nette Rezeptionistin am Telefon behauptet, der Zugang zu ihren Ferienhäusern sei barrierefrei, die Realität doch oft anders aussieht. Vor Ort fanden wir dann doch eine „kleine“ Stufe von 20 cm. Darauf sind wir inzwischen vorbereitet und führen stets mehrere kleine und eine große Rampe mit. Trotzdem reicht das hin und wieder nicht aus und wir müssen vor Ort kreative Lösungen finden.
Natürlich gibt es auch positive Ausnahmen: Vor Kurzem waren wir in der Almenwelt Lofer und konnten mit der Vermieterin der Almhütte im Vorfeld genau absprechen, welche Rampen wir für die Hütte brauchen. Als wir ankamen, waren wir positiv überrascht. Wir waren auf einer Berghütte in 1600 m, höher als die Bergstation der Seilbahn, wir konnten die Hütte mit dem Auto anfahren und es war möglich, dass sich Zoe den ganzen Tag selbstbestimmt bewegen konnte. Die Wanderwege waren so gut ausgebaut, dass wir unseren Outdoor-Rolli nutzen oder Zoe auch einmal mit dem E-Rolli durch die Bergwelt düsen konnte.

Fazit
Wir haben das Gefühl, dass die Öffentlichkeit sehr wohl für das Thema der Barrierefreiheit sensibilisiert ist und viel dafür getan wird, dass alle an der Gesellschaft und am öffentlichen Leben teilhaben können. Doch es ist noch immer ein weiter Weg, bis ein Rollstuhlfahrer die gleichen Möglichkeiten in seiner Freizeitgestaltung und in seinem Alltag hat wie ein Gehender- bis eine inklusive Gesellschaft in allen Lebensbereichen verwirklicht ist.
Bis dahin gilt für uns, dass wir weiter versuchen werden, so viele Unternehmungen wie möglich für unsere Tochter zu realisieren und zu planen, planen, planen…

Bettina und Jochen Haringer

Zoe Haringer mit ihrer Familie auf Reisen

„Es muss cool werden, Pflegekraft zu sein“

Dies sagte die Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Dr. Franziska Giffey, am 3. Juli 2018 zum Start der Konzertierten Aktion Pflege in Berlin. Gemeinsam mit Bundesgesundheitsminister Jens Spahn und Bundesminister für Arbeit und Soziales, Hubertus Heil, stellte sie diese vor.

Die Konzertierte Aktion Pflege hat das Ziel, mehr Wertschätzung, bessere Arbeitsbedingungen und gerechte Bezahlung für die Pflege zu erreichen. Um konkrete Maßnahmen zu erarbeiten, wurden fünf Arbeitsgruppen zu den Bereichen Ausbildung und Qualifizierung, Personalmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung, Innovative Versorgungsansätze und Digitalisierung, Pflegekräfte aus dem Ausland sowie Entlohnungsbedingungen in der Pflege gebildet. Die Konzertierte Aktion Pflege ist ein gemeinsames Projekt der drei Bundesministerien. Familienministerin Franziska Giffey (SPD) sagte außerdem, dass eine Aufwertung der Pflegeberufe und der sozialen Berufe überhaupt aktive Gleichstellungspolitik sei, denn von den 5,7 Millionen Menschen in sozialen Berufen seien 80 Prozent Frauen.
Auch in Bayern stehe das Thema Pflege „absolut an der Spitze“, schreibt Bernhard Seidenath (CSU), Vorsitzender des Arbeitskreises für Gesundheit und Pflege, am 26.7.2018 und fährt fort: „Wir wollen eine gerechte Entlohnung für Pflegekräfte sicherstellen, Arbeits- und Rahmenbedingungen verbessern sowie die pflegenden Angehörigen entlasten und weitere Beratungsmöglichkeiten schaffen.“ Pia Zimmermann, Sprecherin für Pflegepolitik der Fraktion DIE LINKE, gab am 14.8.2018 zu bedenken, dass die ambulante Pflege und die Pflegekräfte, die dort arbeiten, derzeit „außen vor“ blieben und fordert eine „klare Aufwertung der ambulanten Pflege“ durch bessere Arbeitsbedingungen und tarifliche Bezahlung für die Pflegekräfte.
Die Pflege ist nun offensichtlich wirklich in der Mitte der Gesellschaft angekommen. Das zeigen diese wenigen Schlaglichter auf die derzeitige Diskussion.

Dr. Franziska Giffey,
Bundesministerin für Familie, Senioren und Jugend

11 233 Jahre geballte Pflege-Erfahrung

Für 1047 Pflegekräfte ist es schon „cool“, in diesem Beruf tätig zu sein und sie bringen tatsächlich 11 233 Jahre Tätigkeit in der Pflege zusammen. Dabei ist dies nur ein kleiner Ausschnitt im Vergleich zu den rund 1,1 Millionen Personen in ambulanten Pflegediensten und stationären Pflegeeinrichtungen.

Diese Zahl stammt aus der Pflegestatistik 2015 (erschienen 2017). Es käme wohl eine irrsinnig hohe Zahl an Pflege-Erfahrung zusammen! Die Deutsche Fachpflege Gruppe hatte für den Zeitraum vom 20. August bis zum 15. September 2018 ein Gewinnspiel gestartet. Immer wenn 100 Pflegekräfte ein Selfie hochgeladen hatten, gab es einen Gutschein im Wert von 250 Euro. Der Hauptgewinn waren einmalig 5000 Euro. „Beim Blick auf die Fotowand wird eines deutlich: Die Pflege ist alles andere als ausgebrannt und am Boden“, sagt Christoph Jaschke, Pressesprecher der Deutschen Fachpflege Gruppe. Betrachtet man die Fotos, so sind das junge und jung gebliebene engagierte und begeisterungsfähige Menschen, die mitten im Leben und in ihrem Beruf stehen.“ Statistisch gesehen, sind die Pflegekräfte derzeit im Schnitt 11 Jahre im Beruf. Dies widerlegt die viel zitierte Äußerung, dass Pflegekräfte nach 7 Jahren ihrem Beruf den Rücken kehren. Es ist eben schon für viele cool, Pflegekraft zu sein! Das zeigt diese Aktion. Nun gilt es, miteinander ins Gespräch zu kommen.

DEUTSCHE FACHPFLEGE GRUPPE
Qualität verbindet

Aktivcamp 2018 – Wir wollen, dass die Pflege aktiv wird!

Elisabeth und Ulrich Scharfenberg beim Aktivcamp

Am 15. Juni 2018 fand in Berlin das Aktivcamp 2018 statt, zu dem das Team Scharfenberg eingeladen hatte. Es ging darum, Ideen gegen Resignation und Frustration in der Pflege zu erarbeiten, also nicht in Problembeschreibungen hängenzubleiben, sondern Wege zur Haltung „Proud to be a nurse“ zu finden.

Alle wollen in der Pflege etwas verändern. Doch kaum jemand fühlt sich in der Lage dazu, etwas dazu beizutragen. Das liegt häufig an der gefühlten Ohnmacht und dem Eindruck, dass doch immer nur andere entscheiden, wie es läuft. Man nimmt die Bedingungen in der Pflege als gegeben hin und schimpft auf „die da oben“.
Doch diese Resignation bringt weder dem Einzelnen noch der Pflege etwas. Einige oder sogar viele haben Ideen, was sich verändern sollte – am eigenen Arbeitsplatz oder in der eigenen Generation der professionell Pflegenden. Doch häufig fehlt es an Möglichkeiten, die Ideen zu konkretisieren, sich mit anderen darüber auszutauschen und sogar gemeinsam ein Projekt zu starten. Mit dem Aktivcamp Pflege haben wir wieder allen ein Forum geboten, die aktiv werden wollen. Denjenigen, die vielleicht noch einen kleinen Impuls brauchen, um loszulegen.

Die Erfahrung aus den Aktivcamps 2017 und 2018 zeigt: Es funktioniert. Der Austausch lässt Ideen Gestalt annehmen und gibt den Teilnehmerinnen und Teilnehmern Mut und Energie, ihr Projekt umzusetzen. Immer engere Vernetzungen finden statt, denn immer mehr Gleichgesinnte verbünden sich, um sich gegenseitig zu unterstützen. Der Grund dafür liegt auch in dem Format des Aktivcamps Pflege.

Das war das Aktivcamp Pflege 2018
„Ich bin Wiederholungstäterin, denn ich war schon 2017 dabei. Ich bin begeistert, dass es so viele neue Themen und Ideen gab. Man denkt ja, die Pflege diskutiert bestimmt immer dieselben Probleme. Aber weil wir aus den unterschiedlichsten Bereichen kommen und ganz andere Perspektiven einbringen, kommen immer neue Diskussionen und Erkenntnisse zustande.“ So eine Teilnehmerin in der Abschlussrunde des Aktivcamps.
In der Tat war die Runde, die sich am 15. Juni 2018 im Betahaus in Berlin-Kreuzberg traf, wieder eine bunte Mischung aus allen Bereichen der Pflege: Altenpflege, Krankenpflege, Behindertenpflege, Pflegepädagogik, Pflegewissenschaft, Pflegepolitik, Pflegeberatung, Pflegedirektion, Pflegeschulleitung. Dank der Sponsoren waren viele Auszubildende dabei, die engagiert mitdiskutierten. Im Anschluss bekundeten viele großes Interesse daran, dass 2019 ein weiteres Aktivcamp stattfindet. Der Termin für das Aktivcamp 2019 steht darum auch schon fest. Am 29. März 2019 wird es ein drittes Aktivcamp Pflege geben.

Von der Machtlosigkeit zur Selbstwirksamkeit
Die Pflege verharrt oft in Resignation und Frustration. Sie ist zu problemorientiert und zu wenig lösungsorientiert. Dabei hat der oder die Einzelne jederzeit die Möglichkeit zu handeln. Woran liegt es, dass sich in der Pflege nichts bewegt? Wie kann man als Führungskraft die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Aktionsmodus bringen? Oft trifft man auf negative Vorurteile und hat den Eindruck, der Beruf wird von allen schlechtgeredet. Es wäre eine Chance sich zu fragen, warum man denn in der Pflege arbeitet. Mit der Haltung „Proud to be a

nurse“ kann man zeigen, welche Anerkennung der Pflegeberuf eigentlich verdient hat. Wer sich mit dem Pflegeberuf identifiziert und stolz ist auf das, was er leistet, kann auch sagen: „Das ist meine Arbeit und die werde ich jetzt attraktiver gestalten.“ Häufig ist es wichtiger, die innere Haltung zu verändern als die äußeren Umstände. Führungskräfte spielen hierbei eine große Rolle. Dennoch ist auch jede Pflegekraft gefragt, sich hier selbst, ihre Möglichkeiten und die eigenen Aktivitäten zu hinterfragen. Gerade den Auszubildenden und den gerade frisch examinierten Pflegefachkräften ging es gehörig gegen den Strich, dass über Pflege häufig negativ berichtet wird – bei Skandalen, über den Personalnotstand, über die schlechten Arbeitsbedingungen. Es gibt wenig Gelegenheit, Einblicke in den Beruf zu bekommen, die ehrlich und positiv sind. In welcher Form könnten Menschen aus der Pflege aus ihrem Alltag berichten? Gesagt, getan: Das Ergebnis einer Session ist ein Blog: Projekt Care, https://projektcare.wordpress.com direkt im Anschluss an das Aktivcamp gegründet. Pflegeschülerinnen und-schüler und erfahrene Fachkräfte schreiben nun regelmäßig über ihre Erlebnisse in der Pflege. Sie nutzen Social Media, um sich ein möglichst großes Publikum aufzubauen und weitere Unterstützer zu gewinnen.

Eine weitere Frage, die die Teilnehmerinnen und Teilnehmer umtrieb, war ein besserer Wissenstransfer zwischen „Neulingen“ in der Pflege und jahrelangen Fachkräfte und wie dieser geschaffen werden kann. Ein Problem besteht darin, dass die Begeisterung junger Auszubildender im Keim erstickt wird, wenn sie zu hören bekommen „Das haben wir schon vor 20 Jahren probiert, das funktioniert nicht“ oder „Das haben wir schon immer so gemacht, daran ändern wir jetzt nichts.“ Neues Wissen wird oft nicht angenommen, neue Ideen nicht zugelassen. Dadurch wird auch die bestehende Haltung nicht hinterfragt. Das schafft Frust und Konkurrenz. Beides ist extrem kontraproduktiv, um als funktionierendes und sich unterstützendes Team zu arbeiten.
Daran knüpfte sich in einer anderen Session das Thema Krankenstand. Wie kann man einem hohen Krankenstand in der Pflege begegnen? Und wie ist es möglich, attraktive Arbeitszeitmodelle wirklich umzusetzen und zu leben. Hier wurde deutlich, dass flexible Arbeitszeiten den Pflegeberuf attraktiver für den Nachwuchs machen würden. Es gäbe weniger Krankenstand und bessere Möglichkeiten zur Regeneration. Es kristallisierte sich der Wunsch heraus, im eigenen Team mehr Verantwortung für die Dienstplangestaltung zu haben. Am Ende kann dann ein Dienstplan stehen, der auf jeden Rücksicht nimmt und dem alle zugestimmt haben. Damit hätte der Dienstplan eine höhere Akzeptanz.
Ein weiteres großes Thema war die langfristige Bindung von Schülerinnen und Schülern im Anschluss an die Ausbildung. In einer Studie wurde festgestellt, dass viele Auszubildende in der Pflege nach einigen Jahren woanders arbeiten. Nur vier von ursprünglich 23 Schülerinnen und Schülern waren noch beim Arbeitgeber, in diesem Fall einem Krankenhaus. Wenn so viele ausgebildete Fachkräfte verloren gehen, muss man die Ursachen erforschen. Diese Session machte deutlich, dass der Personalführung wesentlich mehr Aufmerksamkeit gewidmet werden muss. Oft kommt es zu Kommunikationsproblemen. Wertschätzung, offene Worte, Feedbackrunden, Personalgespräche, Supervisionen oder Coachingangebote könnten so manche Pflegefachkraft von einer Kündigung abhalten oder erst gar nicht den Wunsch zu einem Wechsel aufkommen lassen. Das bedeutet Offenheit, Vertrauen, aber auch den Willen und die Bereitschaft, lebenslang zu lernen. Für die Führungskräfte genauso, wie für die Belegschaft.
Beim Aktivcamp 2018 wurden viele Fragen gestellt. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer und auch wir als Veranstalter gingen aber auch mit vielen Antworten nach Hause. Denn darum geht es bei diesem Format. Wir wollen nicht in Problembeschreibungen hängenbleiben. Nein! Es geht uns um Lösungen. Und davon gab es reichlich an diesem Tag. Darum ist unser Fazit: Wir werden es wieder tun! Am 29. März 2019 findet das 3. Aktivcamp Pflege im Betahaus statt.
https://team-scharfenberg-online.de/aktivcamp2019/
https://team-scharfenberg-online.de/rueckblick2018/

Abgeordnete Nicole Westig (MdB) absolviert „Tagespraktikum“ beim Pflegeteam Wentland

Um einen echten Eindruck von der alltäglichen Arbeit in der ambulanten Pflege zu bekommen, nahm sich die Bundestagsabgeordnete Nicole Westig Zeit, das Familienunternehmen Pflegeteam Wentland in den Standorten Rheinbach und Alfter zu besuchen. Diesem Beispiel sollten viel mehr Politiker*innen folgen!

Zu Beginn fuhr die pflegepolitische Sprecherin der FDP-Bundestagsfraktion mit Pfleger Martin eine Frühdiensttour in Alfter mit und sprach mit Patienten und deren Angehörigen in ihrem Zuhause. Nicole Westig erzählt nach der Tour: „Ich bin beeindruckt, wie kompetent und empathisch Pfleger Martin jede Pflegesituation mit den verschiedensten Anforderungen gemeistert hat. Ich habe gesehen, wie viel mehr Pflegekräfte neben der eigentlichen Pflege leisten. Es besteht zum Beispiel viel Redebedarf bei den Pflegebedürftigen und auch bei den pflegenden Angehörigen. Für meine Arbeit nehme ich nach Berlin mit, dass wir konsequent entbürokratisieren müssen, damit mehr Zeit für die Menschen da ist. Und wir müssen inhabergeführte Pflegedienste gegenüber den Kassen stärken.“

Nach der Frühdiensttour besuchte Frau Westig das Tagespflege-Team im Lebensbaum Rheinbach an der Breslauer Straße und begleitete dort die verschiedenen therapeutischen Angebote wie Zeitungsrunde, Bastelstube und Gymnastik. Frau Westig nahm auch hier die Gelegenheit wahr, sich intensiv mit Pflegenden und der Unternehmerfamilie auszutauschen und Input für Berlin mitzunehmen: „Wir konnten Frau Westig direkt zeigen, wo wir als Unternehmerfamilie in der Pflege Unterstützung benötigen – zum Beispiel bei der Anwerbung und schnellen Anerkennung von internationalen Pflegekräften“, so Matthias Wentland.

In der Wohngemeinschaft, die sich im selben Gebäude wie die Tagespflege befindet und Platz für sechs Bewohner bietet, hat sich Frau Westig von der Pflegedienstleitung Sandra Talhi durch die Räume führen lassen. Voller Stolz zeigte die Bewohnerin Frau Arnold ihr selbst eingerichtetes Zimmer und freute sich über das Gespräch mit Frau Westig. „Für unser Team war es ein Zeichen großer Wertschätzung, dass sich eine Bundestagsabgeordnete so viel Zeit nimmt, um unseren Arbeitsalltag kennenzulernen“, erzählte Geschäftsführer Matthias Wentland nach dem Praktikumsbesuch.

Seit der Gründung im Jahre 1995 hat sich das Pflegeteam Wentland die medizinische Versorgung und Betreuung pflege- und hilfsbedürftiger Menschen in deren häuslicher Umgebung zur Aufgabe gemacht. Das Familienunternehmen ist für Kunden, Angehörige sowie Kooperationspartner ein kompetenter Anbieter von ambulanter Pflege, alternative Wohnformen, häuslicher Intensiv-Versorgung und seit 2014 auch von Tagespflege-Einrichtungen. Zudem bietet das Pflegeteam Wentland vielfältige Zusatzleistungen an, wie z.B. den Service rund um den Haushalt.

Nähere Infos zum Pflegeteam Wentland:
www.freundliche-pflege.de / www.karriere-wentland.de

Nicole Westig (MdB) mit Pfleger Martin und Rachid, Bereichsleiter ambulante Pflege

Nicole Westig (MdB) beim Besuch in der Wohngemeinschaft des Pflegeteams Wentland

Produktportfolio Tracheostomie

Hochwertige Produkte, individuelle Dienstleistungen

SANABELLE – EINE MARKE DER FRESENIUS KABI GRUPPE

Ein umfassendes Angebot für die Tracheostomie: Mit einer großen Auswahl an hochwertigen Produkten und individuell abgestimmten Dienstleistungen unterstützen wir Fachpersonal, Patienten und Angehörige.

Mehr erfahren Sie unter:
www.fresenius-kabi.com/de/medizinprodukte/tracheostomie

FRESENIUS KABI
caring for life

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

(09.18)

Patientenrechte wahren! Fachverbände warnen vor Kahlschlag bei WGs für schwer kranke Menschen in NRW!

wig Wohnen in Gemeinschaft und IPV Ambulanter Intensivpflegeverband Deutschland e.V. fordern die Landesregierung Nordrhein-Westfalen in gemeinsamer Stellungnahme auf, den Wohngemeinschafts-feindlichen Entwurf zur Novellierung des Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) zurückzuziehen.

Will die NRW-Landesregierung Wohngemeinschaften für schwer kranke Menschen, die besonders intensiver Pflege und Betreuung bedürfen, in Zukunft per Gesetz „ausmerzen"? Mit großer Sorge und Unverständnis betrachten der Fachverband für Wohngemeinschaften wig Wohnen in Gemeinschaft e.V. und der IPV Ambulanter Intensivpflegeverband Deutschland e.V. als bundesweites Sprachrohr der häuslichen Intensivpflege den aus dem Sozialministerium von Karl-Josef Laumann stammenden Entwurf eines Änderungsgesetzes zum Wohn- und Teilhabegesetz für NRW. In der ersten gemeinsamen Stellungnahme ihrer Fachverbände formulieren die Vorstände Claudius Hasenau (wig) und Stephan Kroneder (IPV) vehemente Bedenken: „In dem geplanten NRW-Heimgesetz, das sich bei Veröffentlichung dieser Meldung in der Verbändeanhörung befindet, werden Wohngemeinschaften für schwer kranke Menschen gezielt aus dem Kreis von Wohngemeinschaften mit Betreuungsleistungen ausgeschlossen, indem postuliert wird, dass die Nutzerinnen und Nutzer in Person „‚interaktionsfähig' sein müssen."

Wohngemeinschaften sind für alle da!

Die Kritik entzündet sich besonders an dem „Begriffsungetüm der Interaktion", so die Fachverbände. „Die Wohn- und Lebensform der Wohngemeinschaft darf ihre Tür für schwer kranke Menschen nicht verschließen," sagt der wig-Vorsitzende Claudius Hasenau. IPV-Präsident Stephan Kroneder ergänzt: „Keine Nutzergruppe darf ausgeschlossen werden: Alle Menschen haben das Wahl- und Entscheidungsrecht, die Versorgung zu wählen, die sie oder ihre Angehörigen wünschen, weil sie sie für sich selbst oder ihre Anvertrauten für gut und richtig halten. Dies kann und darf ihnen nicht genommen werden."

In seiner Zeit als Pflegebevollmächtigter des Bundes stellte der jetzige NRW-Pflegeminister Laumann die These auf, „alle Beatmungspatienten gehören in Heime oder Krankenhäuser". Dieses Dogma lehnen wig und IPV kategorisch ab. Stephan Kroneder: „Die Realität zeigt doch, dass Wohngemeinschaften dank ihres familiären Charakters als Lebensort für schwerstpflegebedürftige Menschen deutlich besser geeignet sind als Heime. Dies gilt insbesondere für die vielen jüngeren Betroffenen, die ohne diese Alternative automatisch in vollstationäre Einrichtungen der Altenhilfe abgeschoben werden müssen."

Beide Verbände verweisen insbesondere darauf, dass selbst bettlägerige und beatmete Patienten miteinander zusammenleben können und wollen. Stephan Kroneder: „Ans Bett fixiert zu sein oder beatmet zu werden, schließt ein Teilnehmen an Gemeinschaft doch nicht aus. Nach der jahrzehntelangen Erfahrung im Umgang mit intensivpflegebedürftigen Menschen sehen wir uns durch wissenschaftliche Studien bestätigt, wonach nicht wenige der angeblich wachkomatösen Patienten an einem Locked-in-Syndrom leiden, das überwunden werden kann." Und wig-Vorstand Claudius Hasenau ergänzt: „Gerade Herr Laumann spricht doch immer davon, dass jeder entscheiden und auswählen können muss, in welcher Wohnform er leben möchte. Warum will er dieses Wahlrecht jetzt in NRW einschränken?"

WTG-Änderungsvorschlag produziert überflüssige Rechtsunsicherheiten

Beide Fachverbände warnen davor, dass die Gesetzesänderung – sollte sie so verabschiedet werden – „völlig überflüssige Rechtsunsicherheiten" schaffen werde. Dies eröffne Grauzonen für Interpretationen, die im Ordnungsrecht völlig deplatziert sind. wig-Vorstand Claudius Hasenau fragt: „Was heißt Interaktion? Was heißt Ziel? Und was heißt regelmäßig?". Sein Fachverband sieht diese Anhäufung unbestimmter Rechtsbegriffe kritisch. Rechtsanwalt Dr. Lutz H. Michel, der wig seit vielen Jahren als Justiziar begleitet, unterstreicht: „Das Ordnungsrecht - insbesondere das Ordnungsrecht der Betreuungswohnformen - verlangt klare Worte: Weder den Anbietern noch den WTG-Behörden ist mit Vagheit und neuen Begriffen gedient. Interaktion ist kein Rechtsbegriff. Es handelt sich um einen in der Soziologie und Psychologie geläufigen Begriff, der ein aufeinander bezogenes soziales Handeln zweier oder mehrerer Personen oder die Wechselbeziehung zwischen verschiedenen Handlungspartnern bezeichnet. Was genau soll das für Wohngemeinschaften heißen?"

Rechtsanwältin Anja Hoffmann, die den IPV und seine Mitglieder rechtlich berät, ergänzt: „Mögliche Regularien in oder Kontrollmöglichkeiten von Wohnformen, in denen intensivpflegebedürftige Patienten versorgt werden, können wesentlich effektiver im Leistungserbringungsrecht anstatt im Ordnungsrecht verortet werden. Dort lassen sich im Rahmen der rechtlichen Beziehungen zwischen Leistungsträgern und Leistungserbringern gesetzliche oder vertragliche Regelungen vorgeben oder vereinbaren, um den anscheinend vom Gesetzgeber beabsichtigten besseren Schutz und die Kontrolle dieser Klientel zu gewährleisten."

Grundrecht der Selbstbestimmung muss gewahrt bleiben!

Die Fachverbände fordern die NRW-Landesregierung daher mit Nachdruck auf, von dem Änderungsvorhaben in der gegenwärtigen Form abzusehen. Beide Verbände haben in einer umfassenden und juristisch untermauerten Stellungnahme in der Verbändeanhörung unisono ihre Positionen formuliert und konstruktive Gegenvorschläge unterbreitet. Diese dienen dem Ziel, die pflegerische Versorgung von schwer kranken Menschen in NRW in allen- von ihnen frei gewählten Versorgungsformen zu ermöglichen. Diese Wahlfreiheit beruht auf dem ihnen zustehenden Grundrecht auf Selbstbestimmung, das wiederum die Grundsätze der UN-Behindertenrechtskonvention erfüllt und wahrt.

Infos: www.wig-nrw.de und www.ipv-deutschland.de

Der Einrichtungsblick dominiert die Pflegedebatte

Wie stark wir in Deutschland immer noch davon geprägt sind, dass diejenigen, die Unterstützung brauchen, in sog. Heimen leben, leben müssen bzw. leben sollten, zeigt sich an der Debatte um Verbesserungen in der Pflege.

Ob im Privaten, in der Verwaltung oder in der Politik. Man setzt sich verstärkt für das ein, was einem am nächsten ist bzw. wozu man einen persönlichen Bezug hat. Also für etwas, das man persönlichkennengelernt hat bzw. was einem Nahe geht, einen berührt hat - was einem persönlich wichtig ist. Diese Berührungen bzw. dieses persönliche Interesse sind häufig gerade für behinderte Menschen eines der zentralen Probleme, denn die Kontakte, über die behinderte Menschen verfügen, sind meist eingeschränkt bzw. wurden durch die massenhafte Institutionalisierung verringert und professionalisiert. Hinzu kommt, dass das menschenrechtliche Denken beim Thema Behinderung bisher kaum in der Bevölkerung angekommen ist und nach wie vor vom bemitleidenden Blick auf Behinderung dominiert wird. Mir graust es zuweilen vor Diskussionen mit Otto-Normal-Bürgern über das Thema Behinderung, wenn diese wirklich sagen, was sie denken. Veränderung scheint hier eine Schnecke zu sein.
Dies hat zur Folge, dass der Blick derjenigen, die in unserer Gesellschaft etwas zu sagen haben bzw. zu Wort kommen und entscheiden können, selten vom Blickwinkel behinderter Menschen geprägt ist, die sich für ihre Selbstbestimmung stark machen. Vielmehr wird dieser Blick von anderen Interessen bzw. Überlegungen dominiert, denn man kennt eher jemanden, die oder der in einem Pflegeberuf oder in einer Einrichtung arbeitet. Und die Heimlobby ist ebenfalls gut vernetzt und zeigt enorme Präsenz. Hinzu kommt, dass man das Thema Behinderung oftmals weit von sich schiebt, weil es für viele etwas Bedrohliches hat. Vielleicht sind dies einige Gründe, warum wir in Deutschland so auf Einrichtungen und Aussonderung fixiert sind. Die aktuelle Debatte um die Pflege zeigt eindeutig, dass der Blick auf diejenigen, die pflegen bzw. die Einrichtungen betreiben, wesentlich präsenter ist, als der Blick auf diejenigen, die Assistenz bzw. Unterstützung brauchen und in solchen Einrichtungen leben müssen.
So wird derzeit intensiv über die Gehälter diskutiert, die Pflegekräfte bekommen bzw. nicht bekommen - und das ist auch gut so. Es wird intensiv über eine bessere Ausbildung von Pflegekräften diskutiert. Es wird über die Finanzierung der Einrichtungen und mehr Pflegekräfte für sogenannte Heime diskutiert. Die Kanzlerin ist nun sogar in ein Altenheim nach Paderborn gereist, um sich ein Bild zu machen und ein Wahlkampfversprechen einem Pfleger gegenüber gerecht zu werden. Doch worüber kaum bzw. zuweilen gar nicht diskutiert wird ist, wie es den Menschen geht, die Unterstützung brauchen, ob diese überhaupt in sogenannten Heimen leben wollen, wo es meist gar nicht so heimelig ist. Über zwei Jahre hinweg habe ich meine Mutter in einem vermeintlich guten Altenheim in einer kleinen überschaubaren Gemeinde regelmäßig besucht und habe mich immer wieder gefragt, wer hier freiwillig leben würde, wenn es akzeptable Alternativen gäbe. Und genau über diese Alternativen zum Heim wird hierzulande auch in der aktuellen Pflegedebatte so gut wie nicht diskutiert. Dr. Sigrid Arnade von der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland (ISL) war beim Spitzentreffen der drei mit dem Thema befassten Minister Anfang des Monats als einzige dabei, die selbst Assistenz nutzt, und saß erst einmal in der zweiten Reihe. Man kann sich also fragen, welcher Blick hier auf das ganze Thema dominiert?
Über die Deinstitutionalisierung wurde schon sehr viel in Fachpublikationen geschrieben, die EU fördert und fordert diese sogar. Angekommen ist hierzulande davon bisher sehr wenig. Vor allem im Bereich der Politik „für“ ältere Menschen ist davon bisher nur sehr wenig angekommen. Für viele scheint es völlig normal zu sein, dass ältere Menschen in ein sogenanntes Pflegeheim gehen. Ist das wirklich normal? Hängt das am Ende dann vom Reichtum der Einzelnen bzw. dem Glück guter ambulanter Angebote ab? Das kann es nicht sein und das gehört meines Erachtens ebenfalls in den Mittelpunkt der derzeitigen Pflegedebatte. Hier kann man viel von denjenigen behinderten Menschen lernen, die schon seit vielen Jahren ihre Assistenz selbst organisieren und sich ihre Selbstbestimmung Stück für Stück erkämpft haben.

Ein Kommentar von Ottmar Miles-Paul in kobinet am 19. Juli 2018

Ottmar Miles-Paul beim MAIK 2012

Die Kostenträger heucheln.

Zu den Betrugsvorwürfen in der ambulanten Intensivpflege

Im März 2018 schreckten die Medien die Öffentlichkeit mit Informationen zu kriminellen Machenschaften der ambulanten Intensivpflege auf. Klaus Neander hält dagegen, dass Pflegedienste sehr streng kontrolliert würden und Betrug nahezu unmöglich sei. Wem nutzen dann solche Meldungen? Ein Kommentar.

Anhand einzelner Fälle, in denen „unqualifiziertes Personal“ mit mangelnden Deutschkenntnissen bei intensivpflegebedürften Menschen eingesetzt wurden, werden mafiaähnliche Strukturen (Prof. Dr. Thomas Feltes im Tageschau-Interview vom 28.03.2018) vermutet, die darauf angelegt seien, dem System möglichst viel Geld zu entziehen. Der Kriminologe Feltes, Ruhruniversität Bochum, spricht von einem „Dunkelfeld“ der kriminellen Machenschaften, da im Bereich der Pflege sehr viel Geld zu verdienen sei.
Die Kostenträger fordern eine Betrugsdatenbank (Dominik Schirmer, AOK Bayern), weil sie nicht wüssten, welche Pflegedienste möglicherweise schon wegen Betrugs rechtskräftig verurteilt seien und diese Pflegedienste ihren kriminellen Machenschaften ungestraft nachgehen könnten. Prof. Feltes fordert in seinem Statement ein Verfahren, ähnlich der Ausschreibungsverfahren, die die öffentliche Hand seit Jahren praktiziere, um solchen Pflegediensten das Handwerk zu legen.
Die losgetretene Debatte ist eine heuchlerische Debatte, die nicht nur Betroffene und deren Angehörige verunsichert, sondern pauschal einen Berufsstand verunglimpft, ohne die möglichen Folgen solcher Kampagnen zu berücksichtigen.

Betrug ist nahezu unmöglich

Aus der Sicht eines Pflegedienstleiters, der sich in unterschiedlichen ambulanten Intensivpflegediensten sehr häufig mit den Kostenträgern auseinandersetzen musste, ist die Situation (zumindest in Hamburg) anders.
Möchte ein Pflegedienst einen Patienten übernehmen, fordern die Kostenträger immer (!) die Qualifikationsnachweise der Mitarbeitenden an, die den Patienten in dessen Häuslichkeit betreuen werden. Zu den Qualifikationsnachweisen gehören auch die Nachweise über die Sprachkompetenz ausländischer Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen. Stimmen die Qualifikationsprofile nicht mit den Vorgaben der Kostenträger überein, wird die Übernahme des Betroffenen nicht gestattet! Betrug ist also nicht möglich!
Hat der Pflegedienst die Betreuung in der Häuslichkeit übernommen, sind alle Pflegekräfte verpflichtet, den sog. „Leistungsnachweis“ nach jeder Schicht abzuzeichnen, um die Anwesenheit zu dokumentieren. Der Patient oder dessen Angehörige müssen zum Ende des Monats durch Unterschrift bestätigen, dass die Mitarbeiter, die ihre Arbeitszeit mit „Kürzel“ bestätigt haben, auch wirklich da gewesen sind. Auf dem Leistungsnachweis muss nicht nur der Name der Pflegekraft verzeichnet sein, sondern auch deren Qualifikation, wie sie zuvor bei den Kostenträgern hinterlegt wurde. Betrug wäre nur dann möglich, wenn Mitarbeitende den Leistungsnachweis unterzeichnen, obwohl sie gar nicht gearbeitet haben und wenn Angehörige diese Falschaussage bestätigen würden.
Der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK), der regelmäßig die Pflegedienste überprüft, hat – jedenfalls in meiner beruflichen Praxis – generell die Dienstpläne kontrolliert und sich vor Ort die Qualifikationen der Mitarbeitenden bei einem Patienten nachweisen lassen.
Die Pflegekassen fordern i.d.R. zweimal pro Jahr ein Verzeichnis sämtlicher Mitarbeitenden eines Unternehmens und deren Unterschriftenkürzel an, um entsprechend kontrollieren zu können. Diese Liste zu erstellen, ist für die Pflegedienste mit erheblichem Aufwand verbunden, weil die Pflegekräfte i.d.R. nur selten ins Büro kommen, so dass hier ein zeitlicher und ein nicht unerheblicher finanzieller Aufwand (Arbeitszeit, Fahrtkosten etc.) von den Pflegediensten erbracht werden muss, um diese Liste erstellen zu können. Vergütet wird dieser Aufwand natürlich nicht.
In Einzelfällen kam es in meiner Praxis vor, dass eine bestimmte Pflegekraft bei einem Patienten eingesetzt wurde, die nicht die notwendigen Qualifikationen besaß (z.B. Arzthelferin), weil die Klienten bzw. deren Angehörigen darauf bestanden, dass genau diese Pflegekraft die Betreuung mit übernehmen solle. In so einem Falle wird die Genehmigung durch die Kostenträger schriftlich beantragt und in der Regel auch ohne weitere Nachfragen gestattet.
Es ist darüber hinaus in der täglichen Praxis immer mehr üblich, pflegende Angehörige in die Versorgung mit einzubinden – insbesondere dann, wenn Kinder zu versorgen sind. Ohne Zweifel haben die pflegenden Angehörigen eine hohe soziale Kompetenz gegenüber ihren Angehörigen und sie haben sich viele pflegepraktische Dinge angeeignet und leisten in vielen Fällen Übermenschliches. Aber sie haben auch keine pflegefachliche Qualifikation im eigentlichen Sinne – sie dürfen aber natürlich die Betreuung ihrer Familienangehörigen übernehmen. Kein Kostenträger würde das ablehnen, zumal dies monetär durchaus zu Buche schlägt.
Wenn in der Diskussion um den „Betrug“ durch die Pflegedienste also von hoher krimineller Energie der Unternehmer gesprochen und im Bausch und Bogen der Eindruck erweckt wird, es sei ein Leichtes, die Kostenträger zu hintergehen, dann kann das nur in Unkenntnis der bereits bestehenden administrativen Vorgaben geschehen oder in der Absicht, das System der ambulanten Intensivpflege nachhaltig zu schwächen, um die Kosten insofern zu reduzieren, als die stationären Pflegeeinrichtungen generell günstiger arbeiten, als ambulante Intensivdienste, weil der Personalschlüssel von 1:1 (eine Pflegekraft betreut einen Patienten zu Hause) auf 2:1 oder 3:1 in der stationären Betreuung gesenkt werden kann.

Hohe Hürden für den Pflegeanbieter

Die Kostenträger haben relativ hohe Hürden geschaffen, um sicherzustellen, dass Pflegefachkräfte und keine Hilfskräfte in der ambulanten Intensivpflege arbeiten. Die Pflegefachkräfte, die im Ausland ein Pflegestudium mit großer Pflegepraxis absolviert haben, müssen hier in Deutschland zusätzlich kostenintensive Pflegekurse

absolvieren, um die Zulassung nach „deutschem Recht“ zu bekommen. In diesen Pflegekursen werden Dinge „nachgeschult“, die mit der sog. „Intensivpflege“ herzlich wenig zu tun haben und es wird dadurch generell der Eindruck erweckt, Deutschland sei das Mekka der Pflege. Auch diese Kurse müssen die zukünftigen Pflegefachkräfte selbst finanzieren oder eben der Anbieter – die Kostenträger beteiligen sich daran nicht.

Die sprachlichen Barrieren, die ausländische Pflegekräfte zweifelsohne haben, werden gemäß dem „Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmen für Sprachen“ (GER) beurteilt und entsprechende Sprachkurse verpflichtend vorgeschrieben. Für Pflegefachkräfte muss das Sprachlevel B2 nachgewiesen werden: „(Die Person) kann die Hauptinhalte komplexer Texte zu konkreten und abstrakten Themen verstehen; versteht im eigenen Spezialgebiet auch Fachdiskussionen. Kann sich so spontan und fließend verständigen, dass ein normales Gespräch mit Muttersprachlern ohne größere Anstrengung auf beiden Seiten gut möglich ist. Kann sich zu einem breiten Themenspektrum klar und detailliert ausdrücken, einen Standpunkt zu einer aktuellen Frage erläutern und die Vor- und Nachteile verschiedener Möglichkeiten angeben.“ (www.europaeischer-referenzrahmen.de/) Selbstredend müssen die Kosten wiederum durch zukünftigen Pflegefachkräfte bzw. deren Arbeitgeber übernehmen.

Die von Professor Feltes ins Spiel gebrachte Idee der „Ausschreibungen“ zeugt von mangelnder Detailkenntnis der Pflegebranche und ist generell kaum geeignet „Betrügereien“ auszuschließen – was hinlänglich aus den Bereichen bekannt ist, in denen „Ausschreibungen auf europäischer Ebene“ selbstverständlich sind.

Die Zulassungshürden, die ein Anbieter überwinden muss, um als Pflegedienst anerkannt zu werden, sind fest beschrieben und nach Erfahrungen des Autors werden die vorzulegenden Unterlagen sehr gründlich geprüft. Sie sind möglicherweise an dem einen oder anderen Punkt zu verbessern, sie ändern aber an der Grundproblematik, die durch die beschriebenen Einzelfälle skizziert wurden, nichts: Die Anforderungen an Pflegefachkräfte und die Pflegedienste werden ständig erhöht, die Kosten dafür – z.B. Finanzierung von Sprach- und Pflegekursen für ausländische Mitarbeiter oder die Weiterbildungskurse zur Beatmungsfachkraft – müssen von den Anbietern aufgebracht werden. Die von den Kostenträgern angebotenen pauschalen Stundenvergütungen für den Pflegedienst, aus denen die Mitarbeiter bezahlt und die „Nebenkosten“ finanziert werden sollen, sinken aber nach den Erfahrungen der letzten Jahre: So muss der Pflegedienst, der eine Stundenvergütung für einen Klienten aushandeln will, sämtliche Kalkulationsgrundlagen seines Stundensatzes den Kostenträgern offenlegen und es wird wie auf dem Basar gefeilscht: ist der Telefonanbieter des Pflegedienstes zu teuer oder muss die Geschäftsführerin eines ambulanten Pflegedienstes tatsächlich einen Dienstwagen haben etc. pp. Kosten für Fortbildung werden erst auf Nachweis (vielleicht) erstattet, können aber in der Gesamtkalkulation eines Stundensatzes nicht berücksichtigt werden.

Mitarbeitende eines Pflegedienstes werden genauestens überprüft

Die Kostenträger möchten eine Betrugsdatenbank einrichten, weil sie angeblich über die Vorfälle nicht informiert sind und so möglicherweise einem Pflegedienst einen Patienten „anvertrauen“, der bereits verurteilt wurde. Angesichts der Tatsache, dass die Kostenträger sämtliche Daten der Mitarbeiter eines Pflegedienstes haben und alle Mitarbeiter ein Führungszeugnis vorlegen müssen, sind diese Forderungen unangemessen und vergiften die Atmosphäre zwischen Pflegediensten und Kostenträgern, in dem einzelne „schwarze“ Schafe herhalten müssen, um einen ganzen Berufszweig zu diskreditieren.

Sollen die Kosten für außerklinische Intensivpflege „gedrückt“ werden?

Es steht zu vermuten, dass die Empörung der Kostenträger mittelfristigen Strategien dient: Die ambulanten Intensivpflegedienste sind – wenngleich, wie dargelegt, eigentlich unterfinanziert – noch zu teuer. „Beatmungs-WGs“ oder andere stationäre Einrichtungen können die Dienstleistung „Pflege“ günstiger anbieten, weil der Personalschlüssel anders zu berechnen ist. Der Autor hat Einzelfälle, – wohlgemerkt Einzelfälle –, erlebt, in denen die Kostenträger deutlichen Einfluss auf Patient und Angehörige zu nehmen versuchten, doch lieber in eine Pflegeeinrichtung zu ziehen, als die ambulante Versorgung zu wählen. „Leider“ jedoch haben die Patienten noch die Möglichkeit, selbst zu entscheiden, wer sie wo betreut und es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“.

Ohne Zweifel ist es wichtig, schwarze Schafe zu eliminieren und niemand ist mehr daran interessiert als die Pflegenden selbst! Überführten Betreibern eines solchen Pflegedienstes sollte es unmöglich gemacht werden, unter anderem Namen ihr Geschäftsmodell zu wiederholen. Wenn hier juristische oder verwaltungstechnische Regelungen geschaffen werden müssen, werden die Vertreter der Berufsverbände und der Pflegeanbieter sicher konstruktiv mitwirken.

Pflegedienste sind unterfinanziert

Einen wichtigen Ansatz zur Eindämmung möglicher Betrügereien benennt Feltes in seinem ARD-Statement: Die Finanzierung der Pflege muss endlich so geregelt werden, dass die Pflegedienste Pflegefachkräfte anstellen und deren Weiterbildung finanzieren können: Kostenträger bezahlen zwischen 29 – 32 €/h, wovon neben den Gehältern der Pflegekräfte, sowohl der „Oberbau“ (Pflegedienstleitung, Qualitätsmanagement etc.), als auch Sachmittel (z.B. Absaugkatheter, Einmalhandschuhe, Desinfektionsmittel etc.) bezahlt werden müssen. Für eine 24-Std.-Versorgung werden 5,58 Mitarbeitende (inkl. 20 % Personalausfall durch Urlaub & Krankheit) gebraucht. Die Gesamtsumme, die die Kostenträger bei einem Satz von 29 € bezahlen, beträgt 21.576 € (31 Tage/Monat). Damit lassen sich die notwendigen Mitarbeitenden nicht finanzieren, denn die Gesamtleistung für die Mitarbeitenden würden für den gleichen Zeitraum knapp 31.000 € betragen.

Fazit

Es ist unredlich, wenn seitens der Kostenträger, unterstützt von Kriminologen, der Eindruck erweckt wird, es würde im großen Stil betrogen – denn dazu ist das Kontrollnetz, wenn es denn seitens der Kostenträger als solches auch genutzt wird, viel zu eng geknüpft, als dass Massen von Betrügern durch die Maschen „rutschen“ könnten.

Klaus-Dieter Neander (B.Sc.)
Krankenpfleger für Anästhesie und Intensivpflege, Palliative Care, Pain Nurse, Pflegedienstleiter
Zertifizierter Mediator (ZMediatAusbV)

Quelle: Feltes, T. (2018) http://www.tagesschau.de/multimedia/video/video-389149.html

Diskussion über Finanzinvestoren und Kapitalgesellschaften lenkt von den wirklichen Problemen ab

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat mit seinen Äußerungen zur Fragwürdigkeit zweistelliger Renditeerwartungen von Finanzinvestoren und Kapitalgesellschaften sowie möglicher staatlicher Regulierung beträchtlichen Staub aufgewirbelt. Eine grundsätzliche Diskussion von Renditeerwartungen ist wichtig.

Doch in der derzeitigen Debatte fehlen mir wichtige Argumente. Von welchem Geld sprechen wir im Bereich der Pflege? Es ist das Geld der Versicherten, das diese während ihres gesamten Berufslebens in die Krankenkassen einzahlen. Diese verwalten diese Gelder treuhänderisch, und natürlich fließt ein Teil dieser Gelder in die Töpfe von Finanzinvestoren und Kapitalgesellschaften. Wir brauchen deren Engagement, um überhaupt noch die Versorgung kranker und schwerstkranker Menschen gewährleisten zu können. Und sie tragen ja auch ein beträchtliches Risiko. Entscheidend ist, was vor der Ausschüttung einer Rendite geschieht. Werden die Menschen bestmöglich versorgt, werden die Pflegekräfte adäquat bezahlt und sind ihre Arbeitsbedingungen so, dass sie sich mit Freude ihrem Beruf widmen können? Werden die pflegenden Angehörigen entsprechend unterstützt? Die Klärung all dieser Fragen lag noch nie und liegt auch heute nicht allein in der Hand der Geldgeber, sondern basiert auf den Gestaltungsmöglichkeiten, die ihnen die Politik einräumt.

Inzwischen gibt es genügend Beispiele dafür, wohin ungebremstes Gewinnstreben auf Kosten der Mitarbeiter*innen führt. Lässt man allein dem freien Markt den Lauf, entstehen Systeme wie z.B. große amerikanische Konzerne, die auch hierzulande tätig sind, oder wie bei einer irischen Fluggesellschaften, die nur deshalb Gewinne machen, weil sie ihr Personal „ausquetschen“ wie Zitronen. Sie senken die Löhne ihrer Mitarbeiter*innen so drastisch, dass ein Job alleine zum Überleben nicht mehr ausreicht. Gerne würde ich Herrn Spahn die Frage stellen, warum er plötzlich im Hinblick auf die Pflege über mögliche Regulierungen nachdenkt, aber kein Wort über Pharma- und Klinikkonzerne verliert, die seit Jahren an den Kapitalmärkten tätig sind. Wir sind Spitzenreiter bei der Anzahl von Patienten, die eine einzige Pflegekraft zu versorgen hat. Hat hier jemals die Politik darüber nachgedacht, regulierend einzugreifen? Erst jetzt will Herr Spahn Personaluntergrenzen einführen. Aber dies muss eine ernstgemeinte Reform sein!

In der Diskussion fällt plötzlich wieder der Begriff „soziale Marktwirtschaft“. Als sie eingeführt wurde, hieß es in einem Atemzug, dass Eigentum verpflichte. Vor allem dann, füge ich hinzu, wenn es sich aus Versichertengeldern speist. Diesen Gedanken gilt es in meinen Augen zu stärken und sich zu vergegenwärtigen, wie genau diese Verpflichtungen aussehen müssten, die die Gesellschaft nicht nur gegenüber ihren schwerstkranken Mitbürger*innen und all diejenigen hat, die diese pflegen, sondern auch gegenüber vielen anderen Berufsgruppen. Neben Pflegekräften leisten z.B. Erzieher*innen, Sozialarbeiter*innen oder Lehrer*innen in der Gesellschaft enorm wertvolle Arbeit. Ohne sie würde das System über kurz oder lang zusammenbrechen. Ihnen gebührt zu allererst unsere Wertschätzung und Anerkennung, denn sie halten diese Gesellschaft zusammen und erhalten sie menschlich. Darüber nachzudenken und zu Ergebnissen zu kommen, wie man diese Berufsgruppen stärken kann, ist dringender als die Diskussion über Geld und Gewinnmargen.

Zu dem oben erwähnten Schwarz-Weiß-Denken gehört auch die Einschätzung von Finanzinvestoren und Kapitalgesellschaften. Sie sind mächtig, aber auch hier arbeiten Menschen, die nach eingehender Marktanalyse Entscheidungen treffen. Ihnen pauschal zu unterstellen, sie würden nicht erkennen, wie fatal es sich langfristig – auch auf die Gewinne- auswirkt, wenn in der Pflege nicht auch die Qualität der Dienstleistung und die Gesunderhaltung der Mitarbeiter*innen berücksichtigt wird, halte ich für zu kurz gesprungen, auch wenn Herr Spahn unterstellt, zweistellige Gewinnerwartungen kämen fast nur „durch vorsätzliches Absenken der Versorgungsqualität zustande“. Bevor man die alleinige Verantwortung für die derzeitigen Missstände inkl. Pflegenotstand den Finanzinvestoren und Kapitalgesellschaften in die Schuhe schiebt, sollte sich gerade auch die Politik fragen, wo sie sich über Jahre hinweg weggeduckt hat.

Die Pflegenden und die Menschen, die (Intensiv)-Pflege brauchen, sind keine Opfer. Weder einer fehlgeleiteten Finanzwelt, noch politischer Untätigkeit. Beide Gruppen werden zum Glück selbstbewusster und lernen zunehmend, ihre Rechte zu vertreten. Dies zu unterstützen und zu fördern halte ich derzeit für wichtiger als die Diskussion um Regulierungen, die letztendlich doch nichts für den Einzelnen bringen.

Christoph Jaschke
Pressesprecher der Deutsche Fachpflege Gruppe

(Dieser Artikel erschien auch in: CareKonkret)

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.

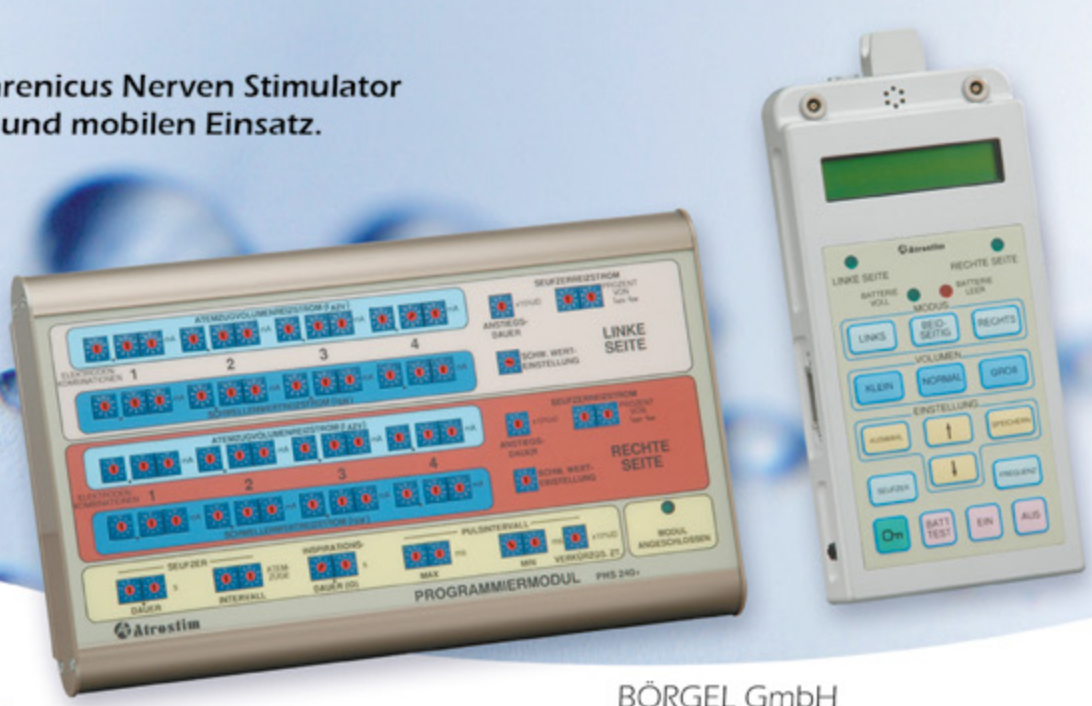
Unsere Leistungen:

- 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

Beatmung im intersektoralen Bereich

In einer Diskussionsrunde auf der 26. Jahrestagung der DIGAB e.V. wurde festgestellt, dass die Überwindung der Grenzen zwischen ambulanter und stationärer ärztlicher Versorgung im Bereich der außerklinischen Beatmung viele Vorteile für die betroffenen Patienten hätte. Beim MAIK 2018 wird die Diskussion fortgesetzt.

In der S2k – Leitlinie Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz Revision 2017 wird (S. 55) die Übergangsphase - „insbesondere bei invasiver außerklinischer Beatmung" - aus dem klinischen in den außerklinischen Bereich als „sehr vulnerabel" bezeichnet. Um diese entscheidende Phase und die sich daraus ergebenden Folgen ging es bei der Diskussionsrunde „Beatmung im intersektoralen Bereich" am 8. Juni 2018. Selten sehen Klinikärzte Patienten wieder, die sie mit invasiver Beatmung in den ambulanten Bereich entlassen haben, denn 85 Prozent dieser betroffenen Patienten werden von ganz normalen Intensivstationen entlassen und nicht aus spezialisierten Beatmungszentren, die ihre Patienten langfristig betreuen. Die Leitlinie sieht zwar regelmäßige Kontrolluntersuchungen vor, diese sind jedoch nicht verpflichtend vorgeschrieben. Gerade außerklinisch invasiv beatmete Patienten werden selten zu solchen Kontrolluntersuchungen vorgestellt. Die Experten bedauern das, da vermutlich ein großer Teil der Patienten mit sogenanntem Weaningversagen mit dem richtigen Therapiekonzept doch noch von der Beatmung entwöhnt werden und in ihr soziales Umfeld zurückkehren könnte. Täglich generieren Intensivmediziner neue „Beatmungsfälle", diese werden unter der Vorstellung in die außerklinische Intensivpflege entlassen, dass es im ambulanten Bereich jemanden gibt, der diese dann medizinisch weiter versorgt. Allerdings sind niedergelassene Ärzte nicht auf Patienten vorbereitet, die mit schwerster Multimorbidität auf lebenserhaltende technische Unterstützung angewiesen sind, die es normalerweise nur auf Intensivstationen gibt.

Wo entsteht das Problem?

Die Problematik mit ihren weitreichenden Konsequenzen beginnt, so die Diskutanten in Hannover, nicht erst bei der Entlassung, sondern schon bei der Indikationsstellung in der Klinik. Ihrer Meinung nach geht man in den Kliniken oft zu unkritisch bei der Feststellung eines „Weaningversagens" um, weil die spezifischen Behandlungskonzepte bei schwieriger Beatmungsentwöhnung auf Akut-Intensivstationen nicht bekannt sind. Eine korrekte Einschätzung der Prognose ist so nicht möglich, sodass viel zu früh die Diagnose „Weaningversagen" gestellt wird und bei mutmaßlicher Aussichtslosigkeit keine Verlegung in ein spezialisiertes Weaningzentrum vorgenommen, sondern eine Entlassung in die außerklinische Intensivpflege initiiert wird. Dabei schaffen spezialisierte Weaningzentren nahezu zwei Drittel dieser betroffenen Patienten doch noch von der invasiven Beatmung zu entwöhnen. Die Diskutanten sind der Auffassung, dass einer Entlassung in die außerklinische Intensivpflege eine Experten-basierte Indikationsstellung vorangehen muss. Sollte das Weaningversagen tatsächlich unabwendbar sein, müssen betroffener Patient und Angehörige umfassend und ehrlich über die Modalitäten der außerklinischen Versorgung aufgeklärt werden und ihr dokumentiertes Einverständnis zu diesem Schritt geben.

Im ambulanten Bereich fehlt ein fachkundiger therapieverantwortlicher Arzt

Patienten, die mit invasiver Beatmung aus dem Krankenhaus entlassen werden, sollten regelmäßig von einem fachkundigen Arzt untersucht werden. Oftmals haben Patienten mit Muskelschwäche nach Intensivtherapie langfristig doch noch Weaningpotential, sodass nach Meinung der Diskutanten die regelmäßige Wiedervorstellung der betroffenen Patienten in spezialisierten Beatmungszentren eine der wichtigsten Maßnahmen darstellt. Wenn mehr beatmete Menschen auch mittel- bis längerfristig noch von der invasiven Beatmung entwöhnt werden, könnten Ressourcen für nachfolgende Patienten freigesetzt werden, vor allem Pflege, die für diesen höchst anspruchsvollen Bereich qualifiziert ist.

Auch Patienten mit dauerhafter invasiver Beatmung ohne Entwöhnungspotential benötigen langfristige fachkundige ärztliche Betreuung, um die angestrebten Therapieziele immer wieder mit den Patientenwünschen abzugleichen. Zudem benötigen weiterversorgende Hausärzte Ansprechpartner bei fachspezifischen Fragen oder beatmungsassoziierten Problemen. Konsiliarische Mitbetreuung oder Hausbesuche durch Beatmungsexperten sind aufgrund der strikten Trennung zwischen ambulantem und stationärem medizinischem Sektor überwiegend nicht möglich. Unnötige Krankenhauseinweisungen, aber auch unerkannte Probleme mit weitreichenden Folgen, könnten durch die Schaffung einer solchen Möglichkeit vielleicht vermieden werden.

Eine neue Art der Entlassung wäre nötig

Bereits die Entlassung eines Patienten mit invasiver außerklinischer Beatmung müsste nach meinung der Experten eine Art „Sicherungssystem" beinhalten, das folgendermaßen aussehen könnte:

- Expertengesicherte Indikationsstellung
- klar formulierte und im Entlassungsbrief dokumentierte Therapieziele
- dokumentierte Aufklärung des Patienten bzw. seines Vertreters und Einverständnis zur invasiven außerklinischen Beatmung
- Befristung der außerklinischen Intensivpflege auf drei Monate nach Entlassung und erneute ärztliche Verordnung nur nach Wiedervorstellung bei einem Beatmungsexperten
- Regelmäßige und dokumentierte Überprüfung der Therapieziele durch fachkompetente Ärzte

Das föderalistische System, aber auch die derzeit unzureichende Identifizierung betroffener Patienten ist ein großes Hemmnis für notwendige Veränderungen. Grundsätzlich wäre daher aus Sicht der Experten auch die Schaffung eines deutschlandweiten verpflichtenden Registers sinnvoll, um die weitreichenden Versorgungs- und Strukturprobleme zu analysieren und letztendlich zu lösen. Auch die Einbindung in regionale Versorgungsnetzwerke wäre eine Möglichkeit, betroffene Patienten mit der erstmaligen Entlassung aus dem Krankenhaus in qualifizierten Betreuungsstrukturen aufzufangen. Vorteil hierbei wäre die Möglichkeit zur rationalen und zielgerichteten Verordnung nicht nur von Pflege, sondern auch von notwendigen Hilfsmitteln.

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: Deutsche Fachpflege Gruppe

„Endotracheales Absaugen“. Mikroschulung für pflegende Angehörige von tracheotomierten Menschen

Karin Riegraf, B.A. Pflegewissenschaft, entwickelte eine Mikroschulung zum endotrachealen Absaugen. Pflegebedürftige und pflegende Angehörige werden mit dieser Fertigkeit so vertraut gemacht, dass sie selbständig und sicher in der Häuslichkeit endotracheal absaugen können.

Die Einführung der Fallpauschale (DRGs) [1] und die demografische Entwicklung der Gesellschaft in Deutschland führen zu einer Verkürzung der Verweildauer von kranken Menschen im Krankenhaus. In diesem Zusammenhang nimmt die Zahl der Zuhause zu versorgenden Pflegebedürftigen stetig zu. [2] Die sinkende Geburtenrate und eine steigende Lebenserwartung führen zur Alterung der Bevölkerung, sodass die Zahl potentieller Pflegefachkräfte in Relation zur steigenden Zahl der Pflegebedürftigen abnimmt. Aktuell wird zudem die Situation durch den akuten Fachkräftemangel verschärft.[3] In diesem Zusammenhang gewinnt die häusliche Pflege, als eine der tragenden Säulen der Pflege, zunehmend an Bedeutung.

Einleitung

In Anbetracht dessen wird es notwendig sein, Instrumente zur Verfügung zu stellen, die qualitativ hochwertig sind und Kranken und deren Angehörigen einen großen Nutzen bringen. Mikroschulungen, kleine Lerneinheiten, eignen sich als geeignete Methodik, um pflegende Angehörige in bestimmten Pflegetechniken zu schulen. Gegenstand dieser Arbeit ist die Anleitung pflegender Angehöriger durch professionell Pflegende in Tätigkeiten, welche Pflegende in der Praxis oft ausführen. Selbst für intensivpflegerische Maßnahmen, wie z.B. die endotracheale Absaugung, besteht ein Bedarf, diese im häuslichen Setting einzusetzen. Grundlage dafür ist ein durchdachtes pädagogisches Konzept, in dem die Vermittlung von Wissensinhalten und das Einüben von Fertigkeiten vermittelt werden.

Die Anlage eines Tracheostomas verändert das Leben der Betroffenen und ihrer Angehörigen entscheidend. Die dadurch entstehende komplexe Versorgungssituation wird erheblich davon beeinflusst, wie pflegende Angehörige mit den dabei entstehenden, vielfältigen Aufgaben umgehen. Durch Information, Anleitung, Schulung und Beratung sollen pflegende Angehörige in die Lage versetzt werden, eine individuelle Expertise zu entwickeln, um dadurch in ihrer pflegerischen Autonomie gefördert zu werden. Insofern stellt sich die Frage, inwiefern den pflegenden Angehörigen mit Hilfe einer Mikroschulung zum endotrachealen Absaugen ein äußerstes Maß an Handlungskompetenz vermittelt werden kann, sodass sie, als Fachleute in eigener Sache, zur Autonomie und zum Selbstmanagement befähigt werden.

Die Autorin entwickelte aufgrund dieser Fragestellung im Rahmen einer Bachelorarbeit eine Mikroschulung zum endotrachealen Absaugen. Hauptsächliches Ziel war es, Pflegebedürftige und pflegende Angehörige beim Training mit dieser Fertigkeit vertraut zu machen, um selbständig und sicher in der Häuslichkeit endotracheal absaugen zu können. Kompetenzen und Handlungsfähigkeit sollen erreicht werden, um Anwendungsfehler und Komplikationen zu vermeiden.

Als **Methodik** wurde eine systematische Literaturrecherche durchgeführt, mit dem Ziel, die aktuellsten Erkenntnisse der wissenschaftlichen Literatur zu erfassen und diese zusammenfassend abzubilden.

Ergebnisse

Bei der Literaturrecherche ist aufgefallen, dass keine Studien bezüglich der Wirksamkeit von Mikroschulungen in technikintensiven Pflegesituationen vorliegen.

Die Auswertung vorhandener Literatur ergab, Mikroschulungen stellen ein einfaches Werkzeug in der Patienten- und Angehörigenschulung dar und können nach einer adäquaten Schulung von Pflegefachpersonal problemlos in den Pflegealltag integriert werden.

Patientenedukation

In allen beruflichen Tätigkeitsfeldern der Pflege gehören edukative Maßnahmen, das heißt Information, Schulung, Anleitung und Beratung von Betroffenen und ihren Angehörigen zum Aufgabengebiet der dort Pflegenden.

Die Übernahme und Organisation von Versorgungsleistungen beim Übergang von einem stationären Aufenthalt in die Häuslichkeit oder bei chronischen Erkrankungen und Pflegebedürftigkeit, stellt Betroffene und ihre Angehörigen vor große Herausforderungen. Aufgrund von Wissensdefiziten, fehlenden pflegerischen Kompetenzen und risikoreichen Verhaltensweisen erleben die Betroffenen oft Unsicherheiten und Ängste. Maßnahmen, in Form von edukativer Unterstützung, welche die Fähigkeit zur Selbstpflege und zum Selbstmanagement fördern, können die Betroffenen auf diese Aufgaben und psychische Herausforderungen vorbereiten. Patienten- und Familienedukation geht der Frage nach, welches Wissen und Können in bestimmten Situationen benötigt wird, damit die Betroffenen mit gesundheitlichen Einschränkungen und deren Versorgung umgehen können. [4]. Patientenedukation, wörtlich übersetzt Erziehung und Bildung, ist international geläufig und anerkannt. Mit „Nursing is teaching“ hat der Begriff in der Pflege in den USA eine lange Tradition. Seit den Dreißigerjahren gilt er dort bereits als Kernbestandteil des Tätigkeitsprofils professioneller Pflegekräfte.[5]

In Deutschland wurde mit der Einführung der Pflegeversicherung 1994 der Pflege erstmals der Auftrag übertragen, „die pflegenden Angehörigen zu unterstützen und beraten“. Hierbei wird in dem Gesetzestext die Beratung explizit als pflegerische Aufgabe genannt.[6] Des Weiteren sagt der Gesetzgebende, dass Beratung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen stattfinden soll.

Leider lassen sich in der Realität der Pflegepraxis diese Tätigkeiten oft nicht zufriedenstellend erfüllen. Sinnvoll erscheint es, in solchen Situationen Information, Schulung, Anleitung und Beratung in einer ruhigeren Phase aufzugreifen.

Mikroschulung
Da im heutigen Pflegealltag Zeit ein nahezu immer knappes Gut ist, bietet sich dazu das Konzept der Mikroschulung an. Als Grundlage für die vorliegende Mikroschulung werden Erläuterungen von Frau Dr. A. Abt-Zegelin, Pflegewissenschaftlerin an der Universität Witten/Herdecke, verwendet. Das deutsche Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V. veröffentlichte in Kooperation mit der Universität Witten/Herdecke unter Begleitung von Dr. Abt-Zegelin ein Konzept zur Erstellung von Mikroschulungen, die folgendermaßen definiert werden.
Unter Mikroschulungen werden kurze, standardisierte Lehreinheiten mit einer Zeitdauer von 15 bis 30 Minuten verstanden, die beliebig oft wiederholt werden können. Schrittweise werden von Pflegefachkräften Pflegeinterventionen auf den Betroffenen oder seine Angehörigen übertragen. Der Fokus liegt dabei auf den häuslichen Bedingungen, unter denen die zu Schulenden selbständig werden sollen. Mikroschulung bedeutet, Anleitung und Training von bestimmten Fertigkeiten. Geeignet sind kleinere Pflegeinterventionen wie z.B. Nahrungsanreichung, Handhabung einer PEG-Sonde, Transfer eines Kranken vom Bett in den Rollstuhl, das Vermitteln von bestimmten Verhaltensweisen, wie z.B. der Umgang mit Medikamenten, u.v.m. [7]
Mit dem Konzept der „Mikroschulung“ soll Pflegenden eine Grundlage zu einer systematischen und qualitätsgesicherten pädagogischen Begleitung der Kranken und ihren Angehörigen ermöglicht werden.
Qualitativ gute Schulungen zeichnen sich in schrittweisem, zielorientiertem Vorgehen aus, einer Zusammenfassung des Wichtigsten und der Wissensüberprüfung als Abschluss. [8] Ein systematisches und konzeptgeleitetes Vorgehen sowie eine patientenorientierte methodisch-didaktische Gestaltung von Maßnahmen sind weitere wichtige Merkmale. Charakteristisch dabei ist die wissenschaftlich gestützte Sachanalyse, ein kleinschrittig didaktisierter Verlauf mit der Einschätzung des Lernenden, einer Dokumentation und einer Evaluation. „Mikroschulungen sind darauf ausgerichtet, das Wissen und die Fähigkeiten des Lernenden zu ergänzen, die Selbstbestimmung zu fördern und dabei zu helfen, dass die Lernenden Experten in eigener Sache werden. [9]
Der Fokus liegt dabei auf den häuslichen Bedingungen, die zu Schulenden sollen dadurch selbstständig werden.

Wo wird die Mikroschulung durchgeführt?
Die Schulung findet vor Ort statt, z.B. im Zimmer des Pflegebedürftigen, im Bewohnerzimmer bzw. im Wohnbereich von Pflegeeinrichtungen. Das Schulungsmaterial dient zur Unterstützung einer jeder Schulung. Es besteht aus Informations-, Übungs- und Anschauungsmaterial wie z.B. Bücher, Checklisten, Broschüren, Filme, Dokumentations- und Evaluationsbögen. Zu Übungszwecken werden Materialien und Hilfsmittel benötigt, bevorzugt diejenigen, welche dann vor Ort eingesetzt werden, um die Schulung individuell anzupassen.

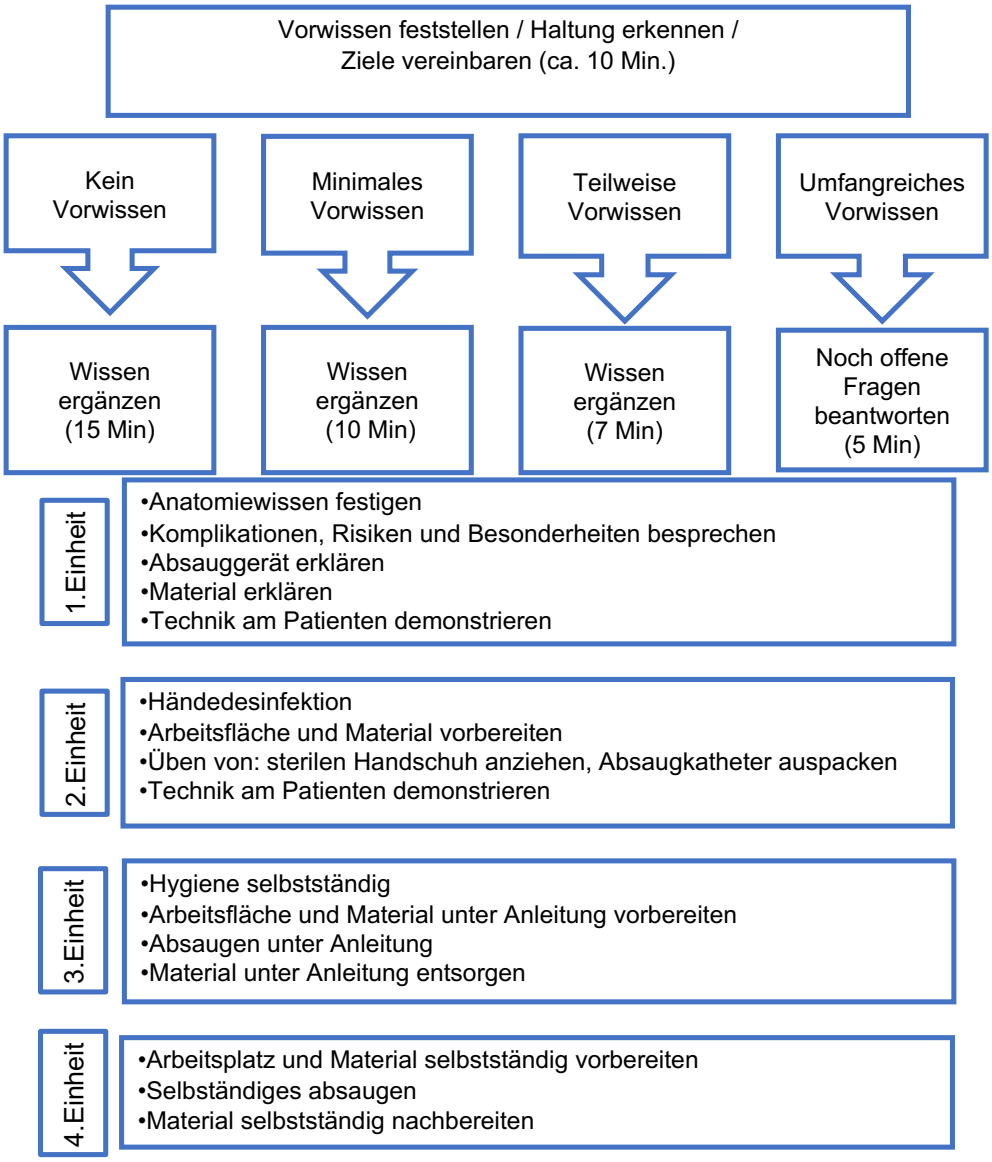
Die folgende Auflistung zeigt mögliche Schulungsmaterialien:

Materialkoffer am Beispiel „Endotracheales Absaugen“
- Bücher und Bilder über die anatomischen Verhältnisse
- Anschauungsmaterial und Broschüren mit schrittweiser Beschreibung der Händedesinfektion, z.B. Kurzanleitung zum „endotrachealen Absaugen“
- Hilfsmittelkataloge über benötigtes Material
- Material zum Üben (verschiedene Absaugkatheter, Trachealkanülen, sterile Handschuhe)
- Erklären der Funktionsweise des Absauggeräts anhand von Broschüren
- Wie ist die Funktionsweise des Absauggeräts?
- Wie wird die Absaugfunktion kontrolliert? Ist ein Sog vorhanden?
- Demonstrieren und Üben des Absaugvorgangs unter Zuhilfenahme eines Wasserglases
- Filme /DVDs

Sachanalyse
Die Erarbeitung jeder Mikroschulung bedarf zuvor einer Aufbereitung des zu behandelnden Themas und einer Auseinandersetzung mit den theoretischen Grundlagen. Sie sollte auf der Basis der derzeit aktuellen wissenschaftlichen Literatur erfolgen und gegebenenfalls durch Expertenbefragungen ergänzt werden.
Zu überlegen ist, welche Lerninhalte bei der Vermittlung von Informationen für die Angehörigen von Bedeutung sein können. Das individuelle Krankheitserleben, die Krankheitsbewältigung und das Ausmaß der Veränderungen im Alltag sind für die Betroffenen wichtige Punkte, welche bei Schulungsinhalten mit berücksichtig werden müssen. [10]

Voraussetzungen
Voraussetzung für die Durchführung von Mikroschulungen ist, dass die Anleitenden über fachspezifisches Wissen verfügen und pädagogisch didaktische Fähigkeiten besitzen. Ebenso notwendig sind eine wertschätzende Haltung, eine alltagsnahe Sprache, beratende Kompetenzen und das Können, sich dem Lerntempo des zu Schulenden anzupassen. [9]
Im Rahmen der Pflegeversicherung können Mikroschulungen im Sinne der individuellen häuslichen Einzelschulungen in der Häuslichkeit durchgeführt werden. Festgelegt ist: „Auf Wunsch der Pflegeperson und der pflegebedürftigen Person findet die Schulung auch in der häuslichen Umgebung des Pflegebedürftigen statt.“[12] Dabei sollen Kenntnisse vermittelt werden, die zur Pflegetätigkeit in häuslicher Umgebung notwendig sind. Vorteile häuslicher Schulung sind, dass die Schulungsinhalte unter Berücksichtigung des jeweiligen Wohnumfelds auf die persönlichen individuellen Bedürfnisse und die Situation der Pflegebedürftigen und ihrer Angehörigen abgestimmt werden können.

Ablauf einer Mikroschulung
Grundsätzlich sollte in der Schulung die persönliche Situation des zu Schulenden erfasst werden. Wie die folgende Abbildung zeigt, lässt sich der Schulungsablauf in vier Einheiten einteilen. Unter Berücksichtigung der Bedürfnisse des zu Schulenden ist ein kleinschrittiges, langsames Vorgehen wichtig. Handlungsabläufe und verwendete Materialien müssen den kognitiven Möglichkeiten des zu Schulenden entsprechen. Bei umfassenden Schulungsinhalten ist es sinnvoll nach einem zeitlichen Abstand, weitere Einheiten durchzuführen. [10]
Im Folgenden wird ein Beispiel für einen Schulungsablauf für das Konzept „Mikroschulung endotracheales Absaugen“ dargestellt.



Der erste Termin, das Orientierungsgespräch, dient dazu, einen Überblick über die Pflegesituation und den konkreten Schulungsbedarf der zu schulenden Person zu bekommen. Es beinhaltet das Feststellen von Vorwissen des zu Schulenden, die Motivation und Einstellung zur geplanten Schulung. Im Anschluss werden die Schulungsinhalte erörtert und gemeinsam Lernziele vereinbart. Je nach Situation kann sich dieses Gespräch sehr umfangreich gestalten, daher ist ein eigenständiger Termin empfehlenswert.
Danach erfolgt eine Vorstellung der geplanten Schulungsinhalte. Anhand dessen werden gemeinsam das Richtziel und die Feinziele formuliert und je nach Gesprächsverlauf wird die erste Schulungsmaßnahme vereinbart. [10]

Anhand der Sachanalyse werden mögliche überprüfbare Richt- und Feinziele zusammengestellt:

Lernziel „Endotracheales Absaugen“
Richtziel:
Erlernen der sicheren und fachgerechten Technik des Absaugens

Feinziel:
Die Feinziele können sehr unterschiedlich sein, deshalb müssen sie zu Beginn mit der zu schulenden Person abgesprochen werden. Mögliche Feinziele können sein:
Die zu schulende Person...

- kann die physiologischen und pathophysiologische Zusammenhänge der Atmung auf seine Situation bezogen nachvollziehen
- kennt die anatomischen Verhältnisse
- weiß um Indikationen, Komplikation und Nebenwirkungen des Absaugens
- weiß um notwendige Verhaltensweisen bei Auftreten von Besonderheiten
- kennt die notwendigen hygienischen Maßnahmen und wendet diese korrekt an
- kennt die benötigten Materialien und kann diese richten
- kann die Materialien korrekt entsorgen
- weiß um die Funktion des Absauggeräts
- trainiert das Absaugen
- beherrscht die Durchführung einer fachgerechten Absaugung
- weiß, an wen sie sich im Notfall wenden kann.

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-Modi

(ähnlich der sog. Lippenbremse)

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

- prisma VENT 30/40/50/50-C von Löwenstein Medical
- BiPAP A40 AVAPS-AE Trilogy 100/200 mit Modus AVAPS-AE und Zero-Flow von Philips Respironics

Weitere Informationen über Geräte und 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

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

Thromboseprophylaxe

Verschiedene Geräte: ab 910,00 €

Doctus/A-V Impulse/SCD 700

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

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

Bundesweiter Service:

- Schnelle Patientenversorgung
- 24h technischer Notdienst

Atemtherapiegeräte + Inhalation

- IPPB Alpha 300 + PSI

IPPB Atemtherapie mit Pressure Support Inhalation (PSI)

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

- Pureneb AEROSONIC+ **NEU** Ideal für die Sinusitis-Therapie

Inhalation mit 100 Hz Schall-Vibration

z.B. bei Nasennebenhöhlenentzündung
Erhöhte Medikamentendeposition durch vibrierende Schallwellen bei gleichzeitiger Behandlung beider Naseneingänge durch speziellen Nasenaufsatz
ohne Gaumen-Schließ-Manöver 415,80 €

Sauerstoffversorgung

Stationär, mobil oder flüssig

Inogen One G3
Shop-Preis ab 2.498,00 €

Sekretolyse

- 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

Mobilität

Ideal für unterwegs

- Rollstuhl FreedomChair A08

der faltbare, elektrische Rollstuhl

Aktionspreis 2.950,00 €

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

Finger-Pulsoxymeter, z.B. OXY 310
35,00 €

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

Preisänderungen / Druckfehler vorbehalten - Abb. können abweichen

Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten
In Abhängigkeit der Zielsetzung und den Vorkenntnissen des zu Schulenden wird nun das notwendige Wissen zum Thema, „Demonstrationen und Einüben von Fertigkeiten“, vermittelt. Hier ist es wichtig, handlungsorientiertes Wissen weiterzugeben, d.h. der zu Schulende braucht Wissen, welches ihm im Alltag weiterhilft. Die Schulungseinheiten werden im Dokumentationsbogen „Schulungsverlauf“ dokumentiert.[10]

Nachgespräch
Nach Beendigung der Schulungseinheit findet ein abschließendes Gespräch mit der geschulten Person statt. Je nach Umfang kann es hierbei sinnvoll sein, dieses erst nach etwa einer Woche nach der letzten Einheit durchzuführen. Der zu Schulende kann zu diesem Zeitpunkt bereits Aussagen zum endotrachealen Absaugen in der Häuslichkeit äußern und einschätzen, ob die Maßnahme korrekt umgesetzt wurde. Im Nachgespräch können noch alle offene Fragen behandelt und Fragen gestellt werden.
Anhand eines Dokumentationsbogens sollten die formulierten konkreten Zielsetzungen überprüft werden und ggf. bei Bedarf an Wiederholung, Ergänzung oder Vertiefung ein erneuter Termin vereinbart werden.
Sind mehrere Schulungseinheiten nötig, sollte nach jeder Einheit eine kurze Reflexion erfolgen und schriftlich fixiert werden. Zielvereinbarungen werden fortlaufend kontrolliert und, wenn notwendig, angepasst. [10]

Dokumentation und Evaluation
Die Dokumentation dient zur Kontrolle des Verlaufs, des Inhalts der Schulungsmaßnahme und zur Qualitätssicherung für alle am Prozess beteiligten Personen. Hierbei werden alle durchgeführten Maßnahmen auf den entsprechenden Dokumentationsbögen notiert.
Die Evaluation sollte fester Bestandteil der Mikroschulung sein, um das jeweilige Konzept, den Inhalt und eigene Kompetenzen überprüfen und anpassen zu können. In der Implementierungsphase der Mikroschulung macht es Sinn, die Auswertung der Evaluationsbögen in kürzeren Abständen durchzuführen, um das Angebot zu optimieren.[10]

Kurzanleitung
Als zusätzliches Informationsmaterial wurde eine Kurzanleitung entwickelt, welche nach Schulungsdurchführung an die zu Schulenden ausgehändigt werden kann. Die Verwendung und Durchführung dieser Kurzanleitung erfolgt nur nach einer erfolgreichen Mikroschulung mit entsprechender Einlernphase durch eine Pflegefachkraft.

Schlussbetrachtung
In der vorliegenden Bachelorarbeit richtet die Autorin den Fokus auf die Situation pflegender Angehöriger und entwickelt eine Mikroschulung zum endotrachealen Absaugen. Aufgrund mangelnder Datendichte hat die Autorin eine Vielzahl eigener Erfahrungen und Erkenntnisse durch ihre langjährige Praxis in der Intensivmedizin und in der ambulanten Pflege mit eingebracht. Die Erforschung der Anwendung von Mikroschulungen im häuslichen Umfeld befindet sich noch in den Anfängen. Die Notwendigkeit, das Schulungs-, Informations-, Beratungs- und Unterstützungsangebot auf die Bedürfnisse pflegender Angehöriger abzustimmen, ist aktueller denn je. Politik und Gesellschaft haben erkannt, dass bei aktueller Entwicklung der Pflegesituation, begründet durch Demografie, aktuellem Fachkräftemangel und Veränderungen in den familiären Systemen, ein gestiegener Unterstützungsbedarf besteht. Auch für tracheotomierte Menschen besteht der Wunsch, diese im häuslichen Umfeld, ganz nach dem Motto „ambulant vor stationär“, zu betreuen. Gerade hier sind Angehörige und Pflegende stark gefordert, Werte wie Autonomie, Selbstbestimmung und Lebensqualität im häuslichen Umfeld aufrechtzuerhalten oder wiederherzustellen. Mit der vorliegenden Mikroschulung wird ein Beitrag zur Angehörigen- und Patientenedukation geleistet, indem sich die Autorin einer intensivpflegerischen Intervention annimmt. Diese sollte in die Pflegepraxis integriert werden, um einen Beitrag zur Autonomie und Selbständigkeit bei tracheotomierten Menschen und ihren Angehörigen zu leisten.

Karin Riegraf,
B.A. Pflegewissenschaft
Fachkrankenschwester für Anästhesie und Intensivmedizin
Pflegerische Leitung einer Wohngemeinschaft

Hinweis: Die Abbildungen mit Anleitung in kurzer Form mit den erforderlichen Schritten des endotrachealen Absaugens in Text und Bild im Downloadbereich:
www.maik-oline.org

Literatur:
[1] DRGs: Diagnosis Related Groups: Fallgruppenbezogene Zuordnung und Abrechnung der in Anspruch genommenen Leistungen in Behandlung, Pflege, Verwaltung usw. im Rahmen der stationären Krankenhausversorgung. Grundlage der Entgelte sind Daten der Kosten- und Leistungsabrechnung und der medizinischen Dokumentation. www.gbe-bund.de (Stand:22.05.2018)
[2] Statistisches Bundesamt (2017): Pflegestatistik - Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung - Deutschlandergebnisse – 2015 (online) https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001159004.pdf?__blob=publicationFile (Stand: 10.06.2018). S.5
[3] Vgl. o.V. (2018), https://www.bundesgesundheitsministerium.de (Stand:22.05.2018)
[4] London, F. (2010): Informieren, Schulen und Beraten, Praxishandbuch zu pflegebezogenen Patientenedukation, 2. Auflage, Hans Huber Verlag Bern. S.21-24
[5] Bücker, C. (2015): Pflegende Angehörige stärken, 2.Auflage, Kohlhammer Verlag Stuttgart. S. 146
[6] SGB XI, § 37, Abs.3
[7] Abt-Zegelin, A. (2006): Mikroschulungen-Pflegewissen für Patienten und Angehörige, In: Die Schwester/Der Pfleger, 45. Jg. (2006), Heft 1, 1. Teil, S. 62-65.
[8] Zegelin, A. (2012): Mikroschulungen- ein pflegegeeignetes, praxisnahes Format. In: Padua,7 (2) Hans Huber Verlag, Hogrefe AG, Bern. S. 56
[9] Tolsdorf, M. (2010): Mikroschulungen, Patientenwissen „to go“, In: CNE.Fortbildung,10(02) Thieme Verlag Stuttgart. S. 10-12
[10] Abt-Zegelin, A.; Tolsdorf, M. (2008): Konzept zur Erstellung von „Mikroschulungen“ am Beispiel der „Subkutanen Injektion“, Netzwerk Patienten- und Familienedukation in der Pflege e.V., Universität Witten/Herdecke. S.3-6
[12] SGB XI §45, Abs. 1

HOMECARE LÖSUNGEN FÜR EIN BESSERES LEBEN

Bivona® Trachealkanülen mit Innenkanülen.

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

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

smiths medical

portex®

Mehr Informationen:
www.smiths-medical.com

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

Das neue Pflegeberufegesetz – Das sind die Chancen und Möglichkeiten für die außerklinische Intensivpflege!

Christine Keller, M.A., Lehrerin für Pflegeberufe, stellt das neue Pflegeberufegesetz vor, das auch ambulante Pflegedienste ermuntern soll, Ausbildungsträger zu werden. Denn die Unternehmen im Gesundheitswesen und der Intensivpflege sind mitverantwortlich, sich um den beruflichen Nachwuchs zu kümmern.

Nach zähem Ringen wurde 2017 das Gesetz zur Reform der Pflegeberufe (Pflegeberufegesetz - PflBG) verabschiedet. Die Ausbildung soll am 01.01.2020 starten. Auf der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit ist zu lesen: „Mit dem Pflegeberufegesetz wurde die Grundlage geschaffen, die Pflegeberufe zukunftsgerecht weiterzuentwickeln, attraktiver zu machen und Qualitätsverbesserungen vorzunehmen. Die vorher getrennt geregelten Pflegeausbildungen wurden zu einer hochwertigen Pflegeausbildung für die Kranken-, Kinderkranken- und Altenpflege zusammengelegt.“ Wir sagen Ihnen, wie die neue Ausbildung konkret aussehen wird und wo die Chancen und Möglichkeiten für Einrichtungen in der außerklinischen Pflege liegen.
Ein weiterer wichtiger Schritt ist gerade getan worden! Der Bundestag hat am 28.06.2018 die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Pflegeberufe (Pflegeberufe-Ausbildungs- und Prüfungsverordnung – PflAPrV) verabschiedet. Sie konkretisiert nun das Pflegeberufegesetz. Die Zustimmung des Bundesrats wird im September erwartet.

Wir stellen hier diese wichtigen Aspekte vor: Zugangsvoraussetzungen für die Pflegeausbildung, Umfang der Ausbildung, Berufsbezeichnungen, vorbehaltene Tätigkeiten, Ausbildungsziele, praktische Ausbildung, Träger der praktischen Ausbildung, Praxisanleitung, Prüfungen, hochschulische Pflegeausbildung und Finanzierung der Ausbildung.

Zugangsvoraussetzungen für die Pflegeausbildung
Sie sind in § 11 PflBG festgelegt und grundsätzlich unverändert geblieben:

1. Mittlerer Schulabschluss oder ein anderer gleichwertig anerkannter Abschluss

oder

2. Hauptschulabschluss oder ein anderer als gleichwertig anerkannter Abschluss, zusammen mit dem Nachweis

a) einer erfolgreich abgeschlossenen Berufsausbildung von mindestens zweijähriger Dauer
b) einer erfolgreich abgeschlossenen landesrechtlich geregelten Assistenz- oder Helferausbildung von mind. einjähriger Dauer (gem. Mindestanforderungen ASMK 2012 und GMK 2013)
c) einer bis 31.12.2019 begonnene erfolgreich abgeschlossenen APH- oder KPH-Ausbildung
d) einer KPH-Ausbildung gem. KrPflG von 1985

oder

3. der erfolgreiche Abschluss einer sonstigen zehnjährigen allgemeinen Schulbildung.

Umfang der Ausbildung
Das Gesetz sieht im Normalfall eine generalistische Ausbildung vor. Die Ausbildung umfasst mindestens:

- 2100 Stunden theoretischen Unterricht
- 2500 Stunden praktische Ausbildung, die sich wie in Tab. 2 verteilen.

Damit bleiben die Stundenzahlen wie bisher. Unterricht und praktische Einsätze erfolgen im Wechsel aufgrund von Kooperationsverträgen zwischen Schule und praktischem Ausbildungsträger (vgl. § 8 PflBG, § 8 PflAPrV).

Berufsbezeichnungen
Das Pflegeberufegesetz ist ein Berufszulassungsgesetz, das den Schutz der Berufsbezeichnung regelt. Die neuen Berufsbezeichnungen lauten „Pflegefachfrau“ und „Pflegefachmann“, die nur auf Antrag, Erfüllung der Ausbildungsvorgaben, Bestehen der Prüfungen und Erlaubnis geführt werden dürfen. Diese Berufsbezeichnungen dürfen nur die Absolventen der Generalistik und der Generalistik mit Vertiefung führen (dann steht in der Urkunde Pflegefachmann, -frau mit der jeweiligen Vertiefung) (vgl. § 1 PflBG, siehe Tab. 1).
Vertiefung sind die Langzeitpflege und die pädiatrische Pflege. Die Auszubildenden legen vor Ausbildungsbeginn fest, ob sie eine Vertiefung wählen wollen. Auszubildende, die eine Vertiefung gewählt haben, können zwischen dem 18. und 22. Ausbildungsmonat entscheiden, ob sie den eigenständigen Abschluss Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder Altenpfleger/in erwerben wollen (siehe Tab. 1). Der Unterschied: Die Vertiefung berücksichtigt nur die praktische Ausbildung im 3. Jahr, beim eigenständigen Abschluss muss zudem die theoretische Ausbildung entsprechend speziell ausgerichtet sein. Das wird sicher aufwendig für Schulen, die alle fünf möglichen Berufsabschlüsse anbieten wollen.
Nach 5 Jahren soll geprüft werden, wie viele Auszubildenden die beiden Sonderwege mit den alten Berufsabschlüssen gewählt haben. Mit dieser Möglichkeit ist man den Befürwortern der drei Berufsausbildungen bzw. den Gegnern der Generalistik entgegengekommen.
Die neue generalistische Pflegeausbildung wird über die *EU-Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen* in anderen EU-Mitgliedstaaten automatisch anerkannt. Die gesonderten Abschlüsse in der Altenpflege und der Kinderkrankenpflege können weiterhin im Rahmen einer Einzelfallprüfung von anderen EU-Mitgliedstaaten anerkannt werden.

Vorbehaltene Tätigkeiten
Eng mit der Berufsbezeichnung sind sog. vorbehaltene Tätigkeiten verbunden (vgl. § 4 PflBG). Sie hebt die besondere Bedeutung von Pflegefachpersonen für den Patienten- bzw. Bewohnerschutz hervor. Und sie fordert von der Pflege Verantwortungsübernahme und selbständiges Handeln. Die Durchführung dieser Tätigkeiten durch Personen, die nicht im Besitz der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau, -mann (oder den alten Berufsbezeichnungen Krankenschwester, -pfleger, Kinderkrankenschwester, -pfleger, Altenpfleger, -in, Gesundheits- und

1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	Berufsbezeichnung
Generalistische Ausbildung in Theorie und Praxis		Kinderkrankenpflege: Vertiefung in der Theorie und der Praxis	Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in
		Generalistik, Vertiefung Pädiatrie in der praktischen Ausbildung	Pflegefachmann / Pflegefachfrau
		Generalistik	
		Generalistik, Vertiefung Altenpflege in der praktischen Ausbildung	
		Altenpflege: Vertiefung in der Theorie und der Praxis	Altenpfleger/in

Tab. 1: Berufsbezeichnungen nach dem neuen Pflegeberufegesetz ab 2020

Krankenschwester, -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenschwester, -pfleger) sind, sind untersagt und mit Bußgeldern belegt.
Vorbehaltene Tätigkeiten sind:

- Erhebung, Feststellung des individuellen Pflegebedarfs
- Organisation, Gestaltung und Steuerung des Pflegeprozesses
- Analyse, Evaluation, Sicherung und Entwicklung der Qualität der Pflege.

Ausbildungsziele
Der Gesetzgeber hat die Ausbildungsziele deutlich erhöht und ausführlich in §5 PflBG dargelegt:

- Die Ausbildung soll die selbständige, umfassende und prozessorientierte Pflege von Menschen aller Altersstufen in akuten, dauerhaft stationären und ambulanten Pflegesituationen vermitteln.
- Pflegefachpersonen müssen dafür fachliche, personale, methodische, soziale, interkulturelle und kommunikative Kompetenzen erwerben sowie die Fähigkeit zum Wissenstransfer und zur Selbstreflexion.
- Lebenslanges Lernen und die fortlaufende persönliche und fachliche Weiterentwicklung sind unabdingbar.
- Pflege umfasst präventive, kurative, rehabilitative, palliative und sozialpflegerische Maßnahmen zur Erhaltung, Förderung, Wiedererlangung oder Verbesserung der physischen und psychischen Situation der zu pflegenden Menschen. Hinzu kommt deren Beratung, die Begleitung in allen Lebensphasen einschließlich des Sterbens.
- Pflege erfolgt entsprechend dem allgemein anerkannten Stand pflegewissenschaftlicher, medizinischer und anderer bezugswissenschaftlicher Erkenntnisse auf Grundlage einer professionellen Ethik.
- Pflege berücksichtigt die konkrete Lebenssituation einschließlich des sozialen, kulturellen und religiösen Hintergrunds, die sexuelle Orientierung und die Lebensphase des zu pflegenden Menschen.
- Pflege unterstützt die Selbständigkeit des zu pflegenden Menschen und achtet sein Recht auf Selbstbestimmung.

Diese Ausbildungsziele stellen eine hohe Verantwortung für die Verantwortlichen der theoretischen und praktischen Ausbildung dar!

Praktische Ausbildung
Die praktische Ausbildung soll die Kompetenzen vermitteln, die zum Erreichen der Ausbildungsziele § 5 PflBG erforderlich sind. Die Auszubildenden werden befähigt, die in der Theorie erworbenen Inhalte und Kompetenzen in konkreten Pflegesituationen aufeinander zu beziehen, miteinander zu verbinden und weiterzuentwickeln (vgl. § 3 PflAPrV).
Die Praxisorte haben eine hohe Verantwortung, denn pflegerisches Lernen findet im Besonderen in konkreten Pflegesituationen, also in der Praxis statt.
Die praktische Ausbildung gliedert sich in: Orientierungseinsatz, Pflichteinsätze, Vertiefungseinsatz und weitere Einsätze bzw. Stunden zur freien Verfügung. Die nachfolgende Tabelle zeigt die praktische Ausbildung mit mindestens 2500 Stunden.

Erstes und zweites Ausbildungsjahr

I. Orientierungseinsatz	
Einsatz zu Beginn der Ausbildung beim Träger der praktischen Ausbildung	400 Std.
II. Pflichteinsätze in den drei Versorgungsbereichen	
1. Stationäre Akutpflege (Krankenhaus)	400 Std.
2. Stationäre Langzeitpflege (Altenheim)	400 Std.
3. Ambulante Akut-/Langzeitpflege (z.B. auch außerklinische Intensivpflege)	400 Std.
III. Pflichteinsatz in der pädiatrischen Versorgung	
Pädiatrische Versorgung, hier sind sowohl stationäre als auch ambulante Einsätze möglich	120 Std.
Summe 1. und 2. Ausbildungsjahr	1720 Std.

Drittes Ausbildungsjahr

IV. Pflichteinsatz in der psychiatrischen Versorgung	
1. Allgemein-, geronto-, kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung	120 Std.
2. Bei Vertiefung Pädiatrie: nur kinder- oder jugendpsychiatrische Versorgung	
3. Bei Vertiefung Altenpflege: nur gerontopsychiatrische Versorgung	
V. Vertiefungseinsatz im Bereich eines Pflichteinsatzes	
1. Pflichteinsatz nach II. bis IV.1.; im Bereich II.3. mit Ausrichtung auf die ambulante Langzeitpflege	500 Std.
2. Bei Vertiefung Pädiatrie: Pflichteinsatz nach III, also pädiatrische Versorgung	
3. Bei Vertiefung Altenpflege: Pflichteinsatz nach II.2. oder II.3. mit Ausrichtung auf die ambulante Langzeitpflege	
VI. Weitere Einsätze / Stunden zur freien Verfügung	
1. Weitere Einsätze, z.B. in der Pflegeberatung, Rehabilitation, Palliativ - Bei Vertiefung Pädiatrie in Bereichen der Versorgung von Kindern und Jugendlichen - Bei Vertiefung Altenpflege in Bereichen der Versorgung von alten Menschen	80 Std.
2. Zur freien Verteilung im Versorgungsbereich des Vertiefungseinsatzes (IV)	
Summe 3. Ausbildungsjahr	780 Std.
GESAMTSUMME	2500 Std.

Der Gesetzgeber möchte mehr Pflegeeinrichtungen motivieren, Träger der praktischen Ausbildung zu sein. (Zukünftige) Arbeitgeber möchten natürlich viel von ihrem Auszubildenden haben, wenn sie schon Ausbildungsvergütung zahlen, Urlaub gewährleisten, Praxisanleiter und Lehrmittel zur Verfügung stellen u.v.m. Es ist deshalb vorgesehen, dass der Auszubildende mindestens 1300 Std. (mehr als die Hälfte der praktischen Ausbildungsstunden) beim Träger ausgebildet wird. Deshalb sind der Orientierungseinsatz, ein Pflichteinsatz und der Vertiefungseinsatz bei ihm zu absolvieren (vgl. § 3 PflAPrV).

Träger der praktischen Ausbildung

Träger der praktischen Ausbildung sind Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste (vgl. §§ 6, 7 PflBG). Entweder ist der Träger selbst Betreiber einer Pflegeschule (i.d.R. Krankenhäuser). Alle anderen Träger der praktischen Ausbildung (z.B. ambulanter Pflegedienst) müssen mit mindestens einer Pflegeschule einen Kooperationsvertrag schließen. Alles Weitere zu den Kooperationsverträgen regeln die Bundesländer (vgl. § 8 PflAPrV).

Der Träger der praktischen Ausbildung schließt zudem mit dem Auszubildenden einen Ausbildungsvertrag und zahlt Ausbildungsvergütung. Er muss die vorgeschriebenen Einsätze der praktischen Ausbildung gewährleisten und die Teilnahme am theoretischen Unterricht. Und er muss mit Sorge tragen, dass die Ausbildungsziele nach § 5 PflBG erreicht werden.

Die Pflegeschule trägt die Gesamtverantwortung für die Pflegeausbildung und prüft auch, ob der Ausbildungsplan für die praktische Ausbildung auf die Ausbildungsziele hin ausgerichtet ist bzw. die praktische Ausbildung gemäß dem Ausbildungsplan durchgeführt wird (vgl. § 10 PflBG). Damit soll sichergestellt werden, dass Auszubildende nicht als „Schaffer" in den Pflegeeinrichtungen missbraucht werden, sondern Lernende sind, die am Ende der Ausbildung Prüfungen absolvieren müssen. Der Träger der praktischen Ausbildung ist somit verpflichtet, die praktische Ausbildung so durchzuführen, dass der Auszubildende die Ausbildungsziele in der vorgesehenen Zeit erreichen kann. Dem Auszubildenden dürfen nur Aufgaben übertragen werden, die dem Ausbildungsstand entsprechen und den Ausbildungszielen dienen und sie müssen den physischen und psychischen Kräften des Auszubildenden angemessen sein (vgl. §18 PflG).

Praxisanleitung

Die Praxisorte müssen sicherstellen, dass 10 % der praktischen Ausbildungszeit als geplante und strukturierte Praxisanleitung stattfinden (vgl. §18 PflBG, vgl. §7 PflAPrV). Dafür müssen sie Praxisanleiter zur Verfügung stellen (vgl. § 4 PflAPrV).

Praxisanleiter müssen mindestens ein Jahr ihr Examen haben; die Berufserfahrung soll im jeweiligen Berufsfeld erworben sein, in dem sie die Anleitungen durchführen. Sie müssen zudem eine berufspädagogische Zusatzqualifikation von mindestens 300 Std. nachweisen und kontinuierliche, insbesondere berufspädagogische Fortbildungen im Umfang von mindestens 24 Std. jährlich (vgl. § 4 PflAPrV). Damit hat der Gesetzgeber die Voraussetzungen an Praxisanleiter deutlich erhöht – bisher waren es 200 Std. nach dem Krankenpflegegesetz, im Altenpflegegesetz gab es keine Stundenvorgabe.

Praxisanleiter, die bis 31.12.2019 ihre berufspädagogische Weiterbildung abschließen, werden den neuen Bedingungen gleichgestellt (vgl. §4 PflAPrV).

Praxisbegleitungen werden durch die Lehrkräfte der Schulen durchgeführt.

Prüfungen

Zwischenprüfung. Nach zwei Ausbildungsjahren wird eine Zwischenprüfung zur Ermittlung des Ausbildungsstandes eingeführt. Ein Bestehen der Prüfung ist nicht erforderlich, um die Ausbildung fortzuführen (vgl. § 7 PflAPrV). Die Auszubildenden bekommen so eine Rückmeldung über ihren Leistungsstand. Den Ländern wird

dadurch die Möglichkeit eröffnet, die mit der Zwischenprüfung festgestellten Kompetenzen im Rahmen einer Pflegeassistenz- oder -helferausbildung anzuerkennen, wenn z.B. absehbar ist, dass das Ausbildungsziel Pflegefachfrau,-mann nicht erreicht wird. Dafür müssten aber noch länderrechtliche Regelungen geschaffen werden.

Praktische Prüfung. Sie kann in den Praxisorten I. bis V. stattfinden (siehe Abb. 2 „Erstes und zweiten Ausbildungsjahr"). Die Prüfungsaufgabe soll insbesondere den Versorgungsbereich berücksichtigen, indem der Auszubildende seinen Vertiefungseinsatz absolviert hat.
Der Auszubildende soll im Rahmen einer realen und komplexen Pflegesituation (mindestens zwei zu pflegende Menschen) zeigen, dass er die Ausbildungsziele (§ 5 PflBG) erreicht hat, also eine umfassende, selbständige und prozessorientierte Pflege einschließlich der Evaluation durchführen kann. Die praktische Prüfung wird von zwei Fachprüfern abgenommen, von denen einer ein Praxisanleiter des Vertiefungseinsatzes sein muss. Die Prüfung gilt als bestanden, wenn sie mit mindestens 4 benotet wird (vgl. § 16 PflAPrV).
Auch hier wird die besondere Bedeutung der Praxisanleiter betont, die gleichberechtigt zu einem Pflegelehrer/Pflegepädagogen ihre Bewertung der praktischen Prüfung abgeben.

Hochschulische Pflegeausbildung
Es besteht auch die Möglichkeit der berufsqualifizierenden Pflegeausbildung an Hochschulen. Das Ausbildungsziel ist hier erweitert um die Steuerung und Gestaltung hochkomplexer Pflegeprozesse auf der Grundlage wissensbasierter oder wissenschaftsorientierter Entscheidungen. Dafür müssen Studenten vertieftes Wissen über Grundlagen der Pflegewissenschaft, die gesellschaftlich-institutionellen Rahmenbedingungen und Forschungsgebiete der professionellen Pflege erwerben. Weiter werden kritisch-reflexive und analytische Fähigkeiten gefordert, um an der Entwicklung von Qualitätsmanagementkonzepten, Leitlinien, Expertenstandards und Leitlinien mitzuwirken, Fortbildungsbedarf zu erkennen und wissensbasierte innovative Lösungsansätze entwickeln und implementieren zu können (vgl. § 37 PflBG).
Das Studium dauert mindestens drei Jahre. Das Studiengangskonzept muss durch die Landesbehörde akkreditiert werden. Das Studium umfasst Lehrveranstaltungen an Hochschulen sowie Praxiseinsätze nach § 7 PflBG (s. Abb 2), die ebenfalls durch Praxisanleiter begleitet werden müssen.
Die staatliche Prüfung zur Erlangung der Führung der Berufsbezeichnung Pflegefachfrau, -mann ist Bestandteil der hochschulischen Prüfung. Gleichzeitig erhalten die Studenten einen akademischen Grad (vgl. §§ 37, 38 PflBG).

Finanzierung der Ausbildung
Am 19.06.2018 wurde der Entwurf einer Pflegeberufe-Ausbildungsfinanzierungsverordnung (PflAFinV) vorgelegt, der vom Bundestag noch verabschiedet werden muss. Die Finanzierung der Ausbildung soll zukünftig über Ausgleichsfonds erfolgen, die von den Bundesländern eingerichtet werden. In diese Fonds müssen alle stationären, teilstationären und ambulanten Einrichtungen im Gesundheitswesen einzahlen. Dazu sollen die Landesverbände der Krankenkassen und Pflegekassen die Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen und ambulanten Pflegedienste melden (vgl. §§ 11, 12 PflAFinV). Die Einrichtungen müssen den Umlagebetrag zum 10. eines Kalendermonats einbezahlen, erstmals zum 10.01.2020 (vgl. § 14 PflAFinV).
In geringerem Umfang werden auch die Länder und die Pflegeversicherungen in die Ausbildungsfonds einbezahlen.
Die Pflegeschulen und die ausbildenden Einrichtungen erhalten monatlich Geld aus den Fonds pro Auszubildendem. Eine zuständige Stelle setzt die Ausbildungsbudgets fest und berechnet für jede Schule bzw. Praxisort den Anteil (vgl. § 9 PflAFinV). „Zu finanzierende Tatbestände" sind u.a. praktische Anleitung durch Praxisanleiter, Arbeitsausfall für die Weiterbildung zum Praxisanleiter einschließlich der Weiterbildungskosten, Kosten von Auszubildenden (z.B. Fahrtkosten) außer Ausbildungsvergütung, Lehr- und Arbeitsmaterialien, Honorare und Kosten für Prüfungen, Verwaltungskosten (vgl. Anlage 1 zu §§ 5, 6 PflAFinV).
Leider bleibt die Ausbildungsfinanzierungsverordnung an einigen Stellen unkonkret. Wenn sie in Kraft getreten ist, werden die Länder die Finanzierung noch konkreter regeln müssen. Weitreichende Umsetzungsspielräume werden vermutlich eine Vielzahl unterschiedlicher Regelungen in den einzelnen Bundesländern begünstigen.

Was steht noch aus?
Eine einzurichtende Fachkommission aus pflegefachlichen, pflegepädagogischen und pflegewissenschaftlichen Experten muss einen Rahmenlehrplan und einen Rahmenausbildungsplan erarbeiten. Danach können die Pflegeschulen dann ihre Curricula erstellen bzw. überarbeiten.

Und im Fazit – Was kann das neue Pflegeberufegesetz für Einrichtungen in der außerklinischen Intensivpflege bedeuten?
Der Pflegenotstand ist auch schon lange in der außerklinischen Intensivpflege angekommen. Aus meiner Sicht ist jedes Unternehmen im Gesundheitswesen mitverantwortlich, sich um den beruflichen Nachwuchs zu kümmern. Man kann nicht erwarten, dass es andere tun, dass andere ausbilden – und dann hoffen, eine gut ausgebildete Pflegefachkraft zu bekommen.
Das neue Pflegeberufegesetz will auch ambulante Pflegedienste ermuntern, Ausbildungsträger zu sein, indem ein großer Teil der praktischen Ausbildungszeit im eigenen Pflegedienst absolviert wird. Zudem erhalten Ausbildungsbetriebe Ausbildungskosten (teilweise) erstattet. Wer nicht ausbildet, der zahlt in den Ausgleichsfond und unterstützt damit die Einrichtungen, die es tun.
Ein weiterer Gedanke ist, sich die zukünftigen Pflegefachfrauen und -männer selbst „zu ziehen", nachhaltig zu agieren. Erlebt der Auszubildende eine gut geplante Ausbildung, engagierte Praxisanleiter und Kollegen, ein angenehmes Lern- und Arbeitsklima und eine hohe Kompetenzförderung, dann wird er wohl gerne auch nach der Ausbildung im Unternehmen bleiben – und ist dann der schon gut eingearbeitete neue Kollege.
Entscheidet sich eine Einrichtung in der außerklinischen Pflege dagegen, Träger der praktischen Pflegeausbildung zu sein, gibt es noch die Möglichkeit, sich als Praxisort für einen Pflichteinsatz in der ambulanten Langzeitpflege anzubieten (siehe Abb. 2). In diesem Fall bekommt man Auszubildende, die ihre Ausbildung bei einem Kran-

kenhaus- oder Altenheimträger absolvieren. Die Auszubildenden sind in der Regel dann für 4 bis 8 Wochen zum Einsatz da. Auch das ist eine Möglichkeit, dass Auszubildende in der Pflege den speziellen Arbeitsbereich der außerklinischen Intensivpflege kennenlernen und vielleicht nach der Ausbildung kommen.
So oder so, eine zentrale Rolle in der praktischen Ausbildung spielen Praxisanleiter. Sie brauchen - neben Fachwissen. - u.a. auch pädagogisches Wissen, didaktische Fähigkeiten, Kommunikations- und Feedbacktechniken, Wissen zu selbstgesteuertem Lernen, um dem Auszubildenden ein guter Lernbegleiter zu sein.

Die IHCC-Akademie bietet die Weiterbildung zum Praxisanleiter speziell für Einrichtungen in der außerklinischen Intensivpflege an, denn die Herausforderungen sind hier völlig anders als in einem Krankenhaus oder Altenheim. Neben berufspädagogischem Wissen werden u.a. auch Grundlagen der familienzentrierten Pflege vermittelt, Umgang mit Nähe und Distanz, systemische Grundhaltungen und Techniken, Bewältigungshandeln von chronisch Kranken und ihren Familien und Konfliktlösungsstrategien.
Alle weiteren Informationen unter www.ihcc-akademie.de/de/praxisanleiter.html. Der nächste Kurs startet im November 2018, diese Mal noch mit 230 Stunden, von denen 144 in Präsenzzeit absolviert werden müssen. Die Weiterbildung zum Praxisanleiter mit der Spezialisierung für die außerklinische Intensivpflege ist staatlich anerkannt.

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

Hinweis: In der GEPFLEGT DURCHATMEN Ausgabe 41 erschien der Artikel „Krankheit ist immer auch eine Familienangelegenheit - Einführung in die Genogrammarbeit (1)“ von Christine Keller, M.A., die Fortsetzung dieses Artikels erscheint in der nächsten Ausgabe der GEPFLEGT DURCHATMEN.

Christine Keller

Literaturnachweis:

Pflegeberufegesetz: www.buzer.de/Pflegeberufegesetz-PflBG.htm
Ausbildungs- und Prüfungsverordnung: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PflAPrV_Bundestag-130618.pdf
Ausbildungsfinanzierungsverordnung: www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/3_Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/P/PflAFinV_RefE.pdf

FAHL

TRACHEOSTOMAPFLEGE VON A BIS Z

IHR SPEZIALIST IN DER TRACHEOSTOMAVERSORGUNG

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

Drei Jahre Altenpflegeausbildung – was dann?

Beatrice Henkel hat von 2015 bis 2018 ihre Altenpflegeausbildung am Berufsbildungszentrum Münnerstadt absolviert. Sie schreibt, dass die Auszubildenden in ihren Einrichtungen sehr viel mehr Unterstützung bräuchten, um ihr gelerntes Wissen ohne Zeitdruck in die Praxis umsetzen zu können.

Ursprünglich wollte ich nichts mit der Pflege von Menschen zu tun haben. Doch das änderte sich schlagartig, als ich 2012 als Hauswirtschaftskraft in der Wohngemeinschaft für beatmete Menschen der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH in Bad Kissingen zu arbeiten begann und meine Schwiegermutter schwer erkrankte. Der Kontakt mit den WG-Bewohner*innen und die tollen Kolleg*innen, die mich immer wieder ermutigten, eine Ausbildung zu wagen, überzeugten mich. Mit Unterstützung der damaligen Niederlassungsleiterin Claudia Gabel wagte ich, obwohl ich schon knapp 40 bin, den Schritt, und obwohl mich noch Zweifel plagten. Würde ich es schaffen, Schule und Familie unter einen Hut zu bekommen? Es war nicht immer ganz einfach, aber meine Familie und die Kolleg*innen gaben mir Halt. Die Niederlassung Nordbayern besitzt das regionale Gütesiegel „Ausbildung mit Wert“ der Gesundheitsregion Bäderland Bayrische Rhön. Ziel des Gütesiegels ist die Qualität und Attraktivität der Pflegeausbildung zu steigern und zu sichern. Und das mit Recht, denn alle im Kriterienkatalog gelisteten Vorgaben wurden erfüllt. So konnte ich z.B. an einem Selbstmanagementkurs teilnehmen, den ein ortsansässiger Klinik-Betreiber veranstaltete. Hier lernte ich gleich Azubis aus anderen Berufen kennen.

Praktische Erfahrung konnte ich in einem Pflegeheim an meinem Heimatort sammeln, wo ich mit alten Menschen und deren Problemen konfrontiert wurde. Diese Arbeit war ganz anders als in der Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung. Es gab feste Strukturen, die wenig Zeit ließen, sich mit den Bewohnern zu beschäftigen. Trotzdem machte es mir sehr viel Freude, in dem Pflegeheim zu arbeiten. Meinen zweiten Außeneinsatz absolvierte ich in der Geriatrischen Klinik im Schloss Werneck. Hier lag mein Augenmerk auf den verschiedenen Krankheiten, wie Demenz und bipolare Störungen. Während meiner Einsatzzeit in der Wohngemeinschaft lernte ich viel zu einzelnen Krankheitsbildern, wie Wachkoma, ALS, COPD und Guillian-Barré-Syndrom. Das Thema Selbstbestimmung war, anders als im Pflegeheim, ein sehr wichtiges Thema für mich. Leider kam dies in meiner theoretischen Ausbildung kaum vor, außer bei einer zweistündige Fortbildung zu den Themen PEG und Trachealkanülen. Diese Themen müssten meiner Meinung nach in der Ausbildung sehr viel mehr vertieft werden, da in den Pflegeheimen immer mehr Menschen mit einer Trachealkanüle versorgt werden. Ich finde, dass auch der Umgang mit Medikamenten besser geschult werden müsste. Als positiv empfand ich es, dass ich zwei meiner Mitschülerinnen für einen Einsatz in unserer WG begeistern konnte.

Die Ausbildung zur Altenpflegerin war anstrengend, hat mir aber auch sehr viel Spaß gemacht. Ich habe den

Beatrice Henkel

Schritt dazu nicht bereut, denn ich konnte mein Wissensspektrum erheblich erweitern. Ich würde die Ausbildung jederzeit weiterempfehlen, denn inzwischen liebe ich diesen Beruf. Was gibt es Schöneres als ein dankbares Lächeln oder ein ausgesprochenes Lob in Form von Feststellungen wie „Kommen Sie morgen wieder zu mir!“ oder „Schade, dass Sie schon nach Hause gehen!“

Eine Begebenheit beschäftigte mich sehr: Die Uhr eines über 100-jährigen Bewohners im Pflegeheim war stehen geblieben und ich musste sie zum Uhrmacher bringen. Zwei Tage später starb der alte Mann. So etwas macht einen schon nachdenklich!
Ende August beendete ich meine Ausbildung zur Altenpflegerin. Aber das heißt nicht, dass mein Wissensdurst jetzt gestillt ist. Um mein Fachwissen zu vertiefen, habe ich mir als nächstes den DIGAB-Basiskurs zur „Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung“ vorgenommen.

Eine große Bitte habe ich an unseren Gesundheitsminister Spahn: Die Auszubildenden brauchen in ihren Einrichtungen sehr viel mehr Unterstützung, um ihr gelerntes Wissen ohne Zeitdruck in die Praxis umsetzen zu können. Denn allzu gern werden sie als billige Arbeitskräfte genutzt. Da setze ich große Hoffnungen in das neue Pflegeberufegesetz.

Befremdlich finde ich auch, dass aus meinem Kurs nur vier von 25 Auszubildenden eine Vollzeitstelle bekommen haben. Dabei wird doch ständig über den Pflegenotstand gejammert! Wie geht das zusammen?

Beatrice Henkel,
staatl. geprüfte Altenpflegerin

11. Münchner außerklinischer Intensiv Kongress - Dieses MAIK-Special gibt einen kleinen Vorgeschmack

Seit Mai 2018 ist die Deutsche Fachpflege Gruppe Veranstalter des MAIK. Dies ändert jedoch nichts an dem Format. Der interdisziplinäre Fachkongress ist und bleibt politisch, informativ und inklusiv. Genau so, wie ihn die beiden Kongresspräsidenten Jörg Brambring und Christoph Jaschke von Anfang an konzipiert haben.

Der MAIK ist eine Plattform für alle Berufsgruppen, die in der außerklinischen Intensivversorgung tätig sind, Vertreter*innen aus Wissenschaft, Medizin, Pflege, Therapie unterschiedlicher Fachrichtung, Sozialpädagogik, des Casemanagements, des Sozialrechts, der Leistungsträger und die Medizintechnik. Pflegenden aus stationären Pflegeeinrichtungen, von Intensivstationen und aus ambulanten Pflegediensten bietet der MAIK aktuelle und fundierte Informationen für ihren beruflichen Alltag.

Die Vorträge, Workshops und Diskussionen sind für diejenigen, die gerne querdenken, die der außerklinischen Intensivversorgung neue Impulse geben und frische Ideen entwickeln und umsetzen wollen. Wieder steht der MAIK unter der Schirmherrschaft der Bayerischen Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, Melanie Huml. Wertvolle Impulse werden Kerstin Schreyer, Bayerische Staatsministerin für Familie, Arbeit und Soziales, sowie Andreas Westerfellhaus, Pflegebevollmächtigter der Bundesregierung geben. Vor der traditionellen Verleihung des MAIK Award wird Sina Wolf, Bandenchefin „Grüne Bande“, eines Clubs für schwerstkranke Jugendliche, ihre Geschwister und Freunde (ab 14 Jahren) zu Mitarbeit, chatten, zusammen chillen, feiern und planen von Aktionen und Kampagnen rund ums Thema krank/behindert sein, aufrufen.

In Zusammenarbeit mit dem Wissenschaftlichen Beirat wurde ein abwechslungsreiches Kongressprogramm zusammengestellt, in das bewusst viele Möglichkeiten eingebaut wurden, um miteinander ins Gespräch zu kommen. So finden mehrere politische Diskussionsrunden statt, und auch im Rahmen der Fachvorträge besteht immer die Möglichkeit, im Anschluss daran Fragen an die Referierenden zu stellen.

Die Themenbereiche der Vortragssessions reichen von Querschnittlähmung, Sozialrecht, Experten*innen in eigener Sache (I + II), außerklinische Intensivversorgung, pflegende Angehörige, Hygiene, Therapie, Kinder und Jugendliche, Qualifizierung, Pflege konkret bis hin zu technologieunterstützter Pflege, Heimbeatmung in verschiedenen klinischen und außerklinischen Settings und die Gestaltung der Leistung des Hilfsmittelproviders in der Zusammenarbeit mit Pflegedienst und Krankenkasse. Ein Highlight zum Schluss ist die Diskussion konkreter Fallbeispiele.

Der MAIK lebt von dem Engagement aller, und das ist größer denn je. Die Branche erlebt gerade einen großen Umbruch, und dieser muss für die Qualitätsverbesserung genutzt werden. Darum geht es auch in Gesprächsrunden wie „Außerklinische ärztliche Versorgung“, „Die Qualitätsprüfungs-Richtlinie häusliche Krankenpflege (QPR-HKP)“ oder „Die Leistung des Hilfsmittelproviders in der Zusammenarbeit mit Pflegedienst und Krankenkasse“. In dem interdisziplinären Programm ist für jeden etwas dabei, und die Expert*innen in eigener Sache haben mehrere Foren, um aus ihrer Sicht wichtige Themen zu diskutieren.

Eine begleitende Fachausstellung informiert über neueste Medizintechnik und andere, für die außerklinische Intensivpflege wichtige Innovationen. Die MAIK Party am Abend des ersten Kongresstages rundet den Kongress ab. „Wir danken allen, die zum guten Gelingen dieses Kongresses beigetragen und ihn möglich gemacht haben“, so die beiden Kongresspräsidenten.

Mehr unter www.maik-online.org

WORKSHOP

„Muss über endotracheale Absaugung noch gesprochen werden? Nachdenkliches über die Physik des Saugens“

Isabell Schmider und Dr. med. Paul Diesener beim MAIK - Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress 2017

Veranstalter: Dysphagie-Netzwerk-Südwest e.V.

Referenten: Dr. med. Paul Diesener und Isabell Schmider

Samstag, 27. Oktober 2018, 9.00 – 10.30 Uhr, Forum 12

Referent Dr. med. Paul Diesener ist seit 1994 Leitender Arzt Frührehabilitation Hegau-Jugendwerk Gailingen. Er hält überregional Vorträge und führt Coachings in Sachen kindliche Dysphagie, Trachealkanülenmanagement und neurologische Frührehabilitation in Kliniken, bei Pflegediensten, Kongressen und Fachgesellschaften sowie Messen und Einrichtungen zur Pflege und Förderung von Menschen mit Behinderung durch. Zudem gilt Dr. Diesener als Pionier insbesondere bei der endoskopischen Diagnostik von kindlichen Schluckstörungen und verfügt über einen großen Erfahrungsschatz durch Konsiliartätigkeit bei Erwachsenen. Für das Leitlinienprojekt zur Diagnostik und Therapie neurogener Schluckstörungen der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie (DGNKN) 2003 war er federführend für den Bereich Kinder.
Referentin Isabell Schmider ist seit 1995 Kinderkrankenschwester im Hegau-Jugendwerk Gailingen. Sie assistiert bei Bronchoskopie, Schluckdiagnostik und Gastroskopie (PEG-Anlage) und organisiert die Dysphagie- und Kanülensprechstunde am Jugendwerk. Sie hat bei zahlreichen ganztägigen Kanülenworkshops des Dysphagie-Netzwerks mitgewirkt. Seit März 2016 ist sie Atmungstherapeutin (DGP). In ihrer Facharbeit hat sie einen Fragebogen zum Outcome nach Teilhabe orientiertem Management in unserer Sprechstunde bei fast 100 Patienten ausgegeben und ausgewertet. Diese Arbeit konnte sie auf dem DIGAB-Kongress in Bamberg am 3.6.16 präsentieren (Online-Portal German Medical Science, Abstract DIGAB 2016, http://www.egms.de/static/de/meetings/digab2016/16digab09.shtml).

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

WORKSHOP

„Sekretmanagement in Theorie und Praxis mit dem Philips Respironics CoughAssist E70“

Veranstalter: Philips Respironics GmbH

Referenten: Ingo Berweiler, Michael Disque und Norbert Erlemeyer

Freitag, 26. Oktober 2018, 11.00 – 12.30 Uhr, Forum 12

Freie Atemwege sind maßgeblich für eine gute Beatmung und ein ordnungsgemäßes Ventilations-Perfusions-Verhältnis. Ein wirksames Abhusten von Sekreten ist dabei von entscheidender Bedeutung.
Bei Patienten, die nicht in der Lage sind zu husten bzw. Sekrete wirksam abzuhusten, wird häufig eine tiefe Absaugung zur Reinigung der Atemwege angewendet. Leider können invasive Methoden sehr unangenehm für den Patienten sein und sind mit Komplikationen wie Hypoxie, Gewebeschäden und Infektionen verbunden. Immer mehr wissenschaftliche Gesellschaften sprechen konkrete Empfehlungen zur Verwendung eines mechanischen In- und Exsufflators für die Reinigung der Atemwege aus.
Der CoughAssist E70 bietet eine effektive und bemerkenswert sanfte nicht-invasive Alternative zum Abhusten für die Verwendung in Krankenhäusern und im außerklinischen Bereich.
Agenda des praxisorientierten Workshops:

- Norbert Erlemeyer, Philips Respironics, „Physiologie und Pathophysiologie der Sekretclearance“ (Dauer ca. 10 Min.)
- Michael Disque, Philips Respironics, Arbeiten mit dem CA E70 – Einstellmöglichkeiten und Best Practice (Dauer ca. 10 Min.)
- Ingo Berweiler, Bad Cannstatt, Atmungstherapeut (DGP) „Sekretmanagement – Die Praxis mit dem CA E70 / Fallbeispiele mit endoskopischer Überwachung / Abgrenzung und Ergänzung der Therapie“ (Dauer ca. 70 Min.)

PHILIPS
RESPIRONICS

Michael Disque beim MAIK - Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress 2017

WORKSHOP

„Atemwegstherapie mit punktueller perkussionsfreier Sekretolyse auf Schallwellenbasis, eine neue Ära des Sekretmanagements für alle Patienten“

Freddy Schwab, Dymedso

Veranstalter: Dymedso

Referenten: Freddy Schwab

Freitag, 26. Oktober 2018, 15.30 – 17.00 Uhr, Forum 12

Der Dymedso Frequencer läutet eine neue Ära im Bereich des Sekretmanagements ein. Ohne jegliche Perkussion verflüssigt er den Mucus und treibt ihn in den Bronchien nach oben, wo er dann abgehustet oder abgesaugt werden kann. Durch die handliche Bauweise des Frequencers können zielgerichtet Lungenareale behandelt werden. Durch dieses Gesamtkonzept kann die Therapiezeit beim Patienten deutlich verringert werden im Vergleich zu bisherigen Behandlungsmethoden. Da nur Schallwellen im hörbaren Bereich genutzt werden, ist er vom Neonatal- bis zum Erwachsenenbereich im klinischen und häuslichen Umfeld hervorragend einsetzbar.
Referent Freddy Schwab ist im Bereich Respiratory Devices seit mehr als 25 Jahren international in den Bereichen Produktentwicklung, Vermarktung und Vertrieb tätig. Er arbeitete unter anderem für Unternehmen wie Puritan Bennett, Aerogen, eVent Medical, Versamed und GE und war dort im Bereich Beatmungsmedizin, Schlafmedizin und Aerosoltherapie tätig. Seit Anfang des Jahres ist er als Business Development Manager Respiratory Care bei der Firma MedpathGlobal angestellt, die den Dymedso Frequencer weltweit vertreibt.

WORKSHOP

„Reanimation“

Veranstalter: Deutsche Fachpflege Gruppe

Referenten: Armin Willburger und sein Reanimations-Team

Samstag, 27. Oktober 2018, 13.30 – 15 Uhr, Forum 12

Reanimation gehört zu den jährlichen Pflichtfortbildungen in der außerklinischen Intensivpflege. In diesem Workshop wird Reanimation gelehrt, mit der Möglichkeit, selbst alle notwendigen Griffe und Maßnahmen an entsprechenden Reanimationspuppen einzuüben. Armin Willburger und sein kompetentes Reanimations-Team aus dem Allgäu waren schon mehrfach auf dem MAIK. Wie bei den anderen Workshops gibt es auch hier sofort die Teilnahmebescheinigung.

WORKSHOP

„Entwicklung der Intensivpflege bis zur modernen pflegetherapeutischen Versorgung“

DEUTSCHE FACHPFLEGE GRUPPE

Qualität verbindet

Agnetha Radatz

Veranstalter: Deutsche Fachpflege Gruppe

Referentin: Agnetha Radatz

Freitag, 26. Oktober 2018, 13.30 – 15.00 Uhr, Forum 12

Einen außerklinischen Intensivpatienten umfassend zu versorgen, stellt hohe Anforderungen an die Pflegenden. Sie müssen nicht allein absolute Kompetenz in allen Fragen rund um Beatmungsparameter und -modi mitbringen, sondern auch in vielen weiteren Bereichen in der Lage sein, mit klinisch geschärftem Blick adäquate Maßnahmen für den Patienten durchzuführen und zu evaluieren. Insbesondere das Wund-, Schmerz- und Trachealkanülenmanagement stellt für das außerklinische Setting auf verschiedenen Ebenen eine Herausforderung dar.

Basierend auf Erfahrungsberichten aus dem Wundmanagement werden Patienten zum Beispiel auch mit maskierten Wunden in den ambulanten Intensivpflegebereich aufgenommen. Dabei kommt es vor, dass sich das gesamte Ausmaß an Größe, avitalem und infektiösem Gewebe dieser in der Klinik erworbenen Wunden erst im späteren Verlauf der Versorgung zeigt, dem Patienten aber bis dahin unerkannte und zusätzliche Probleme bereitete.

Wenn sich Patienten selbst verbal nicht mehr äußern können und nonverbale Schmerzanzeichen nicht erkannt werden, kann das dazu führen, dass eine adäquate Schmerztherapie für die betroffenen Patienten ausbleibt. Hier hilft es, durch gezielte Aufklärung den Blick sowohl der betreuenden Pflegekräfte, Therapeuten als auch Ärzte darauf zu lenken, die nonverbalen Zeichen zu lesen und entsprechend zu handeln. Beispielhaft gesprochen, können pflegetherapeutische Maßnahmen, die die Wahrnehmung und physiologische Bewegung des Patienten fördern, neben der adäquaten medikamentösen Therapie zur Schmerzreduktion führen und zudem auch potenzielle Gefahren, die für die Bildung von Wunden verantwortlich sind, zumindest hemmen.

Aber nicht allein das Schmerz- und Wundmanagement stellt eine Herausforderung für alle Beteiligten dar. Denn insbesondere das Trachealkanülenmanagement erfordert eine genaue klinische Patientenbeobachtung, der viele Sachverhalte und eine hohe Transdisziplinarität zwischen Pflegekräften, Therapeuten, Ärzten und Providern zugrunde liegen, da andernfalls Ressourcen, aber auch das Erkennen von Problemen bzw. Gefahren für den Patienten unerkannt bleiben können. Zu verfolgende Handlungen sind unter anderem die spezielle und wiederholte Tracheostomainspektion, logopädische und pflege-atemtherapeutische Maßnahmen, die gemeinsam im transdisziplinären Team durchgeführt und für den Patienten regelmäßig evaluiert werden sollten.

Unser Workshop hat das Ziel, anhand ausgiebiger Patientenbeispiele aus der pflegetherapeutischen Praxis von Agnetha Radatz die erwähnten Problematiken und dazugehörigen Lösungen bzw. Möglichkeiten einer ressourcenorientierten pflegetherapeutischen Versorgung aufzuzeigen.

WORKSHOP
„Grundlagen Beatmung“

Veranstalter: ResMed Deutschland GmbH

Referenten: Thomas Hauffe und Michael Zülz

Freitag, 26. Oktober 2018, 11.00 – 12.30 Uhr, Forum 8

Der Workshop „Grundlagen Beatmung“ dient der Klärung der wichtigsten Begriffe in der Beatmung und erläutert Ihnen die Grundlagen der Beatmungstechnik. Er soll Orientierung im Dschungel aus Modi, Werten, Parametern und Abkürzungen bringen. Das Gelernte wird in praktischen Übungen am Beatmungsgerät vertieft. Referenten sind Thomas Hauffe, Fachkrankenpfleger Anästhesie & Intensiv, Physiotherapeut, und Michael Zülz, Gebietsleiter Anwendung & Schulung Mitte-West, beide ResMed Deutschland GmbH.

WORKSHOP
„Know hoff Beatmung“

Veranstalter: ResMed Deutschland GmbH

Referenten: Thomas Hauffe, Michael Zülz, Kathrin Haupt und Dr. Karsten Siemon

Freitag, 26. Oktober 2018, 13.30 – 15.00 Uhr, Forum 8

Der Workshop „Know hoff Beatmung – Fehlersuche und Ihre Fragen rund um die Beatmung“ gibt die Möglichkeit, Fragen an unsere Applikationsspezialisten zu stellen. Referenten sind Thomas Hauffe, Fachkrankenpfleger Anästhesie & Intensiv, Physiotherapeut, Michael Zülz, Gebietsleiter Anwendung & Schulung Mitte-West, beide ResMed Deutschland GmbH, Kathrin Haupt, Wilamed, und Dr. Karsten Siemon, Schmallenberg.

WORKSHOP
„Alarmmanagement & Trouble Shooting“

Veranstalter: ResMed Healthcare

Referenten: Friedemann Ohnmacht, Daniel Hagedorn und Andy Bätz

Freitag, 26. Oktober 2018, 15.30 – 17.00 Uhr, Forum 8

Der Workshop beschäftigt sich mit den praktischen Aspekten von Alarmmeldungen bei Beatmungsgeräten. Die Teilnehmer haben zudem die Möglichkeit zum intensiven Erfahrungsaustausch darüber, wie Alarme erkannt, interpretiert und behoben werden können. Referenten sind Friedemann Ohnmacht, klinischer Trainer in der ResMed Akademie, Daniel Hagedorn, Ventilation Specialist ResMed Healthcare, und Andy Bätz, Ventilation Specialist ResMed Healthcare.

WORKSHOP

„Assistierte Autogene Drainage - aktive Sekretmobilisation in Theorie und Praxis“

Veranstalter: Deutsche Fachpflege Gruppe

Referenten: Maria-Cristina Hallwachs und Ingo Berweiler

Samstag, 27. Oktober 2018, 13.30 – 15.00 Uhr, Forum 14

Die gängigen Maßnahmen für das Sekretmanagement bei außerklinisch invasiv beatmeten Patienten sind die Inhalation und das blinde tracheale Absaugen. Trotzdem kommt es häufig zu Problemen durch Sekretverhalt. Den Teilnehmern des Workshops werden die natürlichen Reinigungsmechanismen der Atemwege erklärt und mit der Assistierten Autogenen Drainage eine einfach anzuwendende und wirkungsvolle Technik zur Mobilisation des Sekrets bei beatmeten wie nicht beatmeten Patienten vorgestellt. Beim gegenseitigen Hands-on kann die Gelegenheit genutzt werden, sie praktisch zu üben und an sich selbst zu erfahren. Legere Kleidung ist daher zu empfehlen.

Ingo Berweiler und Maria-Cristina Hallwachs

Zoe Haringer

WORKSHOP

„Reisen mit Behinderung“

Veranstalter: Deutsche Fachpflege Gruppe

Referenten: Bettina und Zoe Haringer, Elias Dinter und Tomoko Loew sowie Heike von Bodelschwingh

Samstag, 27. Oktober 2018, 11.00 – 12.30 Uhr, Forum 8

Unter der Moderation von Maria-Cristina Hallwachs geht es um das „Reisen mit Behinderung“. Es werden zwar im Rahmen einer Präsentation Bilder von Reisen gezeigt, aber prinzipiell geht es um die bestmögliche Organisation solcher Reisen. Ist man beatmet, auf einen Rollstuhl und vielerlei andere Hilfsmittel angewiesen, muss im Vorfeld eine Menge bedacht und vorbereitet werden. Was nimmt man mit? Was ist vor Ort anders als zuhause? Wie funktioniert das mit der Begleitung? Aus der Sicht einer Mutter und ihres Mädchens mit Querschnittlähmung berichten über ihre Erfahrungen Bettina und Zoe Haringer. Elias Dinter hat bereits eine Schiffsreise in die Vereinigten Staaten hinter sich, über die er vor einigen Jahren beim MAIK berichtet hat. Inzwischen haben er und Tomoko Loew viele weitere Reiseerfahrungen gesammelt, die sie im Workshop beisteuern. Kinderkrankenschwester und Pflegeexpertin für Para- und Tetraplegie Heike von Bodelschwingh hat schon viele Reisen organisiert. Zu ihren Schwerpunktthemen im Rahmen ihrer dozierenden Tätigkeiten gehört auch Reisen mit Beatmung.

Moderatorin Maria-Cristina Hallwachs reist selbst sehr gern und ist seit Jahren beratend tätig.
Mehr zu ihr unter www.leben-mit-beatmung.de

WORKSHOP

„Dysphagie und Kommunikation bei beatmeten Patienten“

Veranstalter: Servona GmbH

Referenten: Norbert Wiegand und Ulrich Birkmann

Freitag, 26. Oktober 2018, 11.00 – 12.30 Uhr, Forum 14

Themeninhalte

- Anatomie und Physiologie der Atemwege
- Anatomie und Physiologie des Schluckens
- Veränderungen nach einer Tracheostomie bzw. Laryngektomie
- Einfluss der Trachealkanüle auf den Schluckakt
- Unterscheidung tracheostomierte und laryngektomierte Patienten?
- Möglichkeiten der stimmlichen Rehabilitation nach Tracheostomie und im Rahmen der Heimbeatmung
- Passy-Muir Sprechventil – Kommunikation unter Beatmung?
- Passy-Muir Ventil als Schluckventil
- SERVOX digital XL – Vorteile und Nutzen für tracheostomierte und beatmete Patienten

Referent Norbert Wiegand (re.) ist aktuell Produktmanager für Tracheostomie und Laryngektomie. Der Fachkrankenpfleger für Innere Medizin und Intensivpflege hat eine Weiterbildung zur Leitung einer Station und war 14 Jahre pflegerisch tätig.
Ulrich Birkmann ist Diplom-Sprachheilpädagoge, Buchautor, zertifizierter FEES-Ausbilder (Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Deutsche Schlaganfall Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie und Arbeitskreis FEES, Gründungsmitglied des „A.D.R. - Arbeitskreis Dysphagie Rheinland“), Lehrbeauftragter und Gutachter für Bachelor- und Masterarbeiten zum Thema „Dysphagie“.

Norbert Wiegand

Gabriele Helms wird mir sehr fehlen

Es hat mich tief getroffen, als ich von dem doch so unerwarteten Tod von Gabriele erfahren habe. Sie war in den vergangenen Jahren für mich eine absolut vertrauensvolle und professionelle Beraterin, sei es bei beruflichen oder persönlichen Entscheidungen. Gabrieles Einschätzung, ihre Fragen, Meinung und Sichtweise haben mir weitergeholfen, wertvolle Anstöße gegeben und mich begleitet. Sie war immer so taff, so klar, ehrlich und geradlinig! Ihre offene und unglaublich hilfsbereite Art war stets mit Herzlichkeit gepaart.
Gabriele war sehr engagiert. Oberste Priorität hatte bei ihr stets, im Sinne der uns anvertrauten Menschen zu agieren. Durch ihren persönlichen und berufspolitischen Einsatz hat sie kontinuierlich an der Verbesserung der Lebens- und Rahmenbedingungen in der außerklinischen Beatmung mitgewirkt. Ihr Tod reißt eine große Lücke. Mir wird Gabriele sehr fehlen.

Meike Grimm
Schatzmeister DIGAB e.V., BÖRGEL GmbH

Gabriele Helms und Meike Grimm

Gabriele Helms - ein toller Mensch ist von uns gegangen

Gabriele Helms

Gabriele Helms ist am 17. August 2018 an den Folgen einer schweren Erkrankung verstorben ist. Die „Beatmungsgemeinde" hat mit ihr einen ganz besonderen Menschen verloren, so schreibt der DIGAB-Vorstand in seinem Nachruf.

„Die gelernte Krankenschwester mit Fachweiterbildung für Anästhesie – und Intensivpflege begann ihre berufliche Tätigkeit im Allgemeinen Krankenhaus Altona in Hamburg. Nach mehrjähriger Tätigkeit auf der Intensivstation wechselte sie als Endoskopieschwester in die renommierte Abteilung für Gastroenterologie von Professor Hagenmüller. Bereits dort engagierte sie sich außergewöhnlich und hielt aufgrund ihrer besonderen Expertise Vorträge auf Kongressen über die Anwendung moderner Endoskopieverfahren. Es war dann ihre Vergangenheit als Intensivschwester, ihre Neigung zur Intensiv- und Beatmungsmedizin und die Suche nach neuen Herausforderungen, die sie veranlassten, zu einem Medizintechnikunternehmen in Norddeutschland zu wechseln und sich von nun an der Versorgung außerklinisch beatmeter Kinder und Erwachsener zu widmen. Diese Arbeit führte sie 1996 zu unserer Fachgesellschaft, die damals noch Arbeitsgemeinschaft Heimbeatmung und Respiratorentwöhnung hieß. Bis zuletzt war sie hier ein engagiertes Mitglied und unterstütze durch ihre fachliche Expertise und außergewöhnlich gute Vernetzung zahlreiche Aktivitäten und Projekte. Beruflich machte Gabriele Helms eine steile Karriere mit Führungspositionen in zwei großen Medizintechnikunternehmen und internationaler Verantwortung. 2011 entschloss sie sich, eine eigene Medizintechnikfirma zu gründen mit dem Ziel, sich im Rahmen eines kleinen Unternehmens persönlich und individuell um die Patienten zu kümmern, immer unter dem Aspekt in jedem Einzelfall eine optimale Versorgung zu erreichen. Diese Einstellung und der unermüdliche Einsatz für das Wohl der Betroffenen und deren Angehörigen machten sie besonders. Bei allen wirtschaftlichen Zwängen stand bei ihr der Mensch und dessen Wohlergehen stets im Vordergrund. Aber mit einer perfekten, verantwortungsvollen Patientenversorgung alleine begnügte Gabriele Helms sich nicht. Von Anbeginn ihrer Tätigkeit in der außerklinischen Beatmung erkannte sie die Notwendigkeit der Ausbildung und Schulung in diesem damals noch jungen medizinischen Bereich. Bis zuletzt setzte sie sich unermüdlich für die Schulung von Pflegepersonal, Atmungstherapeuten, Ärzten, Kassen-, MDK- und MDS-Vertretern in unzähligen Workshops und Vorträgen ein. In vielen Bereichen nahm sie im Laufe der Jahre eine Vorbildfunktion in fachlicher, menschlicher und moralischer Hinsicht ein und hatte immer ein offenes Ohr für Probleme gleich welcher Art, die sie in aller Regel mit ihrer ausgesprochen pragmatischen Einstellung zu lösen pflegte.
Mit Gabriele Helms haben wir ein wertvolles, gradliniges, aber auch kritisches und bis zuletzt lebensfrohes Mitglied unserer ‚Beatmungsgemeinde' verloren."

Auf dem **MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress** war Gabriele Helms ein gern gesehener Gast, der engagiert mitdiskutierte. Kongresspräsident Christoph Jaschke schreibt: „Mit großer Betroffenheit habe ich vom Tod Gabrieles erfahren. Sie war für mich in den letzten 20 Jahren immer eine besondere Begleiterin, die nicht nur durch ihre hohe Fachlichkeit, sondern auch durch ihre liebevolle Herzlichkeit ein ganz außergewöhnlicher Mensch war. Mit Gabriele verlieren wir eine starke Persönlichkeit, die sich aufopferungsvoll für die Betroffenen engagiert hat. Ich bete für sie."

Die erfolgreichste Therapie überhaupt.

Nicht-invasive Beatmung (NIV)

Teil I: Akute Exazerbationen und planbare Operationen

„Beatmung“ ist ein Thema, das meist mit vielen Ängsten und Sorgen verknüpft wird - obwohl die Effektivität dieser therapeutischen Maßnahme nachweislich sehr groß ist. Ziel muss es daher sein, Berührungsängste zu reduzieren und umfassend über die Therapie zu informieren. Aufklärungsarbeit ist dringend notwendig.
Grundsätzlich zu unterscheiden gilt es zwischen der invasiven und der nicht-invasiven Beatmung:
Bei einer **invasiven** Beatmung wird ein direkter Zugang zur Luftröhre ermöglicht. Dies kann über einen Luftröhrenschnitt und das Legen einer sogenannten Trachealkanüle oder über den Rachen und das Einführen des sogenannten Endotracheltubus, einen Schlauch wie er auch bei einer Narkose bei einer Operation gelegt wird, erfolgen.
Bei einer **nicht-invasiven** Beatmung ist das Beatmungsgerät immer mit einem sogenannten Interface, einer Maske auf dem Gesicht, gekoppelt. Unterschiedliche Maskenformen können eingesetzt werden wie z.B. reine Nasen-Masken oder Mund-Masken, aber auch Nase-Mund-Masken, sogenannte Fullface-Masken. Weiterhin werden Totalface-Masken, die das ganze Gesicht bedecken, verwendet oder Beatmungshelme, die vor allem in Italien sehr populär sind, in Deutschland jedoch keine Rolle spielen.
Häufig kommen Patienten zum ersten Mal mit einer Beatmung in Berührung, wenn eine planbare Operation ansteht. Wie verhält es sich, wenn ein Patient mit einer chronischen Lungenerkrankung wie z.B. der COPD operiert werden muss und dabei eine Narkose mit Atemunterstützung erhält? Was sollte man wissen, wenn eine akute Verschlechterung eintritt, die einen Krankenhausaufenthalt notwendig werden lässt?
Im Gespräch mit **Dr. Jens Geiseler**, Leitender Arzt der Medizinischen Klinik IV für Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin des Klinikum Vest in Recklinghausen und Behandlungszentrum der Paracelsus Klinik in Marl, erfahren wir grundsätzliche Informationen zum Thema Beatmung und speziell zur nicht-invasiven Beatmungstherapie. Dr. Geiseler ist Vorstandsmitglied der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung, DIGAB e.V. und des WeanNet, Kompetenznetzwerk pneumologischer Weaningzentren.

Neben den notwendigen und planbaren Operationen, können welche Gründe bei chronischen Lungenerkrankungen wie z.B. der COPD zu einer maschinellen Atemunterstützung mittels Beatmungsgerät führen?
Bei akuten Lungenerkrankungen ist vor allem die Exazerbation, d.h. die akute Verschlechterung zu benennen. Am häufigsten trifft eine Exazerbation sicherlich bei der COPD zu, aber natürlich können auch andere chronische Lungenerkrankungen wie z.B. Lungenfibrose, Bronchiektasen oder insbesondere im Kindes- und Jugendalter auch die Mukoviszidose Verläufe einer akuten Verschlechterung haben.
Zu einer akuten Verschlechterung kann es entweder durch entzündliche Prozesse kommen wie z.B. bei einer Lungenfibrose, oftmals ohne äußere Einflüsse, oder durch Infektionen, ausgelöst durch Viren oder Bakterien, wie z.B. bei einer COPD.
Während Infektionen von Lungengesunden meist ohne größere Probleme überstanden werden, können diese bei einer vorgeschädigten Lunge wie der COPD, Veränderungen auslösen, die zu schweren Störungen des Gasaustauschs, einer schweren Überlastung der Atempumpe und dann zur Beatmungspflichtigkeit führen können.
Eine andere Ursache kann - wenn nicht erkannt - der Pneumothorax sein. Auch wenn der Pneumothorax nicht unmittelbar eine Beatmung notwendig werden lässt, so kann es sekundär infolge der Versorgung mit Drainageschlauch, Bettruhe, wenig Hustenreiz durch Schmerzen, zu einer Sekretproblematik kommen und infolgedessen zu einer Beatmung.
Hinweis: Ein Pneumothorax entsteht, wenn sich zwischen Lunge und Brustwand, im sogenannten Pleuraspalt zwischen den beiden Schichten des Brustfells, Luft ansammelt. Dadurch fällt ein Lungenflügel teilweise oder vollständig zusammen; manchmal sind auch beide Lungenflügel betroffen. Eine Luftansammlung eines Pneumothorax kann spontan durch das Platzen von Alveolen (Lungenbläschen) auftreten. Rauchen ist ein wichtiger Risikofaktor, der die Entstehung eines Pneumothorax begünstigt.

Nicht bei jeder Exazerbation erfolgt eine stationäre Aufnahme in ein Krankenhaus. Und auch wenn der Patient in ein Krankenhaus kommt, ist dies nicht zwangsläufig mit der Notwendigkeit einer Beatmung verbunden. Wann wird jedoch eine Beatmung erforderlich?
In der Regel treten Exazerbationen bei Patienten mit einer COPD zwischen ein- und viermal pro Jahr auf. Wobei wichtig zu wissen ist, dass Exazerbationen in allen Stadien der COPD auftreten können.
Allerdings kann man sagen, je schwerer die Krankheitsstadien sind, desto höher ist das Risiko, dass eher mehr Exazerbationen auftreten. Rauchen und die Nichteinhaltung der Therapie können die Entwicklung von Exazerbationen fördern.
Führt eine Exazerbation zu einer so starken Atemnot, dass der Notarzt kommt oder man ins Krankenhaus geht, hat die Durchführung einer Blutgasanalyse absolut oberste Priorität. Die Blutgasanalyse muss dabei entweder aus arteriellem (Blutentnahme aus der Armbeuge) oder aus kapillärem Blut des Ohrläppchens oder der Fingerbeere erfolgen. Eine venöse Blutgasanalyse mittels Fingerclip ist keinesfalls ausreichend.
Anhand der Blutgasanalyse kann dann eine Einschätzung erfolgen, ob eine Beatmung notwendig ist. Wird ein erhöhtes CO_2 (Kohlendioxid) und gleichzeitig ein erniedrigter ph-Wert festgestellt, liegt eine sogenannte akute respiratorische Azidose - eine durch die Atmung verursachte Übersäuerung des Blutes vor.
Eine akute respiratorische Azidose macht die Durchführung einer nicht-invasiven Beatmung erforderlich.

Smarte Mundstückbeatmung

Mit dem **Software-Update R6** wurde die bewährte Beatmungsperformance der **Astral™ Serie** um die Mundstückbeatmung über einen Leckageschlauch ergänzt. Die Kombination aus neuem **Touch-Trigger** und bewährten Standard-Triggerstufen bietet jetzt **mehr Patienten** den Zugang zu effektiver und unauffälliger Mundstückbeatmung.

Erfahren Sie mehr über das neue Software-Update Release 6 auf resmed.com

ResMed

Nicht-invasive Beatmung - eine der erfolgreichsten Therapien überhaupt.

Aufgrund vielfältiger Studiendaten wissen wir, dass mit der nicht-invasiven Maskenbeatmung (NIV) eine Therapie zur Verfügung steht, die so erfolgreich ist, wie keine andere medikamentöse Therapie bei den meisten Erkrankungen.

Einige Beispiele können dies verdeutlichen:

In der Wissenschaft wird oftmals eine statistische Maßzahl verwendet, im Englischen als „number needed to treat" bezeichnet oder auf Deutsch „notwendige Anzahl von Anwendungen". Damit wird festgestellt, wie viele Patienten mit einer Methode täglich ein Jahr lang behandelt werden müssen, um ein Ereignis zu verhindern.

Bei z.B. dem Einsatz von Aspirin nach Herzinfarkt liegt die Zahl bei 60. Was bedeutet: Nehmen 60 Patienten jeden Tag ein Aspirin nach einem durchgemachten Herzinfarkt ein, tritt in dieser Patientengruppe ein Herzinfarkt weniger auf als in einer gleichgroßen Vergleichsgruppe mit Patienten, die kein Aspirin einnehmen.

Eine relativ hohe Zahl, bedenkt man, dass bei sogenannten Blutfettsenkern die Zahl zwischen 2 - 300 liegt. Werden Fettsenker zur Primärprävention eingesetzt, also bereits bei Vorliegen eines hohen Cholesterins ohne Herzinfarkt, liegt die Zahl bei 600.

Aktuelle Daten dokumentieren, dass bei einer akuten Exazerbation bei Patienten mit COPD und einem vorliegenden hohen CO_2- und einem niedrigen ph-Wert, 11 Patienten behandelt werden müssen, damit ein Todesfall verhindert werden kann. Wissenschaftlich gesehen bedeutet dies eine ungeheuer hohe Wirksamkeit.

Tatsächlich liegt nur bei maximal etwa 10 % der Patienten, die mit einer akuten Exazerbation bei COPD ins Krankenhaus kommen, ein hoher CO_2-Wert vor. Wobei naturgemäß der Prozentsatz in pneumologischen Kliniken etwas höher ist.

Werden diese Patienten nach erfolgter Blutgasanalyse mit einer nicht-invasiven Maskenbeatmung beatmet, kann die Wahrscheinlichkeit, dass eine invasive Beatmung mittels Tubus auf einer Intensivstation in Narkose notwendig wird, um den Faktor 4 gesenkt werden.

Lediglich bei ca. 20 % der Patienten wissen wir, dass eine Beatmung mittels Maske nicht möglich ist. Hierfür können verschiedene Gründe Ursache sein wie z.B. Begleiterkrankungen (Komorbiditäten), Kreislauf- oder Herzschwäche, Sekretprobleme oder die Entwicklung einer Lungenentzündung.

Aufgrund seiner hohen Wirksamkeit sollte die nicht-invasive Beatmung in jedem Krankenhaus 24 Stunden an 7 Tagen der Woche zur Verfügung stehen. Amerikaner sprechen von twentyfourseven – oder 24/7 - der ständigen Verfügbarkeit einer Leistung. Leider wissen wir jedoch, dass die Realität anders ist und in vielen Krankenhäusern die nicht-invasive Beatmung nicht kontinuierlich zur Verfügung steht.

Die Gründe hierfür sind vielfältig und zurückzuführen auf den bestehenden Kostendruck, die notwendige, aber fehlende Ausbildung des medizinischen Teams und fehlendes Equipment, wie z.B. die Vorrätigkeit verschiedener Maskenmodelle.

Auch von der Blutgasanalyse wissen wir, dass diese in vielen Krankenhäusern nicht zum Standardrepertoire gehört. Nicht selten kommen Patienten - aufgrund der fehlenden Diagnostik -, obwohl beatmungspflichtig, auf die Normalstation. Dort verschlechtert sich ihr Zustand und die Patienten werden primär intubationspflichtig, da das CO_2 zu hoch ist, sie ins Koma verfallen und keine andere Möglichkeit mehr besteht, als invasiv zu beatmen.

In diesem Zusammenhang wichtig zu wissen ist auch, dass bereits in frühen Stadien der COPD die CO_2-Werte während einer akuten Exazerbation sehr hoch sein können.

Patienten kann ich also nur dringend anraten, sich im Krankenhaus mit einer Blutgasanalyse per Sättigungsclip nicht zufrieden zu geben.

Fordern Sie die Durchführung einer arteriellen oder kappilären Blutgasanalyse ein!

Kann ich mich bei einer planbaren Operation, ohne eine akute Exazerbation, vorbereiten? Was ist wichtig zu wissen, was kann man tun?

Das Erste ist: die Erkrankung muss bekannt sein, adäquat diagnostiziert und behandelt werden. Durch viele Studien wissen wir, dass in Deutschland nur etwa 50% der COPD-Patienten tatsächlich von einem Lungenfacharzt behandelt werden.

Alle weiteren Patienten werden durch den Hausarzt aufgrund einer einfachen Lungenvolumenmessung, der Spirometrie, behandelt. Viele Patienten sind somit unterdiagnostiziert. Bei Patienten mit Atemwegs- und Lungenerkrankungen wie der COPD ist daher rechtzeitig im Vorfeld einer geplanten Operation die Einbeziehung und Untersuchung durch einen Lungenfacharzt dringend zu empfehlen.

Was Sie darüber hinaus wissen sollten:

- Informieren Sie den Anästhesisten / den Chirurgen über Ihre Erkrankung, das Krankheitsstadium und Ihre individuelle Symptomatik und Situation.
- Informieren Sie ggf. über Ihr Sekretverhalten, Probleme beim Abhusten etc. – eine intensivere Physiotherapie, auch auf der Intensivstation, kann notwendig werden.
- Operationen, die die Atemmechanik belasten, wie z.B. im Bauch-, Brustwandbereich oder der Wirbelsäule, können die Einatemkapazität einschränken und das Lungenvolumen verändern.

Nach einer Bauch-Operation kann es z.B. zu einem geblähten Bauch kommen, bei einer Operation im Brustbereich zu Schmerzen und zu Störungen der Atemmechnanik, was wiederum das Lungenvolumen verändern bzw. erheblich reduzieren kann und möglicherweise andere Inhalationsgeräte oder Hilfsmittel notwendig werden lässt.

Informieren Sie den Anästhesisten über ein vorliegendes Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom und dessen Therapie.

Nach einer Operation kann durch die häufig notwendige Rückenlage und durch die Atemantriebs- und auch Muskeltonus-dämpfenden Schmerzmittel eine deutliche Verstärkung des obstruktiven Schlafpnoe-Syndroms auf einer Intensivstation auftreten. Nach der Extubation (Entfernen des Tubus) muss unmittelbar nach der Operation eine CPAP-Maskentherapie des Schlafapnoe-Syndroms angewendet werden, um Entsättgungen und die Notwendigkeit einer invasiven Beatmung zu vermeiden.

Beachten Sie: Bei Verdacht auf ein Schlafapnoe-Syndrom sollte vor der geplanten Operation unbedingt eine ambulante Schlaflabor-Diagnostik mittels Polygraphie durchgeführt werden.

Wichtig ist, dass der Patient den Austausch der Informationen unterstützt. In COPD-Schulungsprogrammen wie z.B. COBRA wird aktiv das Selbstmanagement des Patienten gefördert und gefordert. Gerade bei geplanten Risikountersuchungen oder Operationen ist es von entscheidender Bedeutung, dass der Patient über seine Erkrankung informiert ist, wichtige Unterlagen zur Verfügung hat und diese mit den behandelnden Ärzten bespricht.

Auch sollten Patienten sich nicht scheuen, aktiv nachzufragen, welche Erfahrungen und pneumologische Kompetenzen in einem Krankenhaus vorhanden sind.

Dr. Jens Geiseler

Der Beitrag - Nicht-invasive Beatmung wurde in der Herbstausgabe III/2016 veröffentlicht,
Quelle: www.patienten-bibliothek.de

Mehr Sicherheit und Intimsphäre

Flexible Rufsysteme haben in der häuslichen Intensivpflege eine immer größere Bedeutung, schreibt Christoph Jo. Müller aus Pforzheim. Sie seien vor allem wichtig, da intensivpflegebedürftige Menschen häufig über keine oder wenig zuverlässige, sichere Möglichkeit verfügen, Angehörige oder Pflegekräfte zu rufen. Dabei geht es nicht um den sogenannten Hausnotruf, der externe Kräfte ruft, sondern um eine Rufmöglichkeit innerhalb der häuslichen Umgebung.

Nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch lebenswichtige Geräte, wie Beatmungsgeräte oder Pulsoxymeter, verfügen über keine zuverlässige Signalisierungsmöglichkeit über das Zimmer hinaus. Rufe zuverlässig absetzen zu können, ist fundamental wichtig für das Sicherheitsgefühl und auch die Intimsphäre, beispielsweise für vertrauliche Telefonate. Ein zuverlässiges Pflegerufsystem im häuslichen Bereich sollte unbedingt die Norm DIN VDE 0834 erfüllen, die die Überwachung des Systems und vor allem das Quittieren des Rufs definiert.

Außerdem muss die Ansteuerung flexibel an die Bedürfnisse des Betroffenen angepasst werden können, z.B. über Näherungssensoren, Saugen/Blasen, Taster etc..
Der Anschluss von Beatmungsgeräten und Pulsoxymetern über spezielle Interface-Kabel kann sicherstellen, dass im Notfall per Funk, auch z.B. in einer Pausensituation von Pflegekräften, die Signalisierung auch über Räume hinweg oder auf den Balkon oder in den Garten sicher übertragen wird.
Die häufig eingesetzten Babyfone sind für diesen Einsatz völlig ungeeignet und sogar gefährlich. Häufig wird weder die Reichweite noch der Akkuzustand überwacht. In seinem Vortrag „Mehr Sicherheit und Intimsphäre – Bedeutung flexibler Rufsysteme in der häuslichen Intensivpflege“ zeigt Müller auf dem MAIK, wie solche flexiblen Rufsysteme im häuslichen Bereich eingesetzt werden können, wie die Ansteuerung mit unterschiedlichen Sensoren funktioniert und der Betrieb einfach umgesetzt werden kann.

Christoph Jo. Müller

Bessere Versorgung von COPD-Patienten

Am 1. März 2018 startete das Projekt „Digitales Therapieunterstützungssystem in der außerklinischen Beatmung bei COPD-Patienten“, kurz DIGIVENT. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) fördert das Vorhaben zum Thema „Medizintechnische Lösungen für eine digitale Gesundheitsversorgung“.

Das Projekt DIGIVENT hat das Ziel, ein innovatives System für die Therapieunterstützung in der häuslichen Beatmung von Patienten mit chronisch-obstruktiver Lungenerkrankung (COPD) zu entwickeln. Unter der Koordination der Philips GmbH Innovative Technologies Aachen wird das Projekt in den nächsten drei Jahren zusammen mit der Klinik für Pneumologie und Internistische Intensivmedizin an der Uniklinik RWTH Aachen, dem Fachbereich Informatik der Fachhochschule Dortmund und der KAIROS GmbH durchgeführt.

Digitale Innovationen können Versorgungsengpässen entgegenwirken

Schätzungen zufolge wird die COPD bis zum Jahr 2030 die dritthäufigste Todesursache sein.[1] Schon jetzt leiden über 250 Millionen Menschen weltweit an der nicht reversiblen Verengung der Atemwege.[2] In Europa entstehen durch die Behandlung und durch Produktivitätsausfälle Kosten in Höhe von 48,4 Milliarden Euro jährlich.[3] Die nichtinvasive Beatmung (NIV) stellt eine nichtmedikamentöse Behandlungsoption für einen Teil der COPD-Patienten im fortgeschrittenen Stadium dar. Sie kann die Lebensqualität und das Langzeitüberleben verbessern. Die neuen Erkenntnisse über die Wirksamkeit der NIV bei einem ausgewählten Patientenkollektiv, der damit verbundene zu erwartende Zuwachs an Patienten, die eine NIV verordnet bekommen, und der jetzt schon spürbare Fachkräftemangel könnten zu einem gesundheitspolitischen Problem werden. Um diesen Herausforderungen zu begegnen, sind innovative digitale Lösungen gefragt. „Mit DIGIVENT wollen wir eine Lösung entwickeln, die eine leitliniengerechte Einleitung und Kontrolle der nichtinvasiven Beatmung bei COPD-Patienten außerhalb der Klinik unterstützt und damit auch in Zukunft eine ausreichende und hochwertige Versorgung ermöglicht“, erklärt Thomas Vollmer, Senior Scientist bei der Philips GmbH Innovative Technologies Aachen und Projektkoordinator.

Studien belegen Vorteile der NIV bei COPD

Zahlreiche wissenschaftliche Untersuchungen belegen die Bedeutung der NIV als Therapieoption für COPD-Patienten. So zeigte eine von Royal Philips unterstützte britische Studie aus dem Jahr 2017, dass COPD-Patienten mit persistierender Hyperkapnie nach einer lebensbedrohlichen Exazerbation von der häuslichen NIV profitieren. Das Risiko, innerhalb der nächsten zwölf Monate wieder stationär behandelt werden zu müssen oder zu versterben, war bei der Gruppe mit Langzeit-Sauerstofftherapie plus NIV um 17 % geringer als bei der Gruppe, die nur Sauerstoff bekam; das Risiko für eine erneute Exazerbation war um 25 % reduziert.[4]

Leitlinie plädiert für sektorenübergreifende Betreuung und Vernetzung

Noch finden die Einleitung und Kontrolle der NIV im Rahmen eines mehrtägigen stationären Aufenthalts im Krankenhaus statt. In der S2k-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz - Revision 2017“ heißt es allerdings, dass „eine sektorenübergreifende Betreuung außerklinisch beatmeter Patienten grundsätzlich wünschenswert“ sei.[5] Hier setzt das Projekt DIGIVENT an. „DIGIVENT soll untersuchen, ob die Einleitung und Kontrolle einer NIV bei COPD-Patienten zukünftig durch medizinisches Personal außerhalb der Klinik unter tele-

medizinischer ärztlicher Aufsicht durchzuführen ist“, so Univ.-Prof. Dr. med. Michael Dreher, Direktor der Klinik für Pneumologie und internistische Intensivmedizin der Uniklinik RWTH Aachen und Initiator des Projekts.

www.philips.de

Links:

[1] http://www.who.int/respiratory/copd/World_Health_Statistics_2008/en/
[2] Global Burden of Disease Study 2016, http://ghdx.healthdata.org/gbd-2016
[3] European Lung White Book. The cost of respiratory disease, www.erswhitebook.org/chapters/the-economic-burden-of-lung-disease/
[4] Murphy, Patrick B. et. al.: Effect of home noninvasive ventilation with oxygen therapy vs oxygen therapy alone on hospital readmission or death after an acute COPD exacerbation. A randomized clinical trial. JAMA, 2017. https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2627985
[5] https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-008l_S2k_NIV_Nichtinvasive_invasive_Beatumung_Insuffizienz_2017-10.pdf, Kap. 5.4

Univ.-Prof. Dr. med. Michael Dreher

Er war dem Sterben näher als dem Leben – und kann jetzt wieder eigenständig atmen

Achim Strack strahlt pure Lebensfreude aus. Sein Tracheostoma wurde entfernt, der Luftröhrenschnitt verschlossen und er ist als geheilt nach Hause entlassen worden. Monica Esteve, Pflegedienstleitung der Mobilen Alten- und Krankenpflege in Bad Arolsen, einer Tochtergesellschaft der Deutsche Fachpflege Gruppe, hat ihn bis dahin begleitet.

Noch bis vor Kurzem stand das Leben des heute 50-jährigen auf dem Spiel. Er war zwei oder drei Jahre alt, lief nicht, krabbelte immer nur, was seine Mutter mit der Zeit unruhig werden ließ. Also ging sie mit ihm zum Arzt – und der stellte fest, dass ihr Junge an Muskeldystrophie Duchenne leidet.
Bis zu seinem 11. Lebensjahr konnte er laufen, dann landete er doch im Rollstuhl. „Ich bin mit der Schule in den Urlaub gefahren und die Betreuer meinten, ich solle den Rollstuhl mitnehmen, weil es dort bergig wäre. Das habe ich auch getan und saß dann drei Wochen drin“, erzählt er. Als er wieder nach Hause kommt, kann er nicht mehr laufen, denn seine Muskeln hatten sich in dieser Zeit zurückgezogen. „Was einmal weg ist, ist weg, das kann man nicht wieder aufbauen“, erklärt er trocken. Gemerkt habe er das nicht so sehr, denn er kam immer schnell dahin, wo er hinwollte, war immer integriert, konnte alles. Außer eben laufen. „Ich bin nur noch gesessen, konnte mich aber bewegen, auch wenn mir das eine oder andere ein bisschen schwerer fiel. Ich habe dann auch eine Ausbildung zum Teilzeichner gemacht, die IHK Prüfung abgelegt – und dort meine spätere Lebensgefährtin kennengelernt.“ Mit der er direkt zusammenzog, später einen Sohn bekam und sich 20 Jahre lang komplett allein um den Haushalt kümmerte. Bis sich im März dieses Jahres alles änderte.
Eines nachts ging es Achim Strack so schlecht, dass er ein Taxi rief und ins Krankenhaus fuhr. Dort angekommen, versetzte man ihn umgehend ins Koma: „Ich hatte eine schwere Lungenentzündung, und wenn ich in der Nacht nicht in die Klinik gefahren wäre, hätte ich sie nicht überlebt“, hatte man ihm später im Krankenhaus gesagt.
Als Monica Esteve, Pflegedienstleitung der Mobilen Alten- und Krankenpflege in Bad Arolsen, einer Tochtergesellschaft der Deutsche Fachpflege Gruppe, Achim Strack später kennengelernte, sagte sie ihm: „So, Sie kommen jetzt mit zu mir.“ Gesagt, getan – er zog in eine Wohngemeinschaft in Vellmar ein. „Er war dem Sterben näher als dem Leben, konnte weder atmen noch schlucken und demzufolge auch nicht essen“, erklärt Monica Esteve seine Situation. Er hatte eine Trachealkanüle, hing an der Beatmungsmaschine und wurde über eine Sonde ernährt. Monica Esteve und ihr Team aber nahmen alle Zeichen wahr und förderten ihn: „Er machte enorm gute Fortschritte, und als er wieder schlucken konnte, bekam er ein Täfelchen ‚After Eight‘, was für ihn ein unbeschreibliches Erlebnis war. Nur noch getoppt von dem selbstgemachten Burger, den er sich gewünscht hatte.“
Vier Monate später wurde sein Tracheostoma entfernt, der Schnitt verschlossen und Achim Strack als geheilt nach Hause entlassen. „Die Betreuung in Vellmar war echt super, und wieder nach Hause zu kommen, hat mir erst ein bisschen Angst gemacht. Klar war das ein schönes Gefühl, aber eben auch verbunden mit Angst“, erzählt er. Mittlerweile hat ihn der Alltag wieder. Zwar ist er nicht an die Beatmungsmaschine angeschlossen, aber Blutdruck und Sauerstoff werden regelmäßig gemessen. Sollte der Sauerstoff abfallen, wird er gewarnt: „Dann komme ich halt wieder an den Sauerstoff, das haben wir ja alles da. Wir genießen unser Leben.“
Das Gespräch mit Herrn Strack führte am 8.9.2018 Stefanie Baiter

Sprechen in der Weaningphase

Bianca Moldenhauer und Matthias Höver beschreiben in ihrem Artikel, warum während des Weanings Patienten oft trotz geeigneter Hilfsmittel wie z.B. Sprechaufsatz oder Passy muir Ventil nicht sprechen können. Sie stellen eine professionelle Herangehensweise vor, wie man hier Abhilfe schaffen kann.

Die verbale Kommunikation ist ein essenzielles Bedürfnis des Menschen. Eine Einschränkung in diesem Bereich, unerheblich der Ursache, wird als extreme Einschränkung empfunden. Im außerklinischen Bereich ist es deshalb ein fortwährender Prozess, die Sprechmöglichkeit sowie die Sprache zu ermöglichen, zu verbessern und zu erhalten. Obwohl insbesondere die Atmungstherapeuten sich um diese Thematik kümmern, gibt es noch keine flächendeckenden Vorgehensweisen in der Weaningphase.

Die Weaningphase ist für den beatmeten Patienten mit sehr viel Stress und auch sehr vielen Ängsten verbunden. Insbesondere, wenn es um ein prolongiertes Weaning geht, ist eine gute wechselseitige Kommunikation von Bedeutung. Ausgehend von der Überlegung, dass eine verbesserte Kommunikationsmöglichkeit sowohl den Stresslevel senken als auch die Ängste reduzieren kann, ist gerade in dieser Phase die Notwendigkeit vorhanden, wenigstens temporär dem Betroffenen eine verbale Kommunikation zu ermöglichen. Insbesondere auch vor dem Hintergrund, dass gerade Weaningpatienten häufig schon lange Krankenhausaufenthalte hinter sich haben und psychisch niedergeschlagen sind, gewinnt die Möglichkeit, sprechen zu können, eine ganz neue Dimension. Problematisch hierbei ist aber, dass der Zwischenraum zwischen der Trachealwand und dem Außendurchmesser der Trachealkanüle extrem schmal ist, in der Regel sehr wenige mm (ID 10 mm, OD 14 mm, Tracheadurchmesser 18 mm, ergibt einen nur 2 mm breiten Ring zwischen Außenwand der Kanüle und Trachea). Ein entblockter Cuff liegt deshalb weiterhin an der Trachealwand an. Die beim Entblocken entstandenen Falten können die Trachea reizen und sich negativ auf die Stimmbildung auswirken.

Bereits 2010 haben John McCracken und David Leasa im Critical Care (McCracken J, Leasa D: Tracheostomy tubes designed to maximize safety may increase risk to ventilated patients. Critical Care 2010, 14:1008) darauf hingewiesen, dass sich die Faltenbildung bei einem Luftcuff negativ auf den Weaningprozess auswirken kann.

Deshalb ist es ein immer wieder auftretendes Problem während des Weanings, dass Patienten trotz geeigneter Hilfsmittel, wie z.B. Sprechaufsatz oder Passy muir Ventil, nicht sprechen können. Auch das Umkanülieren auf eine kleinere Trachealkanülengröße bringt häufig nicht den gewünschten Erfolg.

Sehr vielversprechend ist hier eine spezielle Cuffform, der TTS oder Aquacuff. Diese Kanülenart hat einen im Durchmesser immer klar definierten Cuff an einer flexiblen Trachealkanüle. Der Aquacuff ermöglicht neben dem geblockten Zustand und dem ungeblockten Zustand auch alle Bereiche dazwischen mit einem definierten Durchmesser.

Matthias Höver

Laut John McCracken und David Leasa erlaubt dieser tight to shaft Cuff den Pflegekräften die Vorteile des physiologischen Atemwegs schon früh im Weaning (besser) zu nutzen, was die Komplikationsrate im prolongierten Weaning verringern kann. Dies bezieht sich auch auf die Möglichkeit, schon sehr frühzeitig zu sprechen.
Selbst Patienten, die keine Spontanatmungsphasen schaffen und 24/7 die Unterstützung des Beatmungsgeräts benötigen, können von dieser Trachealkanüle profitieren. Durch die exakt definierbare Menge an H_2O, die sich im Cuff befindet und die teilweise entfernt werden kann, wird eine Beatmungsunterstützung gewährleistet und trotzdem ein Sprechen ermöglicht.
Eine Minimalleckage wird durch das Beatmungsgerät kompensiert.
Vor diesem Hintergrund kann eine Umversorgung auf eine Bivona®TTS™ Tracheostomiekanüle eine gute Alternative und Lösung sein. Der Vorteil der Bivona®TTS™ liegt aber auch darin, dass der Cuff beim teilweisen Entblocken, anders als bei den luftgeblockten Trachealkanülen, keine Falten bildet und das Lumen neben dem Cuff maximal groß ist. So müssen die Patienten deutlich weniger Kraft aufbringen, um die Ausatemluft an der Trachealkanüle vorbeizudrücken, um Sprechen zu können. So haben auch Patienten mit deutlich geminderter Atemmuskelkraft eine größere Wahrscheinlichkeit, verständlich Sprechen zu können.
Ein Fallbeispiel der Weaningstation aus dem KRH-Klinikum Siloah in Hannover betrifft eine junge Frau mit angeborener Myopathie und chronischer respiratorischer Insuffizienz. Nach einem monatelangen Klinikaufenthalt mit diversen Komplikationen und einer 24 Stunden Beatmungspflichtigkeit, war ihr größter Wunsch, sprechen zu können. Diverse Versuche mit downsizing, speziellen Sprechventilen und Ähnlichem wurden vonseiten der Patientin aufgrund der benötigten Atemarbeit nicht toleriert.
Erst die Testung der Bivona®TTS™ mit einer leichten Teilentblockung von 3 ml Aqua brachte das gewünschte Ergebnis mit einer klaren und deutlichen Sprache. Aktuell ist die Patientin zu Hause bei ihrer Familie, wird durch einen Intensivpflegedienst betreut und spricht tagsüber unter Beatmung.
Bei einem weiteren Patienten, der unter ungewollter „Sprachlosigkeit“ litt, zog sich das Weaning deutlich in die Länge. Die Umstellung auf die Bivona®TTS™ brachte ebenfalls ein verblüffendes Ergebnis. Der Patient konnte mit dieser Trachealkanüle sprechen! Für ihn bedeutete das „Sprechen können“ einen maximalen Zuwachs an Lebensqualität. Seine Zuversicht in das Gelingen des Weanings nahm zu und auch der Weaningprozess kam nun zügig voran.
Es scheint so zu sein, dass die Patienten deutlich weniger Kraft aufwenden müssen, um die Luft zum Sprechen am Cuff vorbeizudrücken. Dies könnte gerade auch neuromuskulär erkrankten und beatmeten Patienten helfen.
Die folgende professionelle Herangehensweise an dieses Thema haben die Fallbeispiele mehr als bestätigt. Das Ergebnis wurde auf dem Kongress der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung DIGAB e.V. 2018 in Hannover vorgestellt.

Bianca Moldenhauer,
Atmungstherapeutin, KRH-Klinikum Siloah Hannover
Matthias Höver,
Clinical Field Trainer, smiths medical Deutschland GmbH

Bianca Moldenhauer

Im Elektrorollstuhl durch die „Stadt der Liebe“

Letztes Jahr hat Lisa Steffen über ihre Reise nach Mallorca berichtet. In diesem Jahr besuchte sie Paris. Das war im Elektrorollstuhl nicht immer ganz einfach. Eine gute Vorbereitung und ein tolles Team, das einen begleitet, sind wichtig. So waren es trotz kleiner Pannen drei wunderschöne Tage.

Schon die Reiseplanung gestaltete sich schwierig, da weder ich noch jemand aus meinem Pflegeteam Französisch spricht. Per E-Mail machte ich mich über Wochen auf die Suche nach einem Hotel im Zentrum von Paris, das für einen Elektrorollstuhl geeignet sein könnte. Von den insgesamt knapp 50 angefragten Hotels antworteten mir schließlich leider nur drei Hotels. Von denen kamen wiederum zwei nicht in Frage. Bei dem einen war der Aufzug viel zu klein, bei dem anderen die Tiefgarage zu niedrig für unseren Van. Das letzte Hotel erfüllte alle Anforderungen und so hatten wir endlich unsere Unterkunft gefunden. Am 28. Juni 2018 hieß es „Paris wir kommen“. Mein lang ersehnter Wunsch, einmal am weltberühmten Eiffelturm zu stehen, würde endlich in Erfüllung gehen.

Vor Aufregung konnte ich in der Nacht vor unserem Aufbruch um 6.00 Uhr morgens kaum schlafen und stand voller Vorfreude auf. Nachdem meine drei Assistentinnen angekommen waren und unser Auto bis unters Dach vollgestopft war, ging unsere knapp 6-stündige Fahrt los. Mitten im Feierabendverkehr erreichten wir Paris. Das Chaos war perfekt. Überall hupende Autos, Busse und Rollerfahrer, die sich wild fluchend zwischen den Autos hindurch quetschten, und die uns zu verstehen gaben, wir sollten doch bitte die Außenspiegel einklappen. Wir waren heilfroh, als wir nach langen fünf Kilometern unser Hotel erreicht hatten. Das Hotelpersonal war überaus freundlich und sofort kam ein Hotelpage, der uns unsere Koffer auf unsere beiden Zimmer (ein rollstuhlgerechtes Doppelzimmer und ein normales Doppelzimmer) brachte und unser Auto in eine nahegelegene Tiefgarage fuhr. In unseren Zimmern angekommen, bauten wir zuerst meine ganzen Gerätschaften am Bett auf, dann aber

Lisa Steffen vor dem Riesenrad in Paris

ging's endlich Richtung Eiffelturm. Ich konnte es kaum erwarten!
Seit den vielen Terroranschlägen ist die ganze Stadt in einem Ausnahmezustand. Dies merkt man leider auch am Eiffelturm. Wo früher eine wunderschöne frei zugängliche Parkanlage war, sind heute überall Absperrzäune und Kontrollschleusen. Fast wie am Flughafen. Zusätzlich stehen überall Soldaten mit Maschinengewehren. Dadurch geht viel von dem schönen Flair verloren. Man merkt, dass die Menschen in Paris wahnsinnige Angst vor einem erneuten Terroranschlag haben und als Tourist fühlt man sich durch diese Maßnahmen doch sehr viel sicherer. Vom Eiffelturm waren wir sehr beeindruckt. Was für ein gigantisches Bauwerk! Natürlich wollten wir die Aussicht auch von oben genießen. Das ist das Schöne an Paris, dass man als Rollstuhlfahrer an keiner Sehenswürdigkeit anstehen muss, sondern mit seinen Begleitpersonen einfach links an der Warteschlange vorbeirollen kann. In einem riesengroßen Aufzug ging es bis zur zweiten Aussichtsplattform, weiter hoch darf man als Rollstuhlfahrer aus Sicherheitsgründen nicht. Aber auch von dort aus hat man eine geniale Aussicht über die „Stadt der Liebe".
Nach dem Abendessen in einem netten Lokal machten wir uns auf zu der vorab gebuchten Seine-Rundfahrt. Das Schiff war problemlos mit dem Elektrorollstuhl befahrbar und auch das Personal war wieder sehr freundlich und hilfsbereit. Die Rundfahrt dauerte eine Stunde und hat sich sehr gelohnt. Den Abend ließen wir an der Seine mit einem wunderschönen Blick auf den beleuchteten Eiffelturm ausklingen.
Der nächste Tag begann mit einer Stadtrundfahrt im klimatisierten Bus des Foxy Busunternehmens. Er war problemlos mit meinem Elektrorollstuhl über eine ausklappbare Rampe befahrbar. Und dann ging es quer durch die ganze Stadt. Unseren ersten Stopp machten wir am berühmten Kunstmuseum „Louvre" mit der beeindruckenden Glaspyramide. Dann schlenderten wir durch den gegenüberliegenden Park, den „Jardin des Tuileries", wo es überall gemütliche Sitzgelegenheiten gab. Neben dem Park entdeckten wir eine kleine Kirmes mit einem großen Riesenrad. Und es gab tatsächlich auch eine breitere Gondel extra für Rollstuhlfahrer! Da ich in meinem Leben noch nie Riesenrad gefahren bin, überlegten wir nicht lange und stiegen ein. Drei Runden lang konnten wir die schöne Aussicht über die Stadt genießen. Es war ein richtig tolles Erlebnis für mich. Anschließend ging es mit dem Sightseeing-Bus weiter zur berühmten Kathedrale „Notre-Dame". Auch hier konnten wir wieder an der Warteschlange vorbei in die Kirche gehen, wo wir Kerzen anzündeten und alles betrachteten.
Dann ruhten wir uns in unseren klimatisierten Hotelzimmern ein wenig aus, denn die Außentemperatur lag bei gefühlten 35 Grad. Den Abend genossen wir bei einer Pizza und einem kalten Eistee, während wir die Glitzershow des Eiffelturms zur vollen Stunde in der Dämmerung betrachteten.
Am dritten Tag wollten wir „Sacré Coeur" besichtigen und anschließend in das Künstlerviertel „Montmartre". Da aber kein Linienbus und auch kein Sightseeing-Bus dorthin fuhren, fragten wir an der Rezeption nach einem Rollstuhltaxi. Nach kurzer Wartezeit stand ein kleiner Van mit Klapprampe vor dem Hotel und brachte uns zur berühmten Basilika. Das größte Problem in diesem Stadtviertel ist für Rollstuhlfahrer das grobe Kopfsteinpflaster. Wir kämpften uns bis zur Kirche durch und besichtigten sie ausgiebig. Da die Kirche „Sacré Coeur" auf einem Hügel liegt, hatten wir einen tollen Ausblick über Paris. Weiter ging's über das grobe Kopfsteinpflaster in das nahegelegene Künstlerviertel „Montmartre". Überall saßen Maler mit ihren Staffeleien. Sie porträtierten die Touristen wirklich sehr gut, und auch die Landschaftsbilder gefielen uns. Dann ging es mit einer rollstuhlgerechten Gondel vor „Sacré Coeur" die vielen Stufen wieder hinab. Um die Mittagszeit waren es schon wieder 35 Grad und so beschlossen wir, zum nahegelegenen Luxuskaufhaus „Galeries Lafayette" zu laufen. Auf dem Weg dorthin machten wir noch einen kleinen Abstecher zum „Moulin Rouge". Im Kaufhaus war es angenehm kühl und wir bewunderten die teuren Designersachen.
Unser Rückweg ins Hotel gestaltete sich schwieriger als gedacht. Alle Buslinien in der Nähe fuhren in sämtliche Richtungen, nur nicht in die unseres Hotels. Wir sprachen alle Taxifahrer an, die an uns vorbeifuhren, doch keiner konnte bzw. wollte uns weiterhelfen. Alle Taxihotlines waren ausschließlich auf Französisch. Auch alle Passanten, die wir ansprachen, verstanden uns angeblich nicht. Stundenlang suchten wir nach einer Möglichkeit, aus dieser Hitze heraus und zurück zu unserer Unterkunft zu kommen. Zu Fuß zurückgehen konnten wir auch nicht mehr, da die Batterie meines Rollis für fünf Kilometer nicht mehr ausreichte. Irgendwann erwischten wir einen klimatisierten Linienbus, mit dem wir näher an unser Hotel gelangten. Die letzten zwei Kilometer mussten wir dann doch zu Fuß zurücklegen. 800 m vor dem Hotel war die Batterie meines Elektrorollstuhls fast leer und wir entschlossen uns, dass zwei meiner Assistentinnen zum Hotel laufen sollten, um unser Auto zu holen. Eigentlich hatten wir es nach dem chaotischen ersten Tag nicht mehr bewegen wollen, aber uns blieb ja nichts anderes übrig. So schafften wir es doch noch zurück zum Hotel, wo wir endlich todmüde ins Bett fallen konnten.
Den vierten und letzten Tag in Paris ließen wir ruhig angehen und bummelten nur ein wenig durch ein nahegelegenes klimatisiertes Shopping-Center. Am Nachmittag ruhten wir noch ein wenig aus und dann machten wir uns schick für die „Lido"-Show am Abend. Ein vorab im Hotel gebuchtes Rollstuhltaxi brachte uns gegen Abend zur „Champs Élysées". Vor der Show um 21 Uhr aßen wir an unserem letzten Abend noch bei einem guten Italiener leckere Pizza und Pasta, anschließend besorgten wir ein paar Mitbringsel für unsere Lieben daheim und schauten uns noch etwas die teuren Schaufenster der vielen Designerläden an. Dann begann die 2-stündige Show, die ich allen Besuchern von Paris nur empfehlen kann. Sie ist auch mit dem Rollstuhl problemlos zu besuchen, und das Personal im „Lido" war wieder sehr nett und hilfsbereit. Gegen halb 12 brachte uns dasselbe Taxiunternehmen wie zuvor wieder zurück zum Hotel. Am nächsten Morgen ging es wieder nach Hause.

Mein Fazit: Paris ist eine sehr schöne Stadt und man sollte auf jeden Fall einmal dort gewesen sein. Mit dem Elektrorollstuhl ist es jedoch nicht immer ganz so einfach, von A nach B zu kommen, vor allem, wenn man die Sprache nicht beherrscht. Trotz einiger Schwierigkeiten haben wir eine schöne Städtereise erlebt. Und wer weiß, vielleicht bin ich irgendwann noch einmal in Paris!

Lisa Steffen

Adi Hoesle: „Ich male, also bin ich“

Quelle: Behindertenbeauftragter: Henning Schacht

Jürgen Dusel (links) während eines Ausstellungsrundganges. Er und andere sehbehinderte Ausstellungsbesucher*innen erhielten eine Audiodeskription der Ausstellungsstücke.

„Brainpainting“ nutzt elektrische Hirnströme zum Malen von Bildern. Diese ersetzen Hand und Pinsel. Die Idee entstand durch eine Begegnung mit dem Künstler Jörg Immendorff, der an ALS litt. Er selbst konnte diese Methode nicht mehr nutzen. Der Künstler Adi Hoesle widmet sich seit Jahren dem Thema.

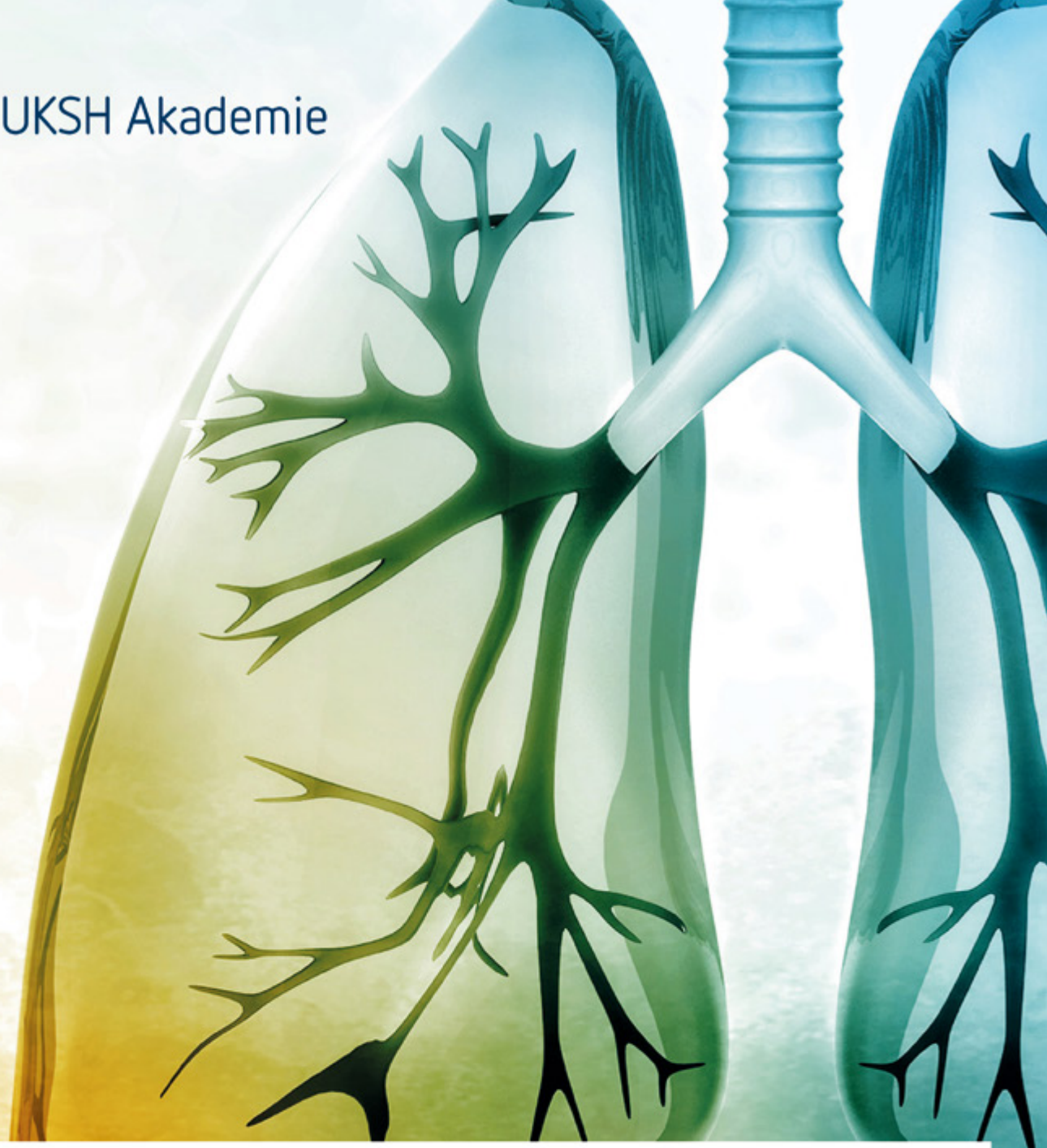
Die Ausstellung „Ich male, also bin ich“ im Berliner Kleisthaus wurde am 21. August 2018 von Jürgen Dusel, Beauftragter der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen, und Dr. Reinhard Spieler, Direktor des Sprengel Museums Hannover, eröffnet. Zu den Gästen zählten die Parlamentarische Staatssekretärin Kerstin Griese und Verena Bentele, die ehemalige Beauftragte der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderungen. Der Künstler Adi Hoesle stellte in seinem Vortrag die Frage nach dem Entstehungsort und der Autorschaft von Kunstwerken und erläuterte das Thema der Selbstbestimmung und Teilhabe. Die Kunst macht hier so vieles möglich! Immer von Gästen umringt war Angela Jansen, die Living Sculpture Performerin. Wie Jörg Immendorff leidet auch sie an ALS. Doch sie lebt nach dem Motto „... auch 24 Jahre ALS machen mich nicht krank!“ So lautet ihr Vortragsthema beim bevorstehenden MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress am 26. und 27. Oktober 2018 in München. Die Ausstellung zeigte großformatige Fotos der Performerin und Videoinstallation. Wochentags fand zwischen 15 und 19 Uhr die Performance „I´m still present“ von Angela Jansen statt. Außerdem wurden Brain Painting Workshops angeboten. Die vielbeachtete Ausstellung endete am 25. September 2018 mit einer Podiumsdiskussion, an der neben Jürgen Dusel, Adi Hoesle und Angela Jansen auch Prof. Dr. Andrea Kübler, Lehrstuhl für Interventionspsychologie Uni Würzburg, und Dr. Ursula Ströbele, Universität der Künste Berlin, teilnahmen. Weitere Informationen gibt es auf den Internetseiten des Künstlers:
www.retrogradist.com, www.pingo-ergo-sum.com

Link zu einigen Presseberichten:
www.nrz.de/video/malen-mit-koepfchen-id215168597.html
www.radioeins.de/programm/sendungen/der_schoene_morgen/art_aber_fair/ich-male--also-bin-ich.html

Quelle: Behindertenbeauftragter: Henning Schacht

Brain Painting

UKSH Akademie



Weiterbildung an der UKSH Akademie

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

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

www.uksh.de/Akademie

Weiterbildung Pflegefachkraft für außerklinische Beatmung

Zertifizierter Lehrgang durch die DIGAB

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

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

Bild © hywards - Fotolia.com

Zweite Wohngemeinschaft in Bad Kissingen

(von li. nach re.) Niederlassungsleiterin Ellen Kraske, Rebecca Knüttel, Judith Schuhmann und Stefanie Simon

Die Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH eröffnet in Bad Kissingen eine weitere Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung. Der Erfolg der ersten WG und der hohe Bedarf in der Region haben das Unternehmen, das inzwischen zur Deutschen Fachpflege Gruppe gehört, darin bestärkt, ein weiteres Angebot zu schaffen.

„Wir haben in den zurückliegenden Jahren viele Erfahrungen sammeln können. All diese sind in die Konzipierung der neuen Wohngemeinschaft eingeflossen", freut sich Niederlassungsleiterin Ellen Kraske. Mit der neuen Wohngemeinschaft beschäftigt sich bereits seit Monaten Dorothee Seidl, die pflegerische Leiterin. Sie weiß, wie man eine so spezielle Wohngemeinschaft führt und was alles vorzuhalten ist, damit die Bewohner*innen nicht nur pflegerisch hervorragend versorgt werden, sondern auch so selbstbestimmt wie nur möglich leben können.

Die vergangenen Monate waren nicht nur für das Team der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH sehr arbeitsintensiv, auch für die Innenarchitektin, die Installateure, Handwerker und Zulieferer. Noch immer läuft auf Hochtouren die Suche nach geeigneten Pflegekräften, die dann in der neuen WG arbeiten werden.

Die offizielle Eröffnung wird am 15. Oktober 2018 gefeiert. Eingeladen wurden die Bundestagsabgeordnete Sabine Dittmar MdB, Gesundheitspolitische Sprecherin der SPD-Bundestagsfraktion, Oberbürgermeister Kay Blankenburg, der Behindertenbeauftragte der Stadt Bad Kissingen, Bernhard Schlereth, Vertreter der Krankenkassen, der umliegenden Kliniken, befreundeter Pflegedienste, Pflegekräfte, Nachbarn sowie Menschen mit Beatmung mit ihren Angehörigen und/oder Betreuern. Helmut Schneiderat, Geschäftsführer der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH, und Ellen Kraske, Niederlassungsleiterin in Nordbayern, werden die Gäste begrüßen. „Es gibt so viele Menschen, die uns bei diesem Projekt unterstützt haben", so Ellen Kraske. „Ihnen wollen wir bei dieser Eröffnung und dem Empfang einfach danke sagen, und wir wollen das Netzwerk um die Menschen, die wir zukünftig in der WG versorgen, stärken. Ganz wichtig sind hier die Hausärzt*innen, die zukünftig unsere WG betreuen."
Wer mehr über die Wohngemeinschaft erfahren möchte, wende sich bitte an das Niederlassungsbüro in der Hartmannstraße 20a, 97688 Bad Kissingen,
Tel.: 0971 / 13 13 99 – 00,

E-Mail bkis@heimbeatmung.com

Mehr zum Team in Nordbayern unter www.wiefuerdichgemacht.com/unternehmen/heimbeatmungsservice-brambring-jaschke/

Sommercamp für ein selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen

Am 12. August 2018 wurde das Sommercamp für ein selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen in Duderstadt eröffnet, zu dem über 120 Teilnehmende mit und ohne Behinderungen gekommen waren. Drei Pflegekräfte begleiteten Herrn Martin H., der in Bad Kissingen in einer Wohngemeinschaft für Beatmung lebt.

Über 100 Workshops und Aktivitäten wurden beim Sommercamp angeboten, und Mitglieder des Kellerkinder e.V. aus Berlin waren mit zwei Zelten angereist, in denen eine Reihe von Aktivitäten stattfanden. Gelernt wurde nicht nur im Seminarraum, sondern auch bei Aktivitäten wie dem Stadtrundgang zur Barrierefreiheit, beim Karatekurs, beim morgendlichen Walken im Park oder bei den vielen Kreativangeboten in der „Kunstwerkstatt". Erstmals wurde das Sommercamp durch einen Liveblog begleitet, den die kobinet-nachrichten für diese Veranstaltung eingerichtet hatte. Dort konnten sich diejenigen, die nicht dabei waren, immer wieder Eindrücke verschaffen. Die Pflegekräfte Rebecca, Silke und Britta begleiteten Martin H. nach Duderstadt ins Sommercamp. Sie schildern, wie sie dieses Sommercamp erlebt haben.

Martin H. hatte schon in den Jahren 2006, 2007 und 2008 an einer solchen Woche teilgenommen, die für Menschen mit verschiedensten Behinderungen konzipiert ist. Es ist jedoch nicht nur eine gemeinsame Zeit mit Buchvorstellungen, Spielabenden und allerlei kreativen Angeboten, angefangen vom Malen bis hin zum Fotoshooting, sondern es wird auch z.B. über die politische Gesetzeslage, über Barrierefreiheit oder Hilfsmittelangebote informiert und diskutiert. Interessant ist auch die Frage, wo wir heute in Sachen Inklusion stehen und ob es Fortschritte gibt. Viele der Teilnehmer*innen kennen sich bereits seit Jahren. Deshalb ist das Zusammensein sehr zwanglos. Jeder nimmt den anderen wie er ist und man geht miteinander rücksichtsvoll um. Einige haben auch Begleitpersonen bzw. Pflegekräfte mit. Wichtig sind die Begleitpersonen auch für taubstumme Menschen, die nur über Handzeichen oder ihren Computer kommunizieren können und sich in die Diskussion einmischen möchten. Die Teilnahme an den einzelnen Programmpunkten ist freiwillig. Wichtig ist natürlich auch die Verpflegung. Hier war für jeden etwas dabei. Aus den Kühlschränken konnte man sich mit Getränken bedienen, die man am Ende des Aufenthalts bezahlte. Abends war die Cocktailbar geöffnet und es war eine super Stimmung. Unserem Klienten gefiel das so gut, dass er oftmals bis nachts um 2.00 Uhr dabei war. Soweit der Bericht von Rebecca Knüttel.
Pflegekraft Silke Lukaschewitsch fand das Sommercamp ebenfalls sehr interessant und abwechslungsreich. Für sie war es bemerkenswert, dass sie den Klienten in der kurzen Zeit noch sehr viel besser kennenlernen konnte, in seinen vielen Facetten: Mal ist er sehr ruhig und in sich zurückgezogen, dann wieder ganz dabei und mittendrin im Geschehen. Die Organisation des Sommercamps war in Silkes Augen „grandios", denn „so viele Menschen unter einen Hut zu bekommen, die so unterschiedliche Handicaps haben, ist eine beachtliche Leistung. So waren die Teilnehmer*innen einesteils „bunt gemischt" und doch „gleich" im Sinne von gleichwertig. „Meine Einschätzung insgesamt: Eine tolle Stimmung, und ein wenig auch anstrengend", resümiert Silke.
Pflegekraft Britta Stockmann, die so ein Sommercamp auch noch nicht erlebt hatte, fand es eine wichtige Erfahrung. „Ich lernte viele interessante Menschen kennen, und es war spannend zu erfahren, wie mit den jeweiligen Einschränkungen umgegangen wird, aber auch, wie man damit den Alltag, das Arbeits- oder auch das Privatleben bewerkstelligen kann. Keiner wurde auf seine Behinderung reduziert, alle gingen miteinander sehr wertschätzend um. Unser Klient war vollkommen integriert, obwohl es ihm nicht immer möglich war zu kommunizieren."
Diese Berichte zeigen, dass nicht nur für Menschen mit schwersten Behinderungen oder Erkrankungen solche Erlebnisse wichtig sind, sondern sie auch den Pflegekräften viel bringen. Sie erleben dort hautnah, was alles möglich ist, wenn man ihnen die Zeit für solche Unternehmungen gibt. Und so macht Pflege auch richtig Spaß.

Ottmar Miles Paul, Rebecca Knüttel, Silke Lukaschewitsch und Britta Stockmann

Infos: www.kobinet-nachrichten.org

Martin H.

Kämpfernatur mit Gemeinschaftssinn

Sina aus Heidelberg gründete den Jugendclub „Die Grüne Bande". Beim MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress wirbt sie dafür. Mitmachen können schwerstkranke Jugendliche, ihre Geschwister und Freunde. Zum Jahrestreffen lädt der Bundesverband Kinderhospiz die Bandenmitglieder am 24. und 25.11.2018 nach Köln ein.

„Aufgeben ist keine Option" – mit diesem Satz ist Sina aufgewachsen. Dabei hätte es in Sinas Kindheit genügend Momente gegeben, bei denen sie und ihre Familie den Mut hätten verlieren können. Als Kleinkind wurde bei Sina spinale Muskelatrophie diagnostiziert, ihre Lebenserwartung wurde auf wenige Jahre geschätzt. Heute ist die hübsche junge Frau 17 Jahre alt und eine echte Kämpfernatur.

„Ich denke nicht darüber nach, wie viel Zeit mir bleibt oder nicht", stellt sie klar, „es geht doch darum, sein Leben gut zu nutzen und zu genießen!" Sina geht gerne mit Freunden feiern, verbringt am liebsten viel Zeit mit ihrem Freund Fabian, liebt Kino, Motorsport und Eishockey. Dass sie dabei immer in ihrem E-Rolli unterwegs und stets auf Hilfe angewiesen ist, ist für sie keine große Sache mehr. „Was ist schon ‚normal'"? grinst sie. Sina hat gelernt, gelassen mit Blicken oder Kommentaren umzugehen, denen sie in der Öffentlichkeit ausgesetzt ist.

Doch kennt sie die besonderen Herausforderungen natürlich ganz genau, mit denen schwerstkranke Jugendliche fertig werden müssen. Abgrenzung von den Eltern – schwierig. Ausbildung, Jobsuche, auch nur ein Einkaufsbummel – überall gibt es Hürden, die überwunden werden müssen. In ihrer Schule, der Stephen-Hawking-Schule in Neckargmünd, begegnet Sina vielen anderen Jugendlichen in ähnlicher Lage. „Gemeinschaft tut gut. Es ist wichtig zu sehen, dass man nicht der einzige Mensch ist, der solche Probleme hat", sagt sie. So kam sie auf die Idee, die „Grüne Bande", eine deutschlandweite Organisation ins Leben zu rufen, in der sich schwerstkranke Jugendliche und junge Erwachsene austauschen und gemeinsam für die eigenen Interessen einsetzen können. Unterstützung dafür bekam Sina vom Bundesverband Kinderhospiz, der Sinas Familie seit Jahren betreut.

„Es ist uns wichtig, betroffene Jugendliche in ihrer Selbstständigkeit zu fördern", sagt Sabine Kraft, Geschäftsführerin des Bundesverbands Kinderhospiz. Kraft machte möglich, dass Sina vor einem Jahr gemeinsam mit TV-Moderatorin Jessica Lange als Schirmherrin die „Grüne Bande" ins Leben rufen konnte. „Jugendhospizarbeit heißt, den Betroffenen ein Leben zu ermöglichen, das so lange wie möglich so normal wie möglich verläuft und ihren individuellen Bedürfnissen gerecht wird. Mit unserem Jugendprojekt, der Grünen Bande, bieten wir eine Plattform, um auf genau diese Bedürfnisse aufmerksam zu machen", erklärt Kraft.

Der Club für schwerstkranke Jugendliche nimmt auch Geschwisterkinder oder Freunde auf, die bei vielen Themen wichtige eigene Perspektiven einbringen. Die Bandenmitglieder tauschen sich über die sozialen Medien aus und informieren auf einer eigenen Webseite www.gruene-bande.de über ihre Arbeit. „Wir haben was zu sagen!" ist der Leitspruch der Bande geworden – und

Bandenchefin „Grüne Bande" Sina Wolf

zwar zu Themen wie Ausgrenzung oder Mobbing, zu Erfahrungen im Umgang mit Kliniken oder medizinischen Einrichtungen, zu den täglichen Herausforderungen, die die Bandenmitglieder alle nur zu gut kennen. Als Kooperationspartner für die Bande konnte der Bundesverband Kinderhospiz „Aktion Kindertraum" gewinnen; gemeinsam unterstützen die beiden Einrichtungen die Arbeit der Bande.

Nach dem ersten aufregenden Jahr, in dem es galt, die Strukturen zur Arbeit der „Grünen Bande" aufzubauen, steht Sina nun vor der nächsten Herausforderung: das erste Jahrestreffen steht an! „Einmal im Jahr laden der Bundesverband Kinderhospiz und Aktion Kindertraum uns alle zu einem coolen Wochenende ein", berichtet sie. „Am 24. und 25. November werden wir uns in Köln treffen! Dort möchte ich gerne mit den Bandenmitgliedern überlegen, welche Kampagnen und Aktionen wir im kommenden Jahr umsetzen – aber gefeiert wird natürlich auch!", lacht sie. Durch gute Kontakte zu vielen Künstlern aus der Musikszene ermöglicht der Bundesverband den Jugendlichen ein Wochenende voller be-

sonderer Begegnungen, Live-Musik und Partylaune.
Die Mitgliedschaft bei der Grünen Bande sowie die Teilnahme an dem Jahrestreffen sind für betroffene Jugendliche, Geschwister, Freunde und ihre Begleitung völlig kostenfrei. Informieren und anmelden können sich Interessierte unter:

www.gruene-bande.de

„Fragen oder Anregungen? Meldet Euch gerne bei mir!“
Bandenchefin Sina Wolf: chef@gruene-bande.de
www.gruene-bande.de

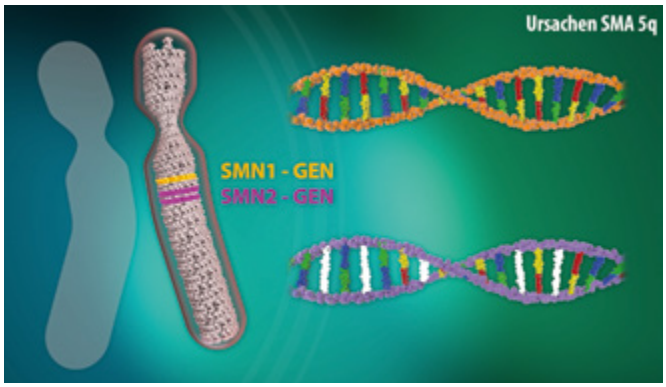
Der Bundesverband Kinderhospiz
mit Sitz in Lenzkirch macht sich als Dachorganisation der stationären und ambulanten Kinderhospize für die Belange der weit über 40 000 lebensverkürzend erkrankten Kinder in Deutschland stark. Er engagiert sich politisch für bessere Rahmenbedingungen für die Kinderhospizarbeit und setzt sich dafür ein, dass betroffene Familien aus dem sozialen Abseits geholt werden.
www.bundesverband-kinderhospiz.de

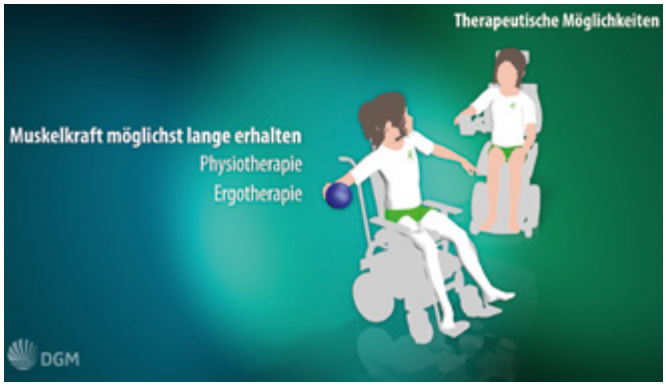
Aktion Kindertraum
erfüllt seit 20 Jahre die Herzenswünsche von kranken und benachteiligten Kindern und Jugendlichen, setzt sich für die gesunden Geschwister ein und hat auch die Familie im Blick. Neben den konkreten Einzelwünschen unterstützt Aktion Kindertraum auch Gruppen und Einrichtungen, die für diese Kinder tätig sind, sowie den Bundesverband Kinderhospiz e.V. oder die „Grüne Bande“. www.aktion-kindertraum.de

Diagnose Spinale Muskelatrophie (SMA) – ein Info-Video der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke

Die Deutsche Gesellschaft für Muskelkranke e.V. (DGM) mit Sitz in Freiburg präsentiert zu Beginn des SMA-Symposiums am 7. September 2018 im hessischen Hohenroda erstmals ein Video, in dem die Ursache, der Verlauf und die Therapiemöglichkeiten der Spinalen Muskelatrophie anschaulich erklärt werden.

Die SMA ist eine vererbbare Erkrankung und die häufigste genetisch bedingte Todesursache bei Säuglingen und Kleinkindern. Aufgrund des fortschreitenden Abbaus von Nervenzellen im Rückenmark, die für die Steuerung der Muskeln verantwortlich sind, kommt es zu Muskelschwund und Lähmungen und damit zu einem fortschreitenden Verlust der motorischen Fähigkeiten. Je nach Erkrankungsbeginn, Schweregrad und Vererbungsmuster werden unterschiedliche SMA-Typen unterschieden.
Eines von 6.000 bis 10.000 Neugeborenen wird mit der schwersten Form der SMA geboren: Betroffene Babys und Kleinkinder erlernen meist das freie Sitzen nie, müssen beatmet und über eine Sonde ernährt werden. Ihre Lebenserwartung beträgt nur etwa 18 bis 24 Monate. Weniger schwer betroffene Kinder können frei sitzen, manche mehrere Jahre stehen und gehen. Die meisten sind jedoch schon in der Kindheit, einige erst im Jugend- oder Erwachsenenalter auf den Rollstuhl angewiesen.
„Für die Eltern ist die Diagnose ein Schock,“ so DGM-Bundesgeschäftsführer Joachim Sproß. „Wir möchten ihnen mit unserer Videoanimation eine gut verständliche und fundierte Information an die Hand geben, die erste Fragen in dieser schwierigen Zeit beantworten hilft. Als Selbsthilfeorganisation unterstützen wir die derzeitigen Bestrebungen, die SMA als schwere Muskelerkrankung in das Neugeborenen-Screening mit aufzunehmen. Es gibt nämlich deutliche Hinweise, dass die Behandlung mit dem neuen Wirkstoff Nusinersen möglichst früh in den ersten Lebensmonaten begonnen werden sollte.“
Möglich wurde die Produktion dieses sowie eines weiteren 10-Minüters zur Muskeldystrophie Duchenne durch die Selbsthilfeförderung der BARMER Krankenkasse in Höhe von 24.000 Euro. Beide Videos sind auf der Webseite der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke www.dgm.org online.





Mehr als das Gefühl von Geborgenheit: Unser Zuhause für dauerbeatmete Kinder und Jugendliche

Acht intensivpflegebedürftige und dauerbeatmete Kinder und Jugendliche leben inzwischen im „Kinderhaus Luftikus“, das neue Wege in der außerklinischen Kinder-Intensivpflege geht. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der bestmöglichen individuellen und pädagogischen Förderung.

Rund drei Jahre ist es jetzt her, seit ein großes „Herzlich willkommen“-Schild in der Eingangshalle die Eröffnung des „Kinderhauses Luftikus“ ankündigte. Die gemeinnützige stationäre Einrichtung gehört zur Deutschen Fachpflege Gruppe und ist das Zuhause von langzeitbeatmeten Kindern und Jugendlichen zwischen 0 und 18 Jahren. Heute leben acht intensivpflegebedürftige und dauerbeatmete Kinder und Jugendliche in der Einrichtung – einem Ort, an dem sie in ihren individuellen Entwicklungsmöglichkeiten gefördert werden, der für Wärme und Geborgenheit sorgt und jedes Kind als wertvollen Menschen annimmt. Hier haben sie auch schon beachtliche Erfolge in ihrer Entwicklung gemacht.
Als eines der wenigen bundesweiten Häuser geht das „Kinderhaus Luftikus“ neue Wege in der außerklinischen Kinder-Intensivpflege. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt in der bestmöglichen individuellen und pädagogischen Förderung, denn in der Wiedererlangung, Verbesserung und Sicherung der Kommunikations- und Kooperationsfähigkeit liegt der Schlüssel zur Integration und Teilhabe an einem aktiven gesellschaftlichen Leben. Dabei werden die Kinder und Jugendlichen in ihrer emotionalen, geistigen und sozialen Entwicklung von einem interdisziplinären Team aus Gesundheits- und Krankenpflegern, Heilpädagogen, Ergo-, Kunst- und Musiktherapeuten unterstützt, deren erklärtes Ziel es ist, die maximale Selbstbestimmung von Kindern und Jugendlichen zu erreichen. Gemeinsames Lernen und Üben ebenso wie bestmögliche Nutzung der individuellen Ressourcen, damit jedes Kind und jeder Jugendliche den selbstbewussten Umgang mit seinen Handicaps erlernt und eine dauerhaft bessere Lebensqualität für sich in Anspruch nehmen kann. Und die Fortschritte der dauerhaft betreuten Kinder sprechen für sich, einige haben sich durch die spezielle Förderung so gut entwickelt, dass sie sogar eingeschult oder in den örtlichen Kindergarten integriert werden konnten. Der Schulunterricht findet im Haus statt und beim Besuch des Kindergartens ist immer eine Pflegekraft dabei.
Der Verein Luftikus indes kümmert sich dabei um alle baulichen Maßnahmen, die sich, wie das Kinderhaus selbst, durch Spenden tragen sollen und die aktuell den Bau einer Photovoltaikanlage möglich machten. Der Verein Luftikus ist es auch, der das Kinderhaus als Urlaubsziel in den Fokus von Familien rückt, die ein schwerstbehindertes Kind zuhause pflegen. In zwei Appartements im Obergeschoss des Hauses haben Familien die Möglichkeit, mitten im Herzen des Nationalparks Schwarzwald eine Auszeit mit ihren beatmeten Kindern und Geschwisterkindern zu genießen. Von denjenigen, die sich das Haus bereits genauer angesehen und schon getestet haben, gab es dazu ein klares Urteil: Der Urlaub war ein echter Erfolg – die kleinen Patienten werden perfekt versorgt im Kinderhaus, was für die Eltern bedeutet, mal abschalten zu können, ein Stückweit in den Tag hineinzuleben und zu entspannen.
Am 15. April 2018 hat Alexander Walter, Fachwirt im Sozial- und Gesundheitswesen (IHK), die Geschäftsführung von VIP Vitale Intensiv Pflege und des Kinderhauses Luftikus übernommen. Er folgt damit auf Uwe Nübel, der sich vermehrt anderen Aufgaben widmen wird. Walter ist u.a. gelernter Altenpfleger und war Heimleiter und später in der Geschäftsführung des Hauses am Kurgarten der Senioren- und Pflegeheim Walter GmbH tätig, so verfügt er über einen großen Erfahrungsschatz.

Kinder-Lebens-Lauf kam nach Baiersbronn

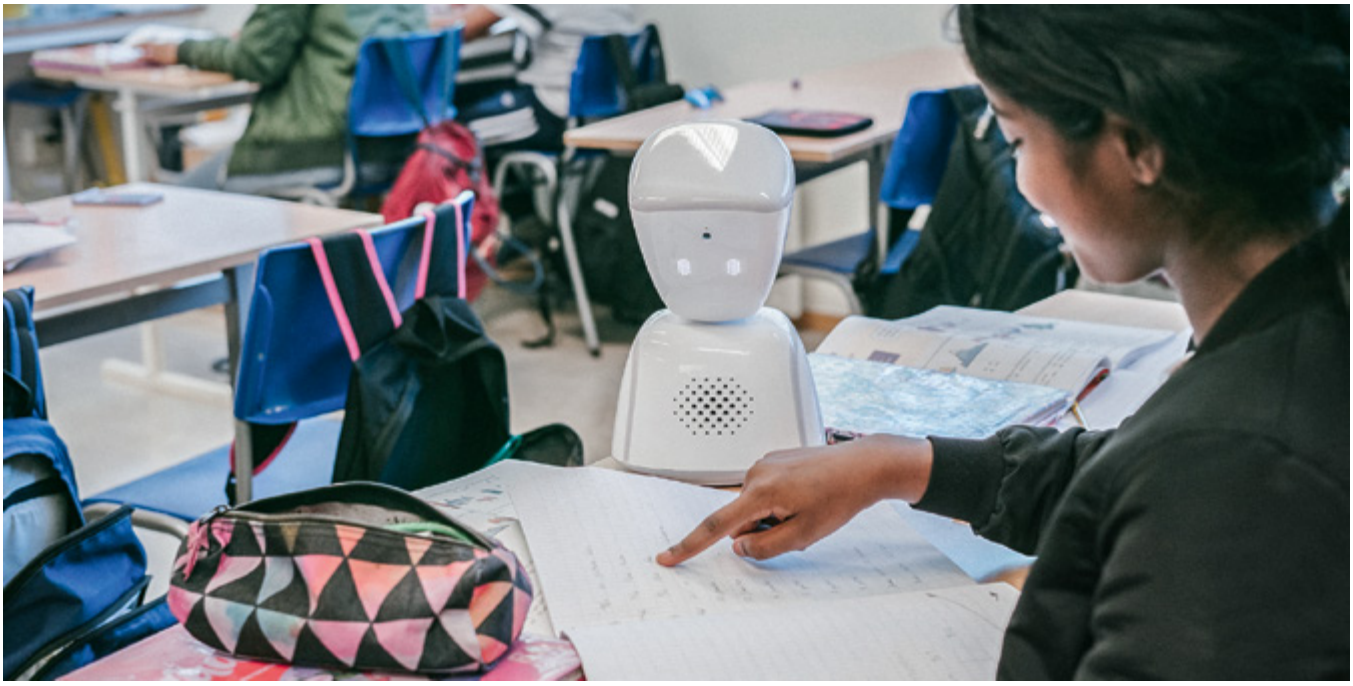
Ein Etappenziel der Kampagne für die Kinderhospizarbeit des Bundesverbands Kinderhospiz war am 14. August 2018 das Kinderhaus Luftikus in Baiersbronn. Für die Luftikus-Kinder waren Fackelübergabe und Fahrt im Feuerwehrauto ein großes Erlebnis.

Es ist nicht nur ein sportliches und besonderes Großereignis, das in diesem Jahr stattfindet, es ist vor allem eines, das auf einzigartige Weise soziale Verantwortung ausdrückt: der Kinder-Lebens-Lauf. Er ist eine Rundreise um ganz Deutschland, über 6000 Kilometer mit rund 100 Etappenzielen. In der Art einer Pilgerreise überwinden Tausende Läufer zu Fuß, mit dem Fahrrad, im Rollstuhl oder auch im Krankenhausbett und vieles mehr diese Distanz: für die Kinderhospizarbeit in Deutschland. Der Kinder-Lebens-Lauf wird vom Bundesverband Kinderhospiz organisiert. Er startete am 4. Juni in Berlin, und in 132 Tagen, bis zum Welthospiztag am 13. Oktober, führt die Strecke dorthin zurück.
In Deutschland gibt es mehr als 40.000 Familien, die ein lebensverkürzend erkranktes Kind haben. Die Situation der Betroffenen ist unsagbar schwer, und noch größer wird die Belastung durch soziale Isolation. „Das Umfeld hält es oft nicht aus, mit dem Thema Kinder und Tod umzugehen“, weiß Sabine Kraft. Deshalb veranstaltet die Geschäftsführerin des Bundesverbands Kinderhospiz gemeinsam mit den Mitgliedern des Verbands den Kinder-Lebens-Lauf. „Zum einen möchten wir alle gemeinsam auf die Lage der betroffenen Familien aufmerksam machen und dazu beitragen, dass Hemmschwellen abgebaut werden“, so Kraft. „Zum anderen möchten wir das Hilfsnetzwerk an Kinderhospizeinrichtungen in Deutschland präsentieren. Kinderhospize nimmt man in der Regel erst wahr, wenn man sie braucht. Das möchten wir ändern.“
Die Strecke des Kinder-Lebens-Laufs von Berlin aus führt gegen den Uhrzeigersinn rund um Deutschland. Als Zeichen für die Kinderhospizarbeit wird von den Läufern eine Fackel getragen und an jeder Etappe weiter gegeben. Sie hat die Form eines Engels – eines ganz besonderen, wie Sabine Kraft erklärt: „Die Form dieses ‚Angels‘ geht auf ein ganz besonderes junges Mädchen zurück. Angelina war 17, als sie an einem Hirntumor starb. Ihr Vater hat in Erinnerung an seine ‚Angel‘ diese Form erschaffen und sie dem Bundesverband Kinderhospiz zur Verfügung gestellt. Stellvertretend für alle lebensverkürzend erkrankten Kinder, auch die, die schon sterben mussten, findet der Kinder-Lebens-Lauf im Zeichen der Angel-Fackel statt.
Etappenziele beim Kinder-Lebens-Lauf sind die Mitgliedsorganisationen des Bundesverbands Kinderhospiz und wichtige Unterstützer der Kinderhospizarbeit. Die Mitgliedseinrichtungen organisieren dabei selbst den Streckenabschnitt bis zum nächsten Kinderhospizdienst. Es gilt Läufer zu finden, eine Rahmenveranstaltung zu überlegen, Gäste einzuladen. In Baiersbronn war es das Kinderhaus Luftikus, das alles hervorragend vorbereitet hatte. Am 14. August erwarteten dann u.a. Alexander Walter, Geschäftsführer der Luftikus gGmbH, Birgit und Markus Stiletto, die acht Luftikus-Kinder und deren Pflegekräfte die Ankunft des Staffelstabs. Dieser hatte, bestehend aus sieben Erwachsenen, eine zweitägige Wanderung über 56 Kilometer hinter sich und überreichte die Fackel an Fackelkind Maja Walter. Der Baiersbronner Feuerwehr-Gesamtkommandant Martin Frey brachte sie dann mit dem Feuerwehrauto nach Freudenstadt, wobei ihn mehrere Luftikus-Kinder im Feuerwehrauto begleiten durften. In Freudenstadt wurde die Fackel dann weitergegeben.
Sabine Kraft freut sich: „Es ist überwältigend, welches Gemeinschaftsgefühl entstanden ist, seit wir den Kinder-Lebens-Lauf mit unseren Mitgliedern planen. Wir sind eine starke Gemeinschaft und werden mit dem Kinder-Lebens-Lauf ein starkes Zeichen für die Kinderhospizarbeit setzen!“

Die Kinderhospizarbeit in Deutschland ist zu einem großen Teil von Spenden abhängig. Unterstützen Sie den Einsatz für lebensverkürzend erkrankte Kinder und ihre Familien mit einer Spende anlässlich des Kinder-Lebens-Laufs!

Stichwort: Kinder-Lebens-Lauf
Spendenkonto Kinderhaus Luftikus
Kreissparkasse Freudenstadt
IBAN: DE95 6425 1060 0013 4249 96
BIC: SOLADES1FDS

No Isolation setzt auf Kommunikationstechnik gegen Einsamkeit



Telepräsenz-Avatar AV1 lässt Kinder mit Langzeiterkrankung wieder an Unterricht und Sozialleben teilhaben. Es bestehen bereits Pilotpartnerschaften in Hamburg und Berlin. No Isolation sucht ab sofort weitere Partner in Deutschland.

Das norwegische Unternehmen No Isolation, das der Einsamkeit durch unfreiwillige soziale Isolation den Kampf angesagt hat, kommt jetzt nach Deutschland. In Berlin und Hamburg stellte CEO und Mitgründerin von No Isolation, Karen Dolva (27), den Telepräsenz-Avatar AV1 der Presse vor. AV1 wurde für Kinder und Jugendliche konzipiert, die aufgrund einer chronischen Erkrankung oder eines längeren Krankenhausaufenthalts nicht am Schulunterricht teilnehmen können. „Allein in Deutschland sind circa 75.000 Kinder und ihre Familien von unfreiwilliger sozialer Isolation betroffen", sagt No Isolation CEO Karen Dolva. „Sie verlieren nicht nur den Anschluss an den Unterrichtsstoff. Sie leiden auch psychisch unter der Isolation, dem Mangel an sozialen Kontakten. Das wollen wir mit unserem Telepräsenz-Avatar AV1 ändern."

Telepräsenz-Avatar AV1 lässt Kinder mit Langzeiterkrankung am Unterricht teilnehmen

AV1 ist ein robuster und leichter Roboter, der ein Kind mit Langzeiterkrankung in der Klasse vertritt. Eine Kamera und ein Mikrofon übertragen das Geschehen per WLAN oder LTE auf eine App auf dem Tablet-Computer des Kindes zuhause oder im Krankenhaus. Über einen Lautsprecher kann das Kind mit Lehrern und Mitschülern sprechen. Farbige LEDs am Kopf des Avatars signalisieren, wenn das Kind sich meldet. Ein leistungsfähiger Akku erlaubt auch den Betrieb auf dem Pausenhof oder in der Freizeit. „Wir haben AV1 gemeinsam mit betroffenen Kindern, Lehrern, Wissenschaftlern der Universität Oslo und der norwegischen Krebshilfe entwickelt. Heute sind schon über 400 AV1 in Norwegen, Schweden, Dänemark, Großbritannien und den Niederlanden im Einsatz", berichtet die Erfinderin Karen Dolva. „Deutschland ist für uns der nächste logische Schritt und erste Pilotprojekte sind bereits angelaufen."

Schulbehörden, Krankenkassen, Klinikgesellschaften u.v.m. als Partner gesucht

Pilotpartner in Deutschland sind die Fördergemeinschaft Kinderkrebs-Zentrum Hamburg mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) sowie die Charité – Universitätsmedizin Berlin. No Isolation sucht ab sofort weitere Partner, die helfen können, Kindern und Jugendlichen mit AV1 die Teilhabe an Schule und Sozialleben zu ermöglichen. Christian Matzen, bei No Isolation für die Erschließung des deutschen Markts verantwortlich, sagt: „Wir möchten Schulbehörden, private Schulträger, Krankenkassen, Versicherungen, Familienhilfe-Organisationen, Krebshilfe-Vereine, Klinikgesellschaften und viele mehr als Partner gewinnen. Sie alle sollten ein Interesse daran haben, dass Kinder mit langwierigen oder chronischen Erkrankungen nicht länger als unbedingt nötig warten müssen, um wieder am Schulunterricht und an den Freizeitaktivitäten im Freundeskreis teilzunehmen."

Soziale Isolation macht krank

Für No Isolation Mitgründerin Karen Dolva geht es darum, moderne Technologie auch den Schwächsten der Gesellschaft zugute kommen zu lassen: „Moderne Kommunikationstechnik wird in der Regel entwickelt, um ohnehin schon effiziente Menschen noch effizienter zu machen. Gleichzeitig sind viele Technologien so konzipiert, dass unser Nutzungsverhalten dieser Medien einsam macht. Wir möchten mit Technologien das Gegenteil erreichen. Unsere Lösungen sollen einen Beitrag dazu leisten, dass gerade auch Menschen mit sonst unbeachteten, vermeintlichen Nischenproblemen besser am Sozialleben teilhaben können. In unserer hochvernetzten Welt sollte niemand unverschuldet einsam sein."

Einsamkeit wird von Wissenschaftlern und zunehmend auch von der Politik als ein ernstes gesundheitliches Risiko für Menschen jeden Alters eingeschätzt. Verschiedenen Studien zufolge hat Einsamkeit einen ähnlich negativen Effekt auf etwa das Herz-Kreislauf-System wie Rauchen. In Deutschland fühlen sich einer Studie zufolge je nach Alter bis zu 20 Prozent der Menschen einsam (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/271487829).

AV1 kann mit umfassendem Servicepaket gemietet werden

Der Telepräsenz-Avatar AV1 wird von No Isolation mit einem umfassenden Servicepaket bereitgestellt. In der Nutzungspauschale ab 290 Euro brutto monatlich für private Nutzer sind eine Datenflatrate, Hilfestellung bei der Einrichtung des Avatars, technischer Support und bis zu zwei Hardware-Reparaturen enthalten. Die App zum Avatar ist kostenfrei für iOS und Android verfügbar. „Zwar können wir AV1 zu einem verhältnismäßig günstigen Preis anbieten, allerdings kann nicht jede betroffene Familie das nötige Kleingeld dafür aufbringen. Deswegen suchen wir mit Hochdruck nach möglichst vielen Partnern“, erklärt Deutschland Manager Christian Matzen. „Die betroffenen Familien können nicht warten, wenn ihr Kind ans Krankenhaus oder -bett gebunden ist. Sie brauchen eine möglichst schnelle Lösung“, weiß er. „Im Hinblick auf die Kosten lohnt es sich, das große Ganze zu sehen. Denn ein Rückstand in der Schule, die Wiederholung einer Klasse kostet Steuergeld und verzögert später den Berufseinstieg. Von den medizinischen Folgekosten von Einsamkeit ganz zu schweigen. Es gibt also neben dem sozialen Aspekt auch gute wirtschaftliche Gründe, den Einsatz von AV1 zu finanzieren.“

Karen Dolva

Mehr Informationen unter: www.noisolation.com/de

Videomaterial:
Alles zu diesem kleinen Roboter unter:
www.youtube.com/watch?v=HH5Zl3DexXA&
Infos zur Nutzung:
www.bloomberg.com/news/articles/2017-10-06/robots-are-invading-your-kid-s-classroom
Vortrag zum Thema soziale Isolation und Einsamkeit von Karen Dolva, Mitgründerin von No Isolation, unter:
www.bloomberg.com/news/articles/2017-10-06/robots-are-invading-your-kid-s-classroom

Neue Gesichter in der Deutschen Fachpflege Gruppe

Außerklinische Intensivpflege hat viele Gesichter. Sie ist vielfältig und sie lebt von den Persönlichkeiten, die diese wichtige Form der Pflege gestalten. Denn Menschen, die außerklinische Beatmung benötigen und vielfach intensivpflegerisch versorgt werden müssen, bedürfen ganz besonderer Aufmerksamkeit und spezifischer Pflege.

In der Deutschen Fachpflege Gruppe gibt es viele engagierte Führungspersönlichkeiten, von denen hier nur drei neue Geschäftsführer*innen vorgestellt werden können. Es sind neue Gesichter in der DFG, aber sie sind als ausgewiesene Expert*innen seit vielen Jahren bekannt.

Sabine Heberer

hat am 1. August ihre Tätigkeit als Geschäftsführerin der PGS Bayern GmbH in Traunstein aufgenommen. Sie hat die Intensivpflege von der Pike auf gelernt. Nach ihrer Krankenpflegeausbildung und Fachweiterbildung für Intensivpflege arbeitete Sabine Heberer zunächst auf der Intensivpflegestation unter anderem des Bürgerhospitals Frankfurt am Main, der Städtischen Kliniken Offenbach am Main sowie des Malteser Krankenhauses Bonn/Rhein-Sieg. Dort übernahm sie nach ihrer Weiterbildung zur IBCLC (International Board Certified Lactation Consultant) zusätzlich die Funktion der Still- & Laktationsberaterin und später die Leitung Gynäkologie, Geburtshilfe und Kreißsaal. 2013 wechselte sie als Fach-

Sabine Heberer

krankenschwester Intensivmedizin und Still- & Laktationsberaterin zur Kronenhof Intensivpflege GmbH und absolvierte während dieser Zeit Weiterbildungen zur leitenden Pflegefachkraft und Case Managerin im Gesundheits und Sozialwesen. Zuletzt hatte Sabine Heberer die Geschäftsführung der Kronenhof Intensivpflege GmbH inne und studiert an der HFH Hamburger-Fern-Hochschule Gesundheits- und Sozialmanagement.

Frau Heberer war so freundlich, uns ein paar Fragen zu beantworten.

Gibt es ein unvergessliches Erlebnis, das Sie in der Intensivpflege hatten? Wo Sie danach einfach sagten: Wow, ich habe den richtigen Beruf gewählt!
S.H.: Es war im Rahmen einer Betreuung mit außerklinischer Intensivpflege eines 3 ½ jährigen Mädchens mit Beatmung in Bonn. Wir besuchten den Karnevalzug im Stadtteil. Unser Mädchen trug ein Karnevalskostüm. Die Flügel des Feenkostüms verdeckten die Beatmungsschläuche und wir konnten mit „Kamelle-Rufen" für positive Aufmerksamkeit sorgen. Für mich persönlich war das eine großartige Aktion, die wieder zeigte, dass Teilhabe am Leben in der Gesellschaft mit Beatmung, Sauerstoffgabe und künstlicher Ernährung möglich ist. Sogar die Oma des Kindes konnte sich an diesem Tag stolz mit ihrer Enkelin fotografieren lassen, und endlich wurde dieses Kind in der eigenen Großfamilie wahrgenommen.

Was sagen Sie jungen Menschen, um sie für den Pflegeberuf zu begeistern?
S.H.: Jeder Mensch braucht einen Antrieb, um langfristig in diesem besonderen Beruf zu bestehen. Mein persönlicher Antrieb war ein unerwarteter Krankenhausaufenthalt als Patientin - kurz vor meinem Schulabschluss. Er brachte mich in den Berufskontext der Krankenschwester mit dem Motto „man muss es besser machen können". Jeder sollte diesen persönlichen Antrieb finden und sich bewahren, denn dann ist der Pflegeberuf mit seiner Vielfältigkeit an Herausforderungen und Begegnungen mit anderen Menschen auch langfristig spannend und interessant.

Was begeistert Sie gerade?
S.H.: Seit einem guten halben Jahr habe ich eine Ukulele, leicht zu spielen und klein wie eine Handtasche!

Dietmar Kiefer

Den Bereich Bodensee der VIP - Vitale Intensiv Pflege GmbH leitet nun Dietmar Kiefer, der aber auch zentrale Aufgaben im Personalbereich der DFG übernehmen wird. Herr Kiefer ist Fachpfleger/Pflegeexperte Außerklinische Intensivpflege und Heimbeatmung mit vielen weiteren Qualifikationen. Und die wären: Atmungstherapeut DGpW / SHB, Therapiemanagement, staatl. anerkannter Praxisanleiter, MPG-Beauftragter und Train the Trainer Schulung. Vor der Übernahme der Bereichsleitung Bodensee arbeitete Herr Kiefer bei der KRONENHOF Intensivpflege. Mehr zur VIP - Vitale Intensiv Pflege GmbH, Bereich Bodensee unter www.vip-fds.de.

Herr Kiefer, gibt es ein unvergessliches Erlebnis, das Sie in der Intensivpflege hatten? Ein Erlebnis, bei dem Sie danach sagten: Wow, ich habe den richtigen Beruf gewählt!
D.K.: Das Erlebnis, das mich heute noch begeistert und

Dietmar Kiefer

mir klargemacht hat, welch großartige Arbeit wir leisten können, war eine Kinderversorgung, die ich über ein Jahr begleiten durfte. Ein 7-jähriges Mädchen hatten wir über 24 Stunden vollbeatmet übernommen und konnten es in einem Jahr vom Beatmungsgerät sowie der Trachealkanüle entwöhnen. Dies war nur möglich, weil wir in der außerklinischen Intensivpflege die Zeit und Ressourcen haben, so nah am Menschen zu sein, um ganz individuell arbeiten und handeln zu können. Verbunden mit dem Vertrauen der Angehörigen und der engen Zusammenarbeit mit Ärzten und Therapeuten, eröffnet dies uns ungeahnte Möglichkeiten. Das hat mir gezeigt, dass wir mehr als nur „verwalten", sondern auch etwas bewegen und die uns anvertrauten Menschen in ihrer gesundheitlichen Entwicklung voranbringen können.

Was sagen Sie jungen Menschen, um sie für den Pflegeberuf zu begeistern?
D.K.: Ich denke, dass man junge Leute am besten erreicht und für unseren Beruf begeistern kann, wenn man ihnen aufzeigt, was Pflege wirklich ist und was man, abseits aller Klischees und Vorurteile, tatsächlich bewegen kann. Man muss ihnen vermitteln, wie spannend und abwechslungsreich die Pflege ist und dass man unzählige Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten hat. Die Pflege ist ein Bereich, der so vielfältig ist, dass es einem nie langweilig wird und man dazu auch noch das Gefühl bekommt, etwas Gutes zu tun.

Welches Buch lesen Sie gerade?
D.K.: Momentan lese ich „Der Meister und Margaritha" von Michail Bulgakow, einen Klassiker der literarischen Moderne. Und ich „stöbere" in dem Fachbuch „Außerklinische Intensivpflege" von Christine Keller.

Deutsches Medizinrechenzentrum

Jetzt noch günstiger!
Besuchen Sie uns: AKIP-Konferenz in Berlin, KAI in Berlin, MAIK in München

Intensiv abrechnen ab

0,1%*

bei Abrechnungsvolumen über € 60.000

Deutsches Medizinrechenzentrum GmbH, Wissenstr. 21, 40549 Düsseldorf

DMRZ.de

Pflegedienste profitieren bei DMRZ.de von günstiger Abrechnung und kostenloser Cloud-Software inkl. Dienstplan, Dokumentation, App u. v. m.

Jetzt neuen Preis sichern!

0211 6355-3988 / sales@dmrz.de
www.dmrz-pflegedienst-software.de/intensiv

*Pflegedienste zahlen bis 60.000 Euro Abrechnungsvolumen pro Monat 0,5% der Bruttorechnungssumme zzgl. MwSt. Für jeden weiteren Euro werden nur 0,1% der Bruttorechnungssumme zzgl. MwSt. berechnet.

Dirk Langenberg

Am 16. Juli 2018 hat Dirk Langenberg seine Tätigkeit als Geschäftsführer der Pflegedienst Weingarten GmbH im rheinland-pfälzischen Rennerod aufgenommen. Er folgt damit auf Antje und Dieter Weingarten, die den Pflegedienst vor mehr als 20 Jahren gründeten und sich zum 1. September aus der Geschäftsführung zurückgezogen haben. Nach der gemeinsamen Übergangszeit bis zum 1. September wurde Dirk Langenberg die alleinige Geschäftsführung übertragen. Nach seiner Ausbildung zum examinierten Gesundheits- und Krankenpfleger am Klinikum Solingen startete Dirk Langenberg seine berufliche Laufbahn in der St. Lukas Klinik GmbH in Solingen auf der Pflegestation der Inneren Medizin, der Interdisziplinären Intensivstation sowie der Anästhesie, bis er 1995 zunächst die pflegerische Leitung der Interdisziplinären Intensivstation und später die stellvertretende Pflegedienstleitung übernahm. Im Jahr 2000 schließlich wechselte Langenberg als stellvertretender Pflegedienstleiter und Medizin-Controller an das zur Kplus Gruppe gehörende St. Josefs Krankenhaus in Hilden und legte parallel dazu ein Studium des Pflegemanagements an der Katholischen Fachhochschule Köln (heute Katholische Hochschule Köln) ab. Anschließend wechselte er innerhalb der Unternehmensgruppe an das St. Josefs Krankenhaus in Monheim und übernahm dort die Pflegedienstleitung. Im Jahr 2007 erfolgte sein Wechsel in den ambulanten Bereich. Dort trat er die Leitung der Abteilung Außerklinische Intensiv- und Beatmungspflege der TheraConcept GbR, die Menschen im Rheinland, Ruhrgebiet und Bergischen Land versorgt, an. In diese Zeit fällt zudem der Abschluss seiner Weiterbildung zum Case Manager / Pflegeberater an der Bildungsakademie und Wissenschaft im Gesundheitswesen (BaWiG). Zuletzt war Dirk Langenberg Zweigstellenleiter und Pflegedirektor der isb Ambulante Dienste gGmbH in Düsseldorf.

Herr Langenberg, gibt es ein unvergessliches Erlebnis, das Sie in der Intensivpflege hatten? Ein Erlebnis, bei dem Sie danach sagten: Wow, ich habe den richtigen Beruf gewählt!

Als mir eine ältere, beatmete Dame während meines Dienstes nebenbei mitteilte, dass sie so gerne noch einmal die sonntägliche Messe in ihrer Heimatgemeinde besuchen würde. Sie hatte bis dahin nie davon gesprochen. Bereits am folgenden Sonntag konnte ich den Wunsch gemeinsam mit den Angehörigen umsetzen. Es wurde wieder zum sonntäglichen Ritual und sie fand wieder Anschluss an ihre Gemeinde, bekam auch wieder Besuch von Gemeindegliedern. Sie freute sich wieder, dazuzugehören und wir hatten diese Teilhabe gemeinsam ermöglicht.

Was sagen Sie jungen Menschen, um sie für den Pflegeberuf zu begeistern?

Der Beruf der Altenpfleger*in und der Gesundheits- und Krankenpfleger*in ist sehr vielseitig in den Einsatzmöglichkeiten (fachliche Spezialisierungen) und den Einsatzorten (stationäres und ambulantes Setting). Berufliche Karrieren lassen sich über Fort- und Weiterbildungen sowie über Studiengänge vorantreiben. … alles ist möglich. Das Handeln der Pflegefachkräfte führt überwiegend zu sehr positiven Reaktionen und Rückmeldungen der Pflegebedürftigen, wobei es häufig die kleinen Handreichungen und die empathischen Gespräche sind, die besonders wertgeschätzt werden.

Welches Buch lesen Sie gerade?

Derzeit lese ich zwei Reiseführer über Island, noch ein Traumziel, das ich gerne mit meinem Motorrad entdecken möchte.

Angehörige von Intensiv-Patienten reden Klartext

Im bayerischen Wullenstetten hatte sich massiver Widerstand gegen eine Wohngemeinschaft der DFG-Tochtergesellschaft FAU frei atmen Ulm formiert. Anwohner sahen „eine ganz ungute Geschichte“ auf sich zukommen und sammelten Unterschriften gegen das Vorhaben. „Wir wollen das hier nicht haben“, war die Formulierung eines Anwohners. Angehörige intensivpflegerisch betreuter WG-Bewohner*innen wehrten sich, ebenfalls öffentlich, gegen die Vorwürfe der aufgebrachten Bürger und stellten klar, wie lebensnotwendig sowohl für die Betroffenen als auch deren Angehörige diese Wohngemeinschaften sind.

Ambulant betreute Wohngemeinschaften bieten die Möglichkeit, in der Gemeinschaft selbstbestimmt zu leben. Denn auch pflegebedürftige Menschen haben, wenn das Leben im eigenen Zuhause nicht mehr möglich ist, den Wunsch und ein Recht auf eine Wohn- und Lebensform, die ein individuelles und unabhängiges Leben ermöglicht. Dabei stehen ihre Wünsche und Bedürfnisse immer an erster Stelle. Gemeinsam entscheidet der Betroffene bzw. seine Angehörigen, wie das Zusammenleben gestaltet werden soll und was an Leistungen erbracht werden muss – und das heißt: Verantwortung einerseits wahrzunehmen und andererseits einzufordern.

Neben der notwendigen Sicherung von pflegerischer und hauswirtschaftlicher Versorgung, bietet die selbstgestaltete Privatsphäre innerhalb der Gemeinschaft die Möglichkeit, soziale Kontakte zu knüpfen und Geborgenheit zu finden. Denn ambulant betreute Wohngemeinschaften greifen genau diese Bedürfnisse auf: Wärme, Geborgenheit, Unterstützung, Zuspruch, Nähe ebenso wie eine optimale medizinisch-pflegerische Rundum-Betreuung und Versorgung.

Dieses alternative Wohnkonzept ist aus der Pflegelandschaft heute nicht mehr wegzudenken, doch das ist noch lange nicht für jeden selbstverständlich. Als ein großes Problem in der öffentlichen Wahrnehmung und Akzeptanz von Intensiv-Wohngemeinschaften stellt sich auch immer wieder Unaufgeklärtheit heraus. Entsteht so eine Wohngemeinschaft in Wohngebieten, sind es oft die Anwohner und Nachbarn, die eine Einschränkung der eigenen Lebensqualität befürchten. So auch jüngst im bayerischen Wullenstetten, in dem sich massiver Widerstand gegen eine Wohngemeinschaft der DFG-Tochtergesellschaft FAU frei atmen Ulm formierte – und schaffte es damit bis in die Presse. Anwohner sahen „eine ganz un-

gute Geschichte“ auf sich zukommen, prognostizierten die Entstehung einer Intensivstation, die mit privatem Wohnen nichts gemein und daher in einem Wohngebiet auch nichts zu suchen habe und sammelten Unterschriften gegen das Vorhaben. „Wir wollen das hier nicht haben“, war die Formulierung eines Anwohners.
Doch es gab eine Gruppe, die die Kritik und Ablehnung der Anwohner nicht hinnehmen und Klarheit darüber schaffen wollte, welche Bedeutung Intensiv-Wohngemeinschaften haben: Angehörige intensivpflegerisch betreuter WG-Bewohner*innen wehrten sich, ebenfalls öffentlich, gegen die Vorwürfe der aufgebrachten Bürger und stellten klar, wie lebensnotwendig sowohl für die Betroffenen als auch deren Angehörige diese Wohngemeinschaften sind. „Wer sich mit Wachkoma- oder Intensivpatienten jemals beschäftigt hat weiß, dass diese Menschen Ruhe brauchen“, erzählt eine Angehörige, deren Mutter mit nur 49 Jahren plötzlich zusammenbricht und keine Lebenszeichen mehr zeigt. Im Krankenhaus wird ein Herzinfarkt diagnostiziert. Seither liegt sie im Wachkoma. „Wir standen damals vor der schwierigen Entscheidung, was wir tun sollen. Maschine abschalten oder Luftröhrenschnitt“, so die Tochter. Die Familie entschied sich für den Luftröhrenschnitt. Aber was dann? Nach langer Suche fand die Familie die beste Lösung in einer Wohngemeinschaft der FAU frei atmen Ulm – und ist glücklich darüber. Dort habe ihre Mutter ein Zuhause gefunden, in dem es keineswegs so sei wie in einem Krankenhaus.
Auch Betroffene selbst melden sich und widerlegen die Vorwürfe. Heinz Chechowsky beispielsweise war über ein Jahr Patient in einer Wohngemeinschaft und mittlerweile lebt er wieder Zuhause. Seine Frau beteuert: „Es gibt nichts Besseres als diese Einrichtung.“ Zu verdanken sei das auch den Mitarbeiter*innen vor Ort. Denn, so bestätigt auch FAU-Geschäftsführer Jörg Schuster: „Bei FAU frei atmen Ulm sind ausschließlich Fachkräfte im Einsatz. Wer dort Patient*innen versorgt, ist entweder Altenpfleger oder Gesundheits- und Krankenpfleger mit Zusatzqualifikation Intensivpflege. Wir arbeiten außerdem mit Spezialisten wie Atem- oder Wachkomatherapeuten zusammen.“
Die Arbeit in der Intensivpflege ist anspruchsvoll und anstrengend. Die Versorgung der Patient*innen muss rund um die Uhr gewährleistet sein. Wer im Wachkoma liegt, muss mehrmals am Tag umgelagert werden, um Druckgeschwülste zu vermeiden. Patient*innen müssen unter anderem gewaschen und abgesaugt werden, damit sie richtig Luft bekommen. Aber „wir haben hier auch viel mehr Zeit für unsere Patient*innen als in anderen Pflegebereichen üblich“, erzählt Beate Krabel, stellvertretende Pflegedienstleitung bei FAU frei atmen Ulm. Ein Fakt, der in der würdevollen Pflege eines Menschen von enormer Wichtigkeit ist, sowohl für den Betroffenen als auch seiner Angehörigen.
Dieser Pflege und Förderung, gepaart mit ihrer unerschütterlichen Lebenslust, verdankt auch Maria Käßmeyer, dass sie heute wieder sprechen kann und um ein Vielfaches mobiler ist als noch vor einem Jahr. Nach einer Aortenruptur, einem vollständigen Riss in der Wand der Hauptschlagader, lag die heute 82-jährige im Wachkoma, musste beatmet und rund um die Uhr beobachtet werden. Heute kann sie wieder weitestgehend selbst atmen und verbringt viel Zeit im Garten ihrer Wohngemeinschaft.
Diese Geschichten zeigen, wie wichtig ambulant betreute Intensiv-Wohngemeinschaften für Menschen sind, deren Leben in der eigenen Häuslichkeit nicht mehr möglich ist. Dies zu transportieren hat sich die Deutsche Fachpflege Gruppe, unter deren Dach mittlerweile 23 bundesweit aufgestellte ambulante Pflegedienste Patient*innen in Wohngemeinschaften, Einzelversorgungen und in der klassischen Tourenpflege versorgen, auf die Fahnen geschrieben. Denn Aufklärung ist, wie die Sorgen und Ängste der Anwohner von Wullenstetten zeigen, dringend geboten.

Ich übe meinen Beruf mit Leib und Seele aus

Die Deutsche Fachpflege Gruppe (DFG) führte ein Gewinnspiel durch, um mit Pflegekräften in Kontakt zu kommen. Nach einhundert Einsendungen gab es für jedes hochgeladene Selfie einen Gutschein im Wert von 250 Euro. Anja Bergmann ist Pflegekraft in einer Klinik.

AB: Unsere Station ist aufgeteilt in die Fachbereiche Bauchchirurgie und Innere Medizin. Mich begeistert das gesamte Spektrum. Jeder einzelne Patient, jedes Krankheitsbild und die dazu passende Therapie.

Wie viele Jahre Pflegeerfahrung haben Sie und was würden Sie jungen Menschen sagen, damit sie den Pflegeberuf wählen?
AB: Ich wollte schon immer in der Pflege arbeiten. Jedoch habe ich zuerst eine Ausbildung als Medizinische Dokumentationsassistentin (MDA) abgeschlossen und in diesem Beruf eine Zeit lang gearbeitet. Schnell wurde mir klar, dass mich das Schreiben von OP-Berichten, Arztbriefen etc. nicht erfüllt. Also beschloss ich während meines Erziehungsjahres, meinen Traum Wirklichkeit werden zu lassen: Ich begann 2013 meine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin.
Jeder, der es liebt Menschen zu helfen und zu unterstützen, sollte diesen Beruf wählen. Aber man muss sich im Klaren sein, dass es auch Momente gibt, die einem zusetzen. Man benötigt dem Patienten gegenüber viel Empathie und Wertschätzung.

Hat die Pflege noch immer zu wenig Ansehen in der Gesellschaft? Wenn ja, wie wirkt sich dies auf Sie persönlich aus? Frustriert Sie das oder sind Sie eher eine Kämpfernatur, die das nicht hinnimmt?
AB: Ja und Nein. Man hört immer wieder von Außenstehenden und Angehörigen, dass sie großen Respekt vor unserem Beruf haben und dass er nicht immer einfach ist. Meiner Meinung nach müsste zuallererst der Personalschlüssel angepasst werden. Das geht aber nur, wenn man mehr junge Menschen dafür begeistern kann, diesen Beruf zu wählen. Demzufolge sollten die Arbeitsbedingungen auch stimmig sein, ebenso die Vereinbarkeit von Beruf und Familie. Und ja, da gibt es auch in punkto Bezahlung viele Bemerkungen von Außenstehenden bzw. man macht sich Gedanken, ob wir Pflegekräfte angemessen bezahlt werden.
Was die Vereinbarkeit von Familie und Beruf anbelangt, so kommt man mir in der Klinik sehr entgegen. Ich bin alleinerziehend und habe einen 6-jährigen Sohn. Ich kann im Schichtdienst arbeiten, da ich das große Glück habe, dass meine Eltern dann meinen Sohn betreuen.
Ich liebe meinen Beruf und übe diesen mit Leib und Seele aus. Mich macht es glücklich, dass ich Menschen helfen kann, egal in welcher Lebenssituation sie sind.

Uns Pflegekräften brennt so Einiges unter den Nägeln!

Fiona Müller arbeitet bei der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH in der Wohngemeinschaft für Menschen in Pforzheim. Auch sie hat ein Selfie hochgeladen und ist Gewinnerin eines Gutscheins.

Gibt es etwas, was Sie an Ihrem Beruf besonders begeistert?
FM: Mich haben schon immer Menschen und ihre Geschichte begeistert. Gerade hier in Pforzheim pflegt man heute noch einige Menschen, die den Wiederaufbau der Stadt nach dem Zweiten Weltkrieg miterlebt und vorangetrieben haben. Jeder Mensch, den wir pflegen, hat zur Entwicklung unserer Gesellschaft beigetragen. Diesen Menschen etwas zurückzugeben, ist meine Berufung.

Wie viele Jahre Pflegeerfahrung haben Sie?
FM: Ich bin eher noch einer der „jungen Hüpfer“ in der Pflege. 2012 begann ich ein Praktikum und 2013 meine Ausbildung zur examinierten Altenpflegerin in einem ambulanten Pflegedienst, welche ich 2016 abschließen konnte. Nach der Ausbildung arbeitete ich bei einer Sozialstation, bis ich am 01.04. dieses Jahres meinen Weg zur Heimbeatmung fand.
Jungen Menschen sage ich immer: „try it!“ Wer nie in einem sozialen Beruf gearbeitet hat, versäumt die Chance, einen Job zu machen, der erfüllend ist! Es gibt wenige so sinnvolle Berufe wie die Pflege!

Hat Ihrer Meinung nach die Pflege noch immer zu wenig Ansehen in der Gesellschaft?
FM: Momentan verfolge ich die Debatte in den Medien sehr interessiert. Allerdings bin ich zwiegespalten: Auf der einen Seite hoffe ich, dass sich endlich etwas ändert und die Pflege in der Gesellschaft ihren verdienten Stellenwert erreicht, auf der anderen Seite bin ich verzweifelt im Hinblick auf die Frage, wie man den Bogen noch bekommen will. Es liegt Vieles im Argen, und das resultiert meiner Meinung nach aus einem Teufelskreis: Wenige wollen den Job machen, da er, gemessen an dem körperlichen und psychischen Aufwand, den wir täglich erbringen, definitiv unterbezahlt ist. Daraus folgen schlechte Personalbedingungen und Überforderung (nicht überall!) Und das wird sich nicht ändern, wenn die Pflege nicht, auch finanziell, attraktiver wird. Ein flächendeckender Tarifvertrag für Pflegekräfte, mit angemessenen Rahmenbedingungen, wäre meiner Meinung nach der erste Schritt zur Besserung.

Frustriert Sie die derzeitige Misere in der Pflege oder sind Sie eher eine Kämpfernatur, die das nicht hinnimmt?
FM: Wer mich kennt, weiß, dass ich nichts so einfach hinnehme. Wo es geht und sinnvoll ist, setze ich mich sehr für bessere Bedingungen und mehr Anerkennung in der Pflege ein. Frust? Nein! Das klingt jetzt möglicherweise abgedroschen, aber ich habe einen Arbeitgeber gefunden, der meiner Meinung nach zeigt, dass es auch anders geht! Dass es keinen Zeitdruck gibt und man als Pflegekraft wertgeschätzt wird.

DEUTSCHE FACHPFLEGE GRUPPE

Pflege leben

Deine Zukunft ist GRÜN!

Jetzt bewerben:
team-dfg.de

Sich selber Gutes tun mit Qigong - eine wirksame Therapieform für Jedermann zur Steigerung der Lebenskraft (Teil 2)

In Ausgabe 41 der GEPFLEGT DURCHATMEN haben wir bereits eine theoretische Einführung zum Thema Qigong veröffentlicht. Ärztin und Verlegerin Christl Kiener und Facharzt Minh Yen Tran stellen vier Qigong-Übungsbeispiele zum selbst Ausprobieren vor. 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.

Vier Übungsbeispiele

Qigong-Übungen dienen der Aktivierung und Stärkung der Körperenergie, deren Wirkungsweise nach den Atmungsarten (Zwei-, Drei- oder Vier-Phasenatmung) unterschiedlich sein kann.
Nach Vorstellung der chinesischen Medizin sind die Ursachen von Schmerzen Blockaden oder Stau der Zirkulation von Qi und Blut in bestimmten Körperregionen und in den Meridianen. Auch eine Schwäche von Qi und Blut kann zu Stau und damit zu Schmerzen führen.
Im Folgenden sind vier Qigong-Übungen beschrieben, die auf das Bewegungssystem wirken und zur Linderung von Schmerzen und Förderung der Beweglichkeit beitragen. Sie werden mit der Zwei-Phasen-Atmung ausgeführt und sind auch für Qigong-Anfänger leicht zu erlernen. Sie können, müssen aber nicht mit Bewegungen der Arme und Beine einhergehen. Die Übungen im Sitzen können im Schneidersitz am Boden oder auf einem Hocker sitzend, einzeln oder nacheinander als kleines tägliches Programm durchgeführt werden. Sie werden mindestens zehnmal wiederholt, doch bei Zeichen von Überlastung sollte eine Pause eingelegt werden

Übung 1: Die Hände gleiten

Zwei-Phasen-Brustatmung – Übung im Stehen

Die Zwei-Phasen-Brustatmung dient der Aktivierung der Qi- und Blut-Zirkulation und der Beseitigung von Störungen in den Funktionskreisen Lunge und Magen und der Stärkung der allgemeinen Körperenergie.
Mit dieser Übung kann das Lungenvolumen erhöht werden. Allerdings hat sie weniger Einfluss auf die Bewegung des Zwerchfells und daher auch weniger Einfluss auf die Aktivierung der Funktion der inneren Bauchorgane. Für den Qigong-Anfänger ist sie leicht zu erlernen, da sie der normalen, spontanen und unbewussten Atmung des Menschen im alltäglichen Leben entspricht.

Ausgangsposition
Der Körper ist aufrecht. Die Beine sind gestreckt und gerade. Die Fersen berühren einander, die Fußspitzen sind leicht ausgestellt. Die Füße bilden so einen Winkel von 50 bis 60 Grad. Die Arme hängen an den Seiten herab, die Handflächen zeigen zum Körper und die Fingerspitzen nach unten. Der Blick ist nach vorn und geradeaus in die Ferne gerichtet (Abb. links).
Das Körpergewicht auf das rechte Bein verlagern. Die linke Ferse leicht anheben – die linke Fußspitze bleibt in Kontakt mit dem Boden –, wodurch das linke Bein leicht gebeugt ist (Abb. Mitte).
Anschließend den linken Fuß schulterbreit nach links schieben und die Beine strecken. Der Körper steht nun stabil im Mittelstand. Die Arme hängen an beiden Seiten eng am Körper nach unten. Die Handflächen zeigen zum Körper und die Fingerspitzen nach unten. Das Körpergewicht ist gleichmäßig auf beide Beine verteilt. Oberkörper und Kopf sind aufrecht. Der Blick ist nach vorn und geradeaus in die Ferne gerichtet (Abb. rechts).

Einatmen
Die Hände langsam von unten nach oben bis in Brusthöhe heben. Die Handflächen zeigen zum Körper und parallel zum Thorax, die Fingerspitzen liegen sich gegenüber und zeigen aufeinander (Abb. links). Die Hände so weit anheben, bis Oberarme, Unterarme und Hände in waagerechter Position sind (Abb. Mitte). Dann die Ellenbogen ein wenig nach außen führen, sodass der Abstand zwischen den Händen größer wird und zwischen den Fingern eine Faustbreite beträgt (Abb. rechts).

Ausatmen
Die Hände aufeinander zubewegen, bis die Fingerspitzen nah beieinanderstehen. Die Handflächen bleiben parallel zum Brustkorb (Abb. links). Dann die Hände langsam nach unten bis zum Dantian senken. Die Hände dabei kontinuierlich in einer Viertelumdrehung so positionieren, dass die Handflächen nun zum Boden zeigen (Abb. Mitte und rechts).
Während dieser Bewegung die Beine leicht beugen.

Übung 2: Den Kopf wenden

Zwei-Phasen-Bauchatmung – Übung im Sitzen

Diese Übung dient dem Training der Drehbewegung (Rotation) der Halswirbelsäule. Der Kopf darf dabei nicht geneigt oder nach vorn gebeugt werden. Die horizontale Lage der Arme beim Ausatmen dient zur Fixierung des Schultergürtels. Der Rumpf soll aufrecht gehalten werden und beteiligt sich nicht an der Drehung des Kopfes.

Ausführung nach links

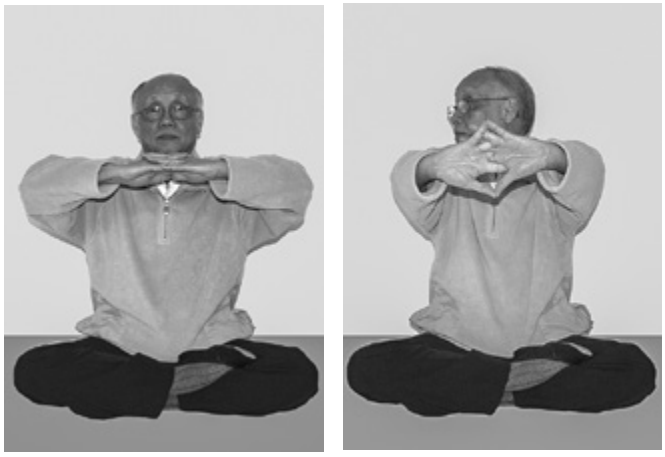
Einatmen
Von der Ausgangsposition (Abb. links) die Hände mit verschränkten Fingern bis zur Brusthöhe anheben und dann so positionieren, dass die Handrücken nach oben und die Handflächen nach unten zeigen. Die Arme sind in waagerechter Position in Schulterhöhe ausgerichtet, die Ellenbogen zeigen nach außen. Der Kopf ist aufgerichtet, der Blick geht nach vorne. Der Rumpf ist leicht gebeugt. Der Blick richtet sich nach vorn. Den Bauch vorwölben (Abb. Mitte).

Ausatmen
Die Handflächen um 90 Grad nach vorn drehen und die Arme dabei gerade nach vorn strecken. Synchron mit dem Strecken der Arme den Kopf nach links drehen. Den Rumpf dabei strecken und den Bauch einziehen (Abb. rechts).

Ausführung nach rechts

Einatmen
Den Kopf wieder nach vorn zurückwenden und gerade halten. Die Hände zur Brust zurückführen und um 90 Grad drehen, sodass die Handflächen wieder nach unten zeigen. Die Ellenbogen zeigen wieder nach außen, die Arme sind angewinkelt und bleiben in waagerechter Position. Den Rumpf leicht nach hinten beugen und den Bauch vorwölben (Abb. links).

Ausatmen
Die Handflächen um 90 Grad nach vorn drehen und die Arme dabei gerade nach vorn strecken. Gleichzeitig mit dem Strecken der Arme den Kopf nach rechts drehen. Dabei den Rumpf strecken und den Bauch wieder einziehen (Abb. rechts).



Übung 3: Den Rumpf drehen

Zwei-Phasen-Bauchatmung – Übung im Sitzen

Diese Übung dient dem Training der Seitwärtsbewegung (Lateroflexion) der Brustwirbelsäule. Arme, Kopf und Rumpf bilden einen kompakten Block, deshalb darf der Rumpf während des Ausatmens nicht gedreht oder nach vorne oder hinten gebeugt werden.

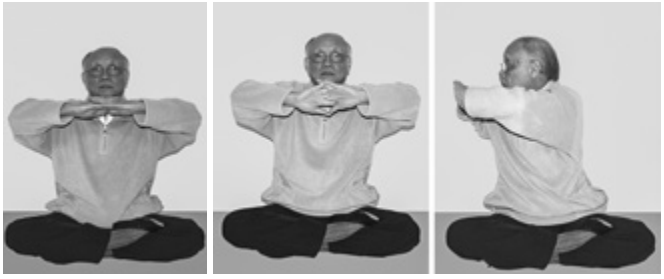
Ausgangsposition
Sitzen auf einem Hocker. Die Beine sind rechtwinklig gebeugt. Die Füße bilden mit den Fersen als Achse einen Winkel von 45–50°. Beide Fußsohlen befinden sich ganz flach auf dem Boden. Die Handflächen werden auf die Oberschenkel gelegt. Die Fingerspitzen zeigen nach vorn.

Ausführung nach links

Vorbereitung
Letzte Figur der ersten Übung „Den Kopf wenden“ mit der Ausführung nach rechts (Abb. rechts).
Einatmen
Den Kopf wieder zurückdrehen und gerade gehalten. Die Hände zurück zur Brust führen und um 90 Grad drehen, sodass die Handflächen wieder nach unten zeigen. Die Arme bleiben parallel zum Boden. Dabei den Rumpf leicht beugen. Der Bauch wölbt sich automatisch vor. Der Blick richtet sich nach vorn (Abb. links).
Ausatmen
Die verschränkten Hände um 90 Grad drehen, sodass die Handflächen nach vorn zeigen (Abb. Mitte). Dann die Arme nach oben führen. Den Rumpf gleichzeitig strecken. Den Bauch wieder einziehen. Synchron mit dem Anheben der Arme den Rumpf nach links neigen (Abb. rechts).

Ausführung nach rechts

Einatmen und **Ausatmen** wie bei der Ausführung nach links - nur dann die Rumpfdrehung nach links durchführen.



Übung 4: Die Hüfte beweglich machen

Zwei-Phasen-Bauchatmung – Übung im Liegen

Diese Übung dient dem Training der Beweglichkeit der Hüfte (Rotation). Der Rumpf beteiligt sich nicht an der Bewegung.

Die Beine wie Fächer klappen
Der Übende liegt mit dem Kopf flach am Boden oder auf einem flachen Kissen auf dem Rücken. Die Wirbelsäule ist in ihrer natürlichen Krümmung und nicht im Hohlkreuz (Lordose).

Ausführung nach links

Vorbereitung
Rückenlage. Die Beine sind gestreckt und liegen nebeneinander. Die Hände liegen übereinander auf dem Bauch im Dantian-Bereich (Abb. oben).
Der Blick richtet sich nach oben. Der Bauch wölbt sich beim Einatmen vor und wird beim Ausatmen eingezogen.
Einatmen
Das linke Bein ab der Hüfte ausdrehen und leicht beugen, sodass es nach außen zum Boden kippt, die Außenseite des linken Beins berührt den Boden (2. Abb. unten). Dann den Fuß nach oben bis in Höhe des rechten Knies anziehen, das linke Bein bleibt dabei am Boden liegen. Anschließend das linke gebeugte Bein aufstellen, sodass das Knie nach oben zeigt. Der Fuß steht auf dem Boden (3. Abb. unten).

Ausatmen
Das linke Bein nach vorne strecken, wobei die linke Ferse stets in Kontakt mit dem Boden bleibt (Abb. unten).

Ausführung nach rechts

Vorbereitung
Rückenlage. Die Beine sind gestreckt und liegen nebeneinander. Die Hände liegen übereinander auf dem Bauch im Dantian-Bereich (Abb. unten).
Der Blick richtet sich nach oben. Der Bauch wölbt sich beim Einatmen vor und wird beim Ausatmen eingezogen.

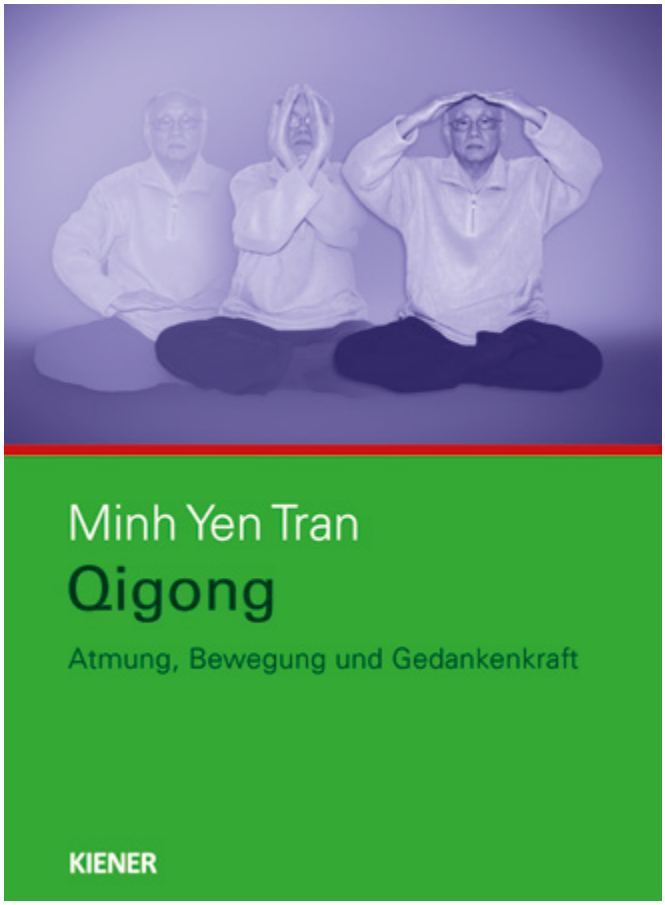
Einatmen
Das rechte Bein leicht beugen und gleichzeitig nach außen zum Boden kippen, bis die Außenseite des rechten Beins den Boden berührt (1. Abb. unten). Dann den Fuß nach oben bis in Höhe des linken Knies anziehen, ohne dass das rechte Bein den Kontakt mit dem Boden verliert. Anschließend das rechte Bein aufstellen, sodass das rechte Knie nach oben zeigt. Der Fuß steht auf dem Boden (2. Abb. unten).

Ausatmen
Das rechte Bein nach vorne ausstrecken, wobei die rechte Ferse stets in Kontakt mit dem Boden bleibt (Abb. unten).

Qigong ist neben Akupunktur, cinesischen Kräutern, Tuina und Diätetik eine wichtige Säule der chinesischen Medizin.

Ein Programm aus den beschriebenen Übungen wird in mehreren Lektionen und stufenweise - beginnend mit der einfachsten Übung- aufgebaut.

Die Methode ist optimal:
- für die Erhaltung der vitalen Energie
- für die Harmonisierung der Psyche
- für die Steigerung der Konzentrationsfähigkeit
- die Übungen werden Schritt für Schritt dargestellt in Einheit mit über 800 Abbildungen
- Jeder kann diese Übungen leicht erlernen



Minh Yen Tran: Qigong. Atmung, Bewegung und Gedankenkraft
1. Auflage 2012, 200 Seiten über 800 Abbildungen, Softcover, 19,6 x 27 cm
ISBN 978-3-943324-01-3
39,95 €

Christl Kiener, Ärztin und Verlegerin, München
Minh Yen Tran, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, Akupunktur, Naturheilverfahren, Chirotherapie, Bad Pyrmont

Bewegt euch!

Mit dem Aufruf „bewegt euch!“ ist eine „Streitschrift für eine würdevolle Pflege in Deutschland“ im Mabuse Verlag erschienen. Herausgegeben hat sie der Verein „Pflege in Bewegung e.V.“, in der insgesamt 14 Autoren die aktuelle Situation der Pflege beschreiben und analysieren.

Auf die treffende Aussage „Ausgebrannte Pflegende bringen keine Wärme mehr; wem nützt ein Leuchtturm, wenn die Lampe nicht brennt“ von Liliane Juchli beziehen sich die Autoren. Genauso sehe es derzeit auf dem Pflegemarkt aus. In dem schmalen Bändchen kommen alle Berufsgruppen zu Wort, die aktiv an der Pflege beteiligt sind: die Krankenschwester, die Pflegedienstleitung einer Einrichtung, der Geschäftsführer, der Lehrer für Pflegeberufe und natürlich die große Gruppe der pflegenden Angehörigen. Sie alle sind es doch, die in den vergangenen Jahren notgedrungen in der Pflege enorm viel auffangen mussten, weil entweder die Pflegekräfte im Burnout waren oder den Weg des #Pflexit, den Ausstieg aus dem Beruf, eingeschlagen haben. Trotz all dieser Probleme, die zum heutigen dramatischen Pflegenotstand geführt haben, ist nach Ansicht der Autoren in der Politik offensichtlich noch niemand aufgewacht. Zu mächtig seien Lobbyisten, Pharmaindustrie, Ärzteschaft und Träger von Kliniken oder Heimbetreiber!
Die vorliegende Streitschrift soll uns Pflegenden eine Stimme geben. Noch nie habe ich mich so wiedergefunden, wie in den Aussagen dieser Autoren. Und das will etwas heißen, denn ich bin seit 27 Jahren im Pflegeberuf!
Nicht zuletzt mit der Parole „Pflegen kann jede/r“ hat die Politik dazu beigetragen, dass Wertschätzung der Pflege in der Gesellschaft drastisch gesunken ist. Diese fatale Aussage wird im Buch aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet und in den 17 Artikeln der Streitschrift immer wieder auf den Punkt gebracht.
Und das will die Streitschrift bewusst machen: Das Gesundheitswesen wird auf dem Rücken der Patient*innen und ihrer Angehörigen sowie der Pflegekräfte, die ihren Beruf lieben und ihn aus Überzeugung gewählt haben, zu Tode gespart. Eine würdevolle Pflege wird es aber nicht billig „von der Stange“ geben, schließlich pflegen wir Pflegekräfte Menschen und keine Aktenordner, die wir um 16 Uhr ins Regal stellen können, um uns in den Feierabend zu verabschieden.

Kerstin Hirsch

Zum Buch:
Pflege in Bewegung e.V. (Hrsg.): bewegt euch! Streitschrift für eine würdevolle Pflege in Deutschland
Mabuse 2018, 112 Seiten, Preis: 9,95 Euro

Schlucken Sie nicht alles! Fragen Sie lieber Ihren Apotheker

Das Buch „Schlucken Sie nicht alles! Fragen Sie lieber Ihren Apotheker“ von Erika Fink, erschienen 2018 im Hirzel Verlag, ist eine ausführliche Beschreibung des Berufsbildes Apotheker*in. Die Autorin greift darin die aktuellen Herausforderungen dieses Berufsstandes auf und macht deutlich, dass Apotheker*innen auch wichtige Ansprechpartner*innen in der Pflege sind.

Die Apothekerin Erika Fink zeigt in ihrem Buch verschiedene Therapieansätze und die damit verbundene Vielfältigkeit der Arzneimittel. Sie geht auf die Verschiedenartigkeit der Kundenwünsche ein und stellt unser Gesundheitssystem vor. Es ist ihr ein großes Anliegen, darauf hinzuweisen, dass der Kontakt zwischen Arzt, Patient und Apotheker oftmals zu gering ist, um wichtige Informationen für die Patienten zusammenzuführen. Erika Fink befürwortet deshalb die Einführung einer Gesundheitskarte mit gespeicherten Daten, um diesen Informationsfluss zu verbessern.
Ein Kernsatz des Buches lautet: „…Der ‚mündige Verbraucher‘ wird gute Berater brauchen, um nicht übertherapiert zu werden.“ Im letzten Kapitel gibt sie einen Ausblick, der zum Nachdenken anregt. Werden sich Digitalisierung und die ertragsorientierte Pharmaindustrie dahingehend entwickeln, dass wir demnächst für unsere ferngestellte ärztliche Diagnose über den Versandweg Medikamente bekommen, die von digitalen Apotheken mit bestimmten Lieferabkommen zwischen Pharmafirmen und einigen wenigen Apotheken zugestellt werden?
Erika Fink war jahrelang Präsidentin der Bundesapothekerkammer und ist Referentin im Bereich der Aus- und Weiterbildung der Apotheker*innen. Man merkt bei der Lektüre schnell, dass sie ein umfassendes Wissen über die Geschichte und die Entwicklung des Berufsstandes des Apothekers hat. Aus der Trennung von Arzt und der Person, die an dem Mittel zur Linderung oder Heilung der Krankheit verdient, entstand bereits im 13. Jahrhundert der Beruf des Apothekers. Die Apotheke hat sich

in den letzten Jahrhunderten immer wieder verändert, aber es gilt nach wie vor: keine Selbstbedienung! Daneben hat sich das Angebot der Apotheken in den vergangenen Jahren jedoch deutlich erweitert, so sind neben verschreibungspflichtigen, pflanzlichen und homöopathischen Medikamenten, auch Nahrungsergänzungsmittel, Kosmetika und Produkte zum „Gesunden Leben" erhältlich. Gerade deshalb ist es Erika Fink wichtig, darauf hinzuweisen, dass die Ausbildung zum Apotheker*in zwei Staatsexamina und ein weiteres Examen für den Abschluss Apotheker erfordert. Apotheker*innen verfügen also über umfangreiches und fundiertes Wissen, was chemische Substanzen, Reaktionen und Abläufe im Körper betrifft und können daher in vielen Bereichen sicher, zuverlässig und gut beraten.

Das Buch ist ein Plädoyer für den Erhalt der Apotheke in der Form, in der wie sie heute kennen. Auch gelte es den Berufsstand des Apothekers bzw. der Apothekerin zu erhalten. Auch aufgrund einer älter werden Gesellschaft sind wir auf die persönliche Beratung durch Expert*innen angewiesen. Der Autorin ist es gelungen, mit diesem Buch die Vielschichtigkeit des Berufsbildes „Apotheker*in" aufzuzeigen, u.a. sind sie auch wichtige Ansprechpartner*innen für Pflegekräfte!

Vera Kroll

Zum Buch:
Erika Fink: Schlucken Sie nicht alles! Fragen Sie lieber Ihren Apotheker
1. Auflage, S. Hirzel Verlag 2018, 244 Seiten, Preis: 17,80 Euro

Bens Sonnenblumen

In dem Kinderfachbuch zum Thema Trauer geht es um den kleinen Ben, der nach einem Fahrradunfall stirbt. Seine jüngere Schwester Mica erzählt, wie die Familienmitglieder mit diesem Verlust umgehen. Auf den letzten 10 Seiten gibt es Erklärungen und Informationen für Erwachsene und Fachkräfte.

In „Bens Sonnenblumen" von Bernadette Schmitt, Monika Bacher, Ulrich Koprek und Andrea Hendrich geht es in kurzen verständlichen Sätzen um die Verarbeitung von Trauer. Die Familie von Ben erlebt ein Wechselbad der Gefühle: Trauer, Schmerz, Einsamkeit und Sehnsucht. Jedes Familienmitglied lebt seine eigene Trauer, jeder kämpft mit eigenen Gefühlen. Zusammen, auch mit Hilfe von außen, beginnen sie Schritte in ein Leben ohne Ben… der immer Teil der Familie bleiben wird. Als pädriatische Palliativ Care Fachkraft, die seit eineinhalb Jahren im Team der „Kleinen Riesen" in Kassel als pflegerische Unterstützung in der SAPV (spezialisierte ambulante Palliativ Versorgung) tätig ist, habe ich das Büchlein mit großem Interesse gelesen.
Was mir fehlt, ist der rote Faden, und in meinen Augen ist das Thema sehr oberflächlich behandelt. Ich frage mich außerdem, ob in ein Kinderbuch ein Fachteil für Erwachsene gehört. Wäre es nicht sinnvoller gewesen, ein eigenes Buch für Erwachsene zu schreiben und dafür mit den einfachen Sätzen im Kinderbuch etwas mehr in die Tiefe zu gehen? Außerdem fehlt eine Altersangabe, sodass ich nicht nachvollziehen kann, welcher Altersgruppe ich dieses Buch als Hilfe vorlegen könnte.
Die Illustrationen von Bernadette Schmitt, einer Krankenschwester, die 15 Jahre in der Krankenpflege arbeitete und im Rahmen der Hauspflege viele schwerkranke Menschen und Sterbende begleitete, sind sehr harmonisch und schön. Ihnen fehlt aber völlig das Thema „Trauer". Das Buch ist nett aufgemacht, aber es hält nicht, was der Untertitel verspricht. Dabei ist das Autor*innenteam hochkarätig und besteht aus erfahrenen und hochqualifizierten Pädago*innen und Therapeut*innen.
So sehe ich das Buch eher als Diskussionsanstoß für eine Familie und weniger als geeignetes Mitbringsel z.B. für das Geschwisterkind eines Verstorbenen. Während meiner Arbeit mit betroffenen Familien habe ich einige Geschwisterkinder erlebt, für die eine Unterstützung beim Weiterleben nach so einem großen Verlust ganz wichtig wäre.

Zum Buch:
Bernadette Schmitt, Andrea Hendrich: Bens Sonnenblumen. Ein Kinderfachbuch zum Thema Trauer
Mabuse 2018, 55 Seiten, 16,95 EUR

Susanne Möller

Wie Smartphones die Pflegepraxis (mit-)gestalten

Sabine Daxberger veröffentlichte unter dem Titel „Neue Technologien in der ambulanten Pflege. Wie Smartphones die Pflegepraxis (mit-)gestalten" im Mabuse-Verlag ihre Masterarbeit, welche mit dem Koblenzer Hochschulpreis für akademische Spitzenleistungen ausgezeichnet wurde.

Gleichwohl der Titel von neuen Technologien in der ambulanten Pflege spricht, grenzt der Untertitel den Informationsgehalt des ca. 130 Seiten starken Werkes korrekt ein – es geht um den Einsatz von Smartphones oder mobilen Endgeräten, wie die Autorin sich auszudrücken pflegt, in der ambulanten Pflege (Tourenpflege) in Oberösterreich. Exemplarisch wurden hier drei Pflegedienste gewählt und in Summe 20 Beobachtungstage von sieben Pflegepersonen ausgewertet. Tatsächlich konzentriert sich die Untersuchung auch nur auf den schmalen Bereich der Schnittstelle Pflegekraft/Smartphone und Klient/Smartphone, soweit für die Leistungserbringung Unterschriften zu leisten waren, die ggf. auf dem Endgerät erbracht werden sollten. Jedoch wird weder die verwendete Software konkret benannt, noch erfährt der Leser Hintergründe zu pflegerischen Leistungskomplexen und deren Planungsmöglichkeiten.
Aus wissenschaftlicher Sicht wird der Aufbau der Arbeit sicher allen Anforderungen an eine Masterarbeit genügen, diesen offensichtlich sogar in ausgezeichnetem Umfang. Als interessierte Pflegekraft darf ich aber auch einfach fragen: Welche Erkenntnisse kann ich denn nun aus dieser Arbeit gewinnen? Schließlich dient Wissenschaft nicht dem Selbstzweck, sondern dem Erkenntnisgewinn...
Auf den ersten 50 Seiten bleibt dieser Erkenntnisgewinn gering. Hier werden der theoretische Rahmen und das methodische Vorgehen dargelegt. Dabei werden – einer wissenschaftlichen Arbeit gerecht werdend – die verschiedenen Sichtweisen diverser Autoren zitiert. Mich hätte eher die persönliche Erfahrung und Sichtweise der Autorin für oder gegen eine Maßnahme interessiert. Beispielsweise kann ich mich ihrer Begründung, auf elektronische Hilfsmittel zur Aufzeichnung zu verzichten, weil man sonst den Einsatz neuer Technologien durch die Linse neuer Technologien (Videokamera) sehen könnte, in der heutigen Zeit nicht mehr anschließen. Selbst ich habe schon Anfang der 1990er Jahre in Weiterbildungen mit Videografie arbeiten dürfen, und für die heutige Nutzung von Smartphones sind Videosequenzen eine Selbstverständlichkeit. Interessanterweise beschreibt die Autorin selbst im letzten Kapitel eine „Unschärfe" in ihrer Untersuchung, die durch Einsatz eben dieser technischen Hilfsmittel gemildert werden könnte!
Als Selbstverständlichkeit erscheinen viele der ab Kapitel 6 vorgetragenen Ergebnisse. Dass zur wesentlichen Kommunikation die Telefonfunktion, SMS oder E-Mail genutzt werden und die Taschenlampen- und Fotofunktionalität praktisch zur Wunddokumentation sein kann, überrascht wenig. Aber auch, dass die Uhrzeit auf dem Display abgelesen werden kann, sollte keiner expliziten Erwähnung bedürfen. Beinahe witzig ist jedoch die Erkenntnis, dass der Rahmen des mobilen Endgeräts auch als Lineal benutzt wurde und die „Manipulation am Gerät" tatsächlich mit Fingerkuppe, dem Fingernagel oder einem Spezialstift mit Gummioberfläche statt fester Mine erfolgt. Die Beschreibung, dass am Display offensichtlich getippt, gescrollt oder geschrieben wird und auf die Tasten des Rahmens gedrückt werden kann, verursachte bei mir dann nur noch belustigtes Kopfschütteln. Leider war damit die Beschreibung noch gar nicht beendet, aber ich möchte den Leser an dieser Stelle nicht langweilen.
Die im Folgenden dargestellten und beschriebenen Szenarien sind teilweise interessant zu lesen, gehen für meine Begriffe aber auch nicht über das Maß der allgemein bekannten Nutzungsszenarien und Problematiken im Umgang mit Smartphones hinaus. So erhält eine Pflegekraft, die durchschnittlich erfahren im Umgang mit einem Smartphone ist, auch in der Zusammenfassung und dem Fazit der Autorin keine neuen Erkenntnisse: Tatsächlich kann man mit einem Smartphone „verbale oder schriftliche Nachrichten empfangen oder auch absenden", die auch noch von akustischen Signalen begleitet werden können. Und ja, ein Smartphone kann Software zu Tourenplanung erhalten – die nicht immer perfekt ist, was sich in Programmabstürzen oder fehlendem Anwenderwissen zeigen kann. Dass ein Akku auch leer werden kann und die Pflegekraft auf das Smartphone angewiesen ist, wenn darüber die Tour geplant wird, ist nun wirklich keine neue Erkenntnis und ein alltägliches Problem. Die Problematik besteht aber auch bei einem Papierplan, den ich z.B. vergessen oder versehentlich vernichten könnte!
Damit ergeben sich für mich keine neuen Erkenntnisse, wie Smartphones den Pflegealltag (mit-)gestalten. Ergebnisse, die nicht auch im Umgang mit Smartphones im Alltag und bei normalen zwischenmenschlichen Beziehungen auftreten können, habe ich nicht gefunden.
Kurzum: Meine Erwartung, einen Überblick über die Möglichkeiten der Smartphonenutzung im Sinne einer zunehmenden Digitalisierung in der Pflege zu erhalten, wurden enttäuscht – verschiedene Perspektiven fehlten. Eine Pflegekraft, die sich über die Nutzungsmöglichkeiten eines Smartphones im Pflegealltag informieren möchte, ist besser auf den Seiten diverser Anbietern von Pflegesoftware aufgehoben. Wer es wissenschaftlich mag und sich über die Gestaltung wissenschaftlicher Arbeiten im Pflegebereich informieren möchte, ist bei dieser formal herausragenden Arbeit jedoch bestens aufgehoben.

Dieter Weber

Zum Buch:
Sabine Daxberger: Neue Technologien in der ambulanten Pflege.
Wie Smartphones die Pflegepraxis (mit-)gestalten.
Mabuse 2018, 135 Seiten, 24,95 €

DMGP

32. Jahrestagung

Deutschsprachige Medizinische Gesellschaft für Paraplegiologie

SAVE THE DATE

2019

22.–25. Mai

Koblenz

© Koblenz Touristik | Gauls – die Fotografen

conventus

Querschnittlähmung im Alter

Abschieben oder Rehabilitieren

Abstract-Deadline 31. Januar 2019

www.dmgp-kongress.de

Schmerzmittel in der Pflege

Die CD „Schmerzmittel in der Pflege“ hat der Deutsche Apotheker Verlag völlig neu bearbeitet und in 2. Auflage herausgegeben. Für Piroschka Jansen ist die PowerPoint-Präsentation eine empfehlenswerte Grundlage, um Pflegende für die optimale Schmerztherapie ihrer Patienten zu sensibilisieren.

Auf 29 Folien erläutert Dr. Constanze Schäfer MHA folgende Themenbereiche:
WAS hat die Behandlung der Schmerzen mit der Lebensqualität ihrer Patienten zu tun? WIE ist die Schmerzintensität zu beurteilen und zu erfassen und was ist der Unterschied von akuten und chronischen Schmerzen? Sie erklärt auch, wie z.B. das Schmerzgedächtnis funktioniert. WARUM ist eine regelmäßige Schmerzmitteleinnahme bei chronischen Schmerzpatienten von besonderer Bedeutung? WIE soll die Anwendung und Entsorgung von speziellen Arzneiformen wie Transdermalpflastern oder Bukkaltabletten sein? WELCHE unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Wechselwirkungen können mit anderen Arzneimitteln auftreten? Schäfer erklärt verständlich das Stufenschema der WHO Weltgesundheitsorganisation und warum eine Co-Medikation, die nichts mit einem Schmerzmittel zu tun hat, verschrieben wird. Sie zeigt auf, wie der Umgang mit Schmerzspritzen aussehen könnte und dass es durchaus legitim ist, vor einer schmerzhaften Intervention eine Schmerzreduktion zu veranlassen. Sie geht insbesondere auf Canabis

Constanze Schäfer: Schmerzmittel in der Pflege. Schulung für Pflegekräfte, Version 2.0
Deutscher Apotheker Verlag 2018
CD-ROM mit 29 PowerPoint-Folien und Vortragstext
Download-Möglichkeit auf Online-PlusBase, Preis: 39,00 Euro

- THC (Tetrahydrocannabinol)- ein, das seit 2017 für bestimmte Therapien zugelassen ist und stellt seine verschiedenen Darreichungsformen vor. Auch die Lagerung und Dokumentation von Betäubungsmitteln sowie die korrekte Entsorgung thematisiert sie. Erhellend ist die Erklärung von beispielhaften Handelsnamen der jeweiligen Wirkstoffgruppen in den Begleittexten.
Wer zum Thema Schmerz schulen möchte, für den ist die Präsentation eine hervorragende Grundlage, um Pflegende für die optimale Schmerztherapie ihrer Patienten zu sensibilisieren.

Psychopharmaka

Zur Schulung von Pflegekräften hat der Deutsche Apotheker Verlag eine Schulungs-CD herausgebracht, die das Grundwissen über Psychopharmaka vermittelt. Pflegekräfte sollen motiviert werden, ihre Patienten genau zu beobachten und mit Ärzten und Apothekern an einem Strang zu ziehen.

Pflegekräfte sehen ihre Patienten täglich und kennen sie somit sehr gut. Mit ihrem kritischen Blick von außen haben sie eine Schlüsselrolle. Denn Stürze, Schlaganfälle und Verwirrtheit können Hinweise auf gefährliche Nebenwirkungen von Psychopharmaka bei älteren Menschen sein. Die Kenntnis der gravierenden Neben- und Wechselwirkungen kann Leben retten. Deshalb sollten Pflegekräften sowohl die wichtigsten psychischen Erkrankungen und deren Symptome bekannt sein als auch die Wirkung der verordneten Arzneimittel.
Die CD vermittelt einen Überblick über die häufigsten psychischen Erkrankungen im Alter. Es folgt die Darstellung der Grundlagen der Arzneimittellehre von Psychopharmaka. Es können Störungen im Synaptischen Spalt im Gehirn auftreten. Auf verschiedenen Folien sind die Wirkstoffgruppen mit beispielhaften Handelsnamen beschrieben, welche dann genauer betrachtet werden.
Das Pflegepersonal wird auf die Wichtigkeit der absolut korrekten Einnahme von Psychopharmaka hingewiesen, da schon kleinste Veränderungen bei der Konzentration von Neurotransmittern zu massiven Kommunikationsproblemen zwischen den Nerven führen können. Auch

Constanze Schäfer: Psychopharmaka. Schulung für Pflegekräfte
Deutscher Apotheker Verlag 2018
CD-ROM mit 29 PowerPoint-Folien und Vortragstext
Download-Möglichkeit auf Online-PlusBase, Preis: 39,00 Euro

auf die erhöhte Suizdgefahr, insbesondere zu Beginn oder bei Umstellung der Medikation, wird hingewiesen und an die Pflegekräfte appelliert, besonders achtzugeben.
Die Power-Point-Präsentation mit anschaulichem Bildmaterial und ausführlichem Vortragstext ist geeignet, Pflegekräfte zu motivieren, ihre Patienten genau zu beobachten und mit dem Arzt und Apotheker, im Interesse der Betroffenen, zu handeln.

Piroschka Jansen

23.–25. MAI 2019
KONGRESSHALLE am Zoo Leipzig

45. Jahrestagung
der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin

27. Jahrestagung
der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie

GNPI
GESELLSCHAFT FÜR NEONATOLOGIE UND PÄDIATRISCHE INTENSIVMEDIZIN

DGPI
Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V.

www.gnpi-dgpi2019.de

conventus
CONGRESSMANAGEMENT

Wege kritischen Denkens in der Pflege

Im Mabuse Verlag ist das Buch „Wege kritischen Denkens in der Pflege“ erschienen. Rezensentin Christine Keller empfiehlt es Pflege- und Berufspädagogen, Verantwortlichen in Einrichtungen im Gesundheitswesen, von innerbetrieblichen Fortbildungen und Praxisanleitern.

Zum Buch:
Sabine Balzer et al. (Hrsg.): Wege kritischen Denkens in der Pflege – Festschrift für Ulrike Greb, Marbuse Verlag, Frankfurt/M, 228 Seiten, Preis: 29.95 Euro

Dieses Buch unterscheidet sich von einem klassischen Informations- oder Lehrbuch, denn es ist eine Festschrift zum 65. Geburtstag von Professorin Dr. Ulrike Greb, herausgegeben von vier ihrer ehemaligen Doktoranden. Damit wollen sie die berufliche Laufbahn und Arbeit von Frau Dr. Greb würdigen - von der Ausbildung zur Krankenschwester über die Weiterbildung „Lehrerin für Krankenpflege“, dem Studium der Pädagogik, Soziologie, Sprach- und Literaturwissenschaften, Philosophie und Psychoanalyse bis hin zur Promotion. Die Herausgeber konnten für die Festschrift weitere Weggefährten Grebs gewinnen, die sich mit unterschiedlichen Pflegethemen beschäftigen, aber kritisches Denken in den Mittelpunkt stellen – auch ein Arbeitsschwerpunkt von Frau Dr. Greb. Ulrike Greb verkörpert den Weg des lebenslangen Lernens. Sie hat viele Jahre als Krankenschwester, Lehrerin für Pflegeberufe und Leitung gearbeitet und hat erst spät studiert. Bei ihrer Promotion war sie 50 Jahre alt. Zuletzt arbeitete sie als Professorin für Berufspädagogik mit dem Schwerpunkt Didaktik der beruflichen Fachrichtung Gesundheit im Institut für Berufs- und Wirtschaftspädagogik, Fakultät Erziehungswissenschaft, Psychologie und Bewegungswissenschaft der Universität Hamburg. (Quelle: www.ew.uni-hamburg.de/ueber-die-fakultaet/personen/greb.html).

Frau Dr. Greb gilt als Wissenschaftlerin, die besonders in den Disziplinen Pflegepädagogik und-didaktik, Lehrerbildung und Pflegewissenschaften kritisches Denken in der Pflege vertreten hat. „Ökonomisierungsdruck auf der einen Seite steht dem Anspruch nach einer patienten- und mitarbeitergerechten Arbeitsweise gegenüber.“

Im ersten Artikel stellt der Autor nach einer Begriffsklärung und einem historischen Überblick den Stand der kritischen (Pflege-)Wissenschaft dar. Ihm nach muss eine kritische Pflegewissenschaft menschenunwürdige Zustände aufzeigen. Sie sei notwendiger denn je und soll der „Dominanz von Markt, Wettbewerb und Kostenoptimierung […] und der Transformation von Care-Beziehungen zu Dienstleistungsbeziehungen […] ein kritisches Korrektiv gegenüberstellen“ als Voraussetzung einer auf Emanzipation und Mündigkeit basierenden Pflege.

Im zweiten Artikel beschäftigt sich der Autor mit dem Thema „Patientenwege kritisch denken – Implikationen für das Pflegemanagement“. Hier geht es ebenfalls darum, dass pflegerische Arbeit heute ökonomisch geregelt ist und in „die Korsette der festgelegten Fallpauschalen“ gezwungen wurde. Patientenfallsteuerung (People-Processing) soll Verweildauern reduzieren und Erlöse optimieren. Damit hat sich die Pflege zunehmend von einer individuellen Pflegeprozessplanung oder gar dem Gedanken eines Primary Nursing immer weiter entfernt.

Der Autor des dritten Artikels beschäftigt sich mit dem Denken von Frau Dr. Greb, der es immer wichtig war, über das Pflegerische - auch kritisch - zu reflektieren. Dabei ging es ihr auch um „Darstellungen und Beschreibungsformen des Pflegerischen […], um die Mischzustände und ein Dazwischen überhaupt in den Blick zu bekommen.“

Im vierten Artikel schreiben die beiden Autoren über das Verhältnis von Technik und Pflegesystemen. Eine der Kernaussagen ist, dass die rasante Technologieentwicklung in Medizin und Pflege in einem hochinstitutionalisierten Bereich wie dem Gesundheitswesen vom Patienten als Endnutzer der Technologie nur wenig beeinflussbar ist. „Damit kann kaum noch von einer demokratischen Gestaltung technischer Entwicklungen gesprochen werden.“

Der fünfte Artikel hat den spannenden Titel „Anmerkungen zum ‚Schicksal‘ von Care-Berufen im Kontext gesellschaftlicher Erosionskrisen“. Mit Erosionskrisen sind u.a. demografische Entwicklung, Pflegenotstand, häufig niedriges Qualifikationsniveau v.a. von Quereinsteigern und Umschülern, gering empfundene gesellschaftliche Wertschätzung, Fluktuation und Berufsausstieg und Ökonomisierungsdruck gemeint. „Schicksalshaft“ erscheint der Vorrang der Hilfsbedürftigen im Nachrang zu den Bedürfnissen von Pflegenden. Auch altruistische (selbstlos, aufopfernd) Motive von Pflegenden gegenüber dem Leiden von Patienten führen zu einer „gewissen Blindheit gegenüber […] politischen, ökonomischen und wissenschaftlichen Disziplinärmächten“, mit der Gefahr, ausgebeutet und instrumentalisiert zu werden.

Der Autor des sechsten Artikels beschäftigt sich mit den Auswirkungen der Transparenzgesellschaft für das pflegerische Handeln, die sich auch in einer Tendenz für Perfektion und Makellosigkeit zeigt. Dabei liege die Macht der Transparenz beim Außenstehenden (z.B. Kassenverbände, MDK), nicht beim Handelnden. „Wer heute transparente Kriterien aufstellt, stellt etwas über die Sache, die […] auf einmal nicht mehr als solche interessiert, sondern nur noch nach dem, was davon sichtbar zu machen ist und gerade nicht nach dem, was sich durch die Sichtbarmachung verbirgt.“

Die Autoren des zweiten Teils der Festschrift beschäftigen sich mit kritischem Denken in der Pflegepädagogik zwischen Hochschule und Schule. Es geht u.a. um kritische Hochschulkonzepte in der Lehrerausbildung (Titel: Konstellatives Denken im pflegedidaktischen Hochschulkontext – eine Skizze), um die psychischen Aspekte in der hochschulischen Ausbildung (Titel: Narzissmus, Abwehr und Entfremdung im Seminarraum – Assoziationen zu Gefühlen im Pädagogischen), um den Kompetenzbegriff in der Pädagogik und wie Kompetenz erworben werden kann (Titel: Brauchen wir eine „Kritik-Kompetenz"?), um die Entwicklung einer Lehrerpersönlichkeit anhand von videogestützten Verfahren (Titel: Berufliche Didaktik Gesundheit & Pflege: Entwicklung der Lehrerpersönlichkeit durch videografische Verfahren) und um die Bedeutung von Collagen in pflegerischen Ausbildungskonzepten (Titel: Collagen in der Pflege und deren Bedeutung für die Pflegedidaktik).
Das vorliegende Buch ist keine „leichte Kost", die sich mal so lesen und verstehen lässt. Die Autoren sind allesamt studierte und promovierte (Pflege-)Wissenschaftler und (Pflege-)Pädagogen bzw. in diesen Bereichen tätig. Die Sprache ist wissenschaftlich, aber insgesamt durchwegs verstehbar. Allgemeinwissenschaftliche und pflegewissenschaftliche Begriffe werden verwendet und machen es aus meiner Sicht fast notwendig, ein Studium im Bereich Pflegewissenschaft-, pädagogik oder-management absolviert zu haben.
Die Autoren verweisen auf bzw. argumentieren mit Sekundärautoren und -literatur, teilweise auch außerhalb der Pflege (z.B. Frankfurter Schule, einer kritischen Gesellschaftstheorie um Horkheimer und Adorno). Ich bin Lehrerin für Pflegeberufe und habe ein paar Semester Bildungswissenschaften studiert, sodass mir das eine oder andere bekannt ist. Ich müsste mich aber, um die Inhalte vollständig zu durchdringen, doch noch recht ordentlich einarbeiten.
Auf der anderen Seite bringen alle Artikel (v.a. des ersten Teils) die Themen wissenschaftlich auf den Punkt, mit denen Pflegekräfte jeden Tag konfrontiert sind und die nicht selten auch von ihnen diskutiert werden – in der Regel unter praktischen Bezügen, selten nach wissenschaftlichen Kriterien und manches Mal auch sehr polemisch. Hier kann das vorliegende Buch eine größere Objektivität und Belegbarkeit in Praxisdiskussionen bringen.
Vorteilhaft- auch für den nichtstudierten Leser- ist, dass alle Themen sehr kompakt dargestellt sind und sicher nicht in die maximale wissenschaftliche Tiefe und Breite gehen. Ich konnte jedes einzelne Kapitel auch deshalb gut lesen und erfassen. Jedes Kapitel hat ein umfangreiches Literaturverzeichnis.
Dieses Buch ist eine Leseempfehlung für Pflege- und Berufspädagogen, aber auch für Verantwortliche in Einrichtungen im Gesundheitswesen, von innerbetrieblichen Fortbildungen und für Praxisanleiter. Ziel muss es sein – das war und ist auch der Anspruch von Dr. Greb – reflektierende und kritisch denkende Pflegekräfte auszubilden, die nicht zu allem Ja und Amen sagen, sondern ihr Tun hinterfragen, einschließlich der politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, die Einfluss auf die Pflegearbeit haben.

Christine Keller

Symposium „Neurologische Beatmungsfrührehabilitation"

Am 16.11.2018 findet ein Symposium der Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation am Evangelischen Krankenhaus Oldenburg statt. Dazu lädt Dr. Martin Groß, Chefarzt Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation, ein.

Das Symposium richtet sich an Ärzte, Pflegekräfte und Therapeuten, die an der Versorgung schwerstkranker, trachealkanülierter und beatmeter neurologischer Patienten beteiligt sind, an Angehörige neurologisch schwer erkrankter Patienten und Kostenträger, die in die Neurologische Frührehabilitation beatmeter Patienten involviert sind. Vorträge renommierter Referenten zu einer Vielzahl an Themen von der Beatmungsentwöhnung und Heimbeatmung bis zur Palliativmedizin geben einen Überblick über den aktuellen Kenntnisstand in der noch jungen Disziplin der Neurologischen Beatmungsfrührehabilitation.
Der Hintergrund: An vielen Rehabilitationskliniken und Akutkrankenhäusern werden auf die Bedürfnisse schwerkranker neurologischer Patienten spezialisierte Intensivstationen aufgebaut. Intensivmedizinische Behandlung, Beatmungsentwöhnung und Neurologische Rehabilitation müssen dort oft gleichzeitig geleistet werden, was eine große Herausforderung für alle beteiligten Fachdisziplinen darstellt. Zudem ist die Anzahl der behandelten Patienten mit ausgeprägter Multimorbidität hoch und lebenserhaltende Technologien wie Nierenersatzverfahren und linksventrikuläre Unterstützungssysteme („Kunstherz") kommen auch auf neurologischen Beatmungsstationen immer häufiger zum Einsatz.
Unsere Erfahrung zeigt: Ohne gelebte Interdisziplinarität ist die Versorgung der Patienten in der neurologischen Beatmungsfrührehabilitation nicht möglich. Bei dem Symposium sollen interdisziplinäre Perspektiven und Lösungsansätze für die komplexen Probleme der Patienten aufgezeigt werden, wobei sowohl die verschiedenen an der Patientenversorgung beteiligten Professionen als auch die Fachrichtungen der Medizin mit Vorträgen vertreten sind.
Nach den einzelnen Vorträgen besteht die Möglichkeit zur Diskussion.
Das Symposium findet am 16.11.2018 von 9:20 – 16:30 Uhr im Kulturzentrum PFL Oldenburg, Peterstraße 3, 26121 Oldenburg statt.
Mehr unter
www.evangelischeskrankenhaus.de/aktuelles/symposium-neurologische-beatmungsmedizin.html

Die Teilnahme ist kostenfrei. Anmeldung erbeten bis zum 9.11.2018 mit Angabe des Namens, der Funktion (Arzt, Pflegekraft, Therapeut, Betroffener/Angehöriger …) und ggf. der Institution per Email, Fax oder Telefon an:
Evangelisches Krankenhaus Oldenburg
Klinik für Neurologische Intensivmedizin und Frührehabilitation / Sekretariat
Telefon: (0441) 236-402, Telefax: (0441) 236-715
E-Mail: nfr@evangelischeskrankenhaus.de

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. - 11.10.2018 in Berlin
KAI Kongress für Außerklinische Intensivpflege 2018. Der Intensivpflegekongress für Pflegekräfte
www.kai-kongress.de

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

16. - 17.10.2018 in Landsberg
Basale Stimulation Aufbaukurs, Teile 1 und 2 von 3
IHCC Intensive Home Care Consulting GmbH
www.ihcc.mobi

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, ausgerichtet von Teleflex Medical, wendet sich an Mitarbeiter von Pflegeeinrichtungen und Unternehmen, die Menschen mit Tracheostoma versorgen und ihre Kenntnisse in diesem Bereich vertiefen oder auffrischen möchten.
Veranstaltungsort: Hotel Kastanienhof Erding, Am Bahnhof 7, 85435 Erding
Übernachtung (EZ mit Frühstück): 100,00 EUR, Weitere Infos erhalten Sie bei Zehra Özerol, Mail: zehra.oezerol@teleflex.com
Tel.: 07151/406 555.

15.11.2018 in Braunschweig
2. AIWO Außerklinischer Intensivworkshop Niedersachsen
www.aiwo-niedersachsen.de/

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 u. der Familienzentrierten Pflege
Teil 1: Lern- u. 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)“
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

Januar 2019

16.-17.1.2019 in Berlin
15. contec forum Pflege und Vernetzung
www.contecforum.de

21. - 24.1.2019 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

25.-26.1.2019 in Berlin
Kongress Pflege 2019
Der Start ins neue Fortbildungsjahr!
www.gesundheitskongresse.de/berlin/2019

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

Februar 2019

7. - 9. 2.2019 in Garmisch-Partenkirchen
6. Kindernotfalltage
Der Seminarkongress für Ärzte, Pflegepersonal und Rettungsdienste
www.kindernotfalltage.de

20. - 22.2.2019 in Bremen
29. Symposium Intensivmedizin + Intensivpflege, www.intensivmed.de

März 2019

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. – 15.3.2019 in Würzburg
10. ICW-Süd | HWX-Kongress
H steht für Hygienemanagement
W steht für Wundversorgung
X steht 2019 für „Menschenwürde“
www.institutschwarzkopf.de

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/

14.-16.3.2019 in Berlin
Deutscher Pflegetag- Pflege stärken mit starken Partnern.
https://deutscher-pflegetag.de/

26.-27.3.2019 in Köln
Gesundheitskongress des Westens
www.gesundheitskongress-des-westens.de

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

29.3.2019 in Berlin
Aktivcamp Pflege 2019
https://team-scharfenberg-online.de/aktivcamp2019/

April 2019

2. - 4.4.2019 in Nürnberg
Altenpflege- Die Leitmesse 2019
http://altenpflege-messe.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

9.–11.4.2019 in Berlin
DMEA – Connecting Digital Health
www.dmea.de

Mai 2019

16.05.2019 - 18.05.2019 in Karlsruhe
REHAB 2019-20. Auflage der Fachmesse für Rehabilitation, Therapie, Pflege und Inklusion, www.rehab-karlsruhe.com

21.- 23.5.2019 in Berlin
Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2019
www.hauptstadtkongress.de

22. - 25.5.2019 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

23. - 25.05.2019 in Leipzig
45. Jahrestagung der Gesellschaft für Neonatologie und Pädiatrische Intensivmedizin e.V. (GNPI), zusammen mit der 27. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V. (DGPI)
www.gnpi-dgpi2019.de

Vorschau

18. - 19.9.2019 in Leipzig
MEDCARE- Kongress mit Fachausstellung für klinische und außerklinische Patientenversorgung
www.medcare-leipzig.de

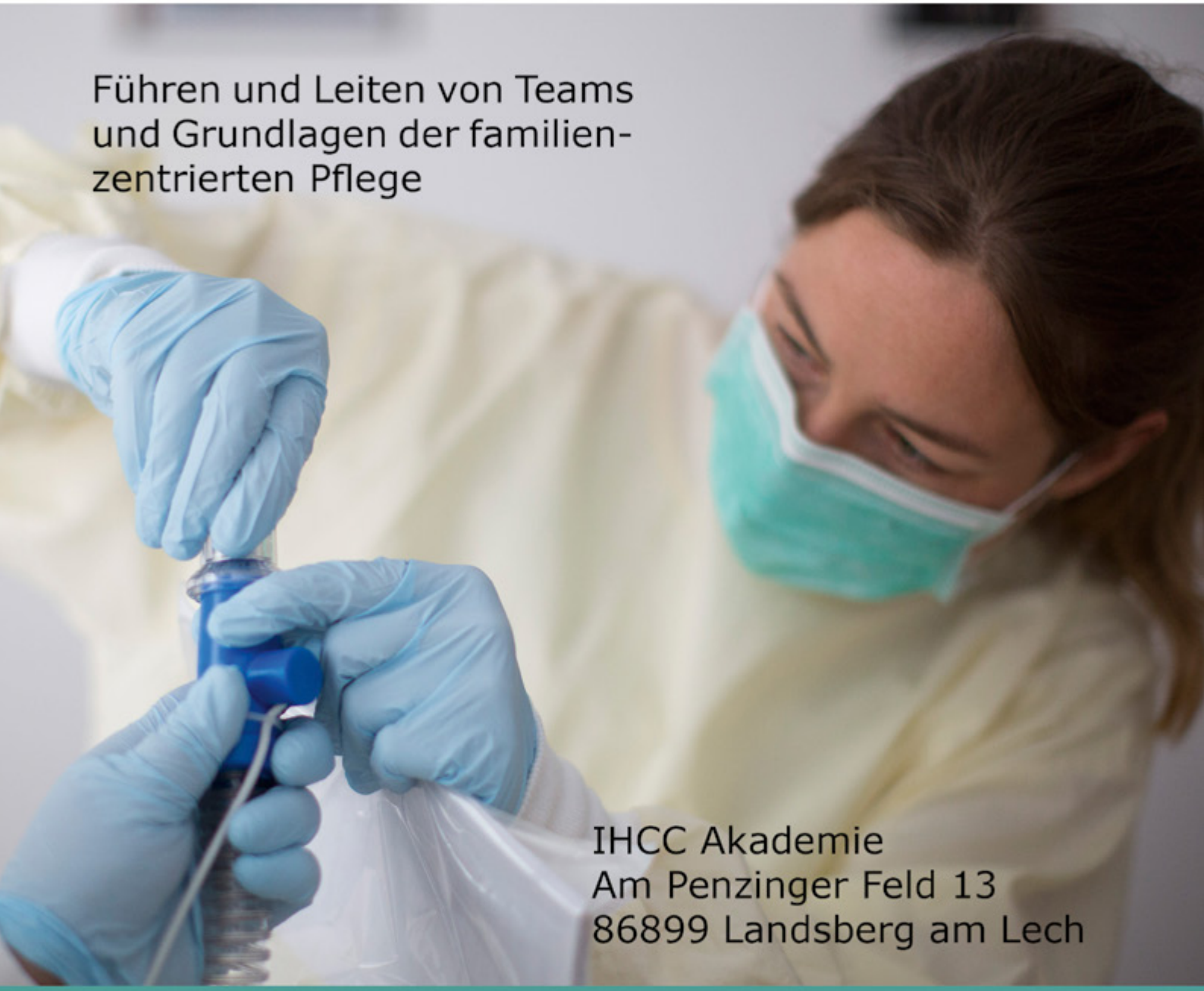
10.-12.10.2019 in Berlin
XPOMET© Convention im Bereich Innovation und Hightech in der Medizin
xpomet.com/de/homepage

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

Weitere Schulungs- und Weiterbildungstermine finden Sie in der Akademie der Deutschen Fachpflege Gruppe unter: www.deutschefachpflege.de/akademie/

IHCC | AKADEMIE
WISSEN | VERMITTELN

Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege



Führen und Leiten von Teams und Grundlagen der familienzentrierten Pflege

IHCC Akademie
Am Penzinger Feld 13
86899 Landsberg am Lech

www.ihcc.mobi

Termine der Präsenztage

19. - 22.11.2018 Lern- u. Bildungsprozesse gestalten
17. - 20.12.2018 Familienzentrierte Pflege
21. - 24.01.2019 Persönliche Kompetenzbildung
11. - 13.03.2019 Führungskompetenzen in der AIP
09. - 10.04.2019 Rechtliche Rahmenbedingungen

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: Stefanie Baiter, Dr. Jens Geiseler, Dr. Martin Groß, Meike Grimm, Bettina und Jochen Haringer, Beatrice Henkel, Kerstin Hirsch, Matthias Höver, Piroschka Jansen, Christoph Jaschke, Christine Keller, M.A., Christl Kiener, Rebecca Knüttel, Ellen Kraske, Vera Kroll, Ottmar Miles-Paul, Bianca Moldenhauer, Susanne Möller, Christoph Jo. Müller, Klaus-Dieter Neander, Angelika Rathgeber, Marcel Renz, Karin Riegraf, Elisabeth Scharfenberg, Lisa Steffen, Dr. Minh Yen Tran, Dieter Weber
www.noisolation.de, www.dgm-org.online, www.freundliche-pflege.de, www.dmgp-kongress.de, www.wig-nrw.de, www.ipv-deutschland.de, www.gnpi-dgpi2019.de, www.maik-online.org, www.digab.de, www.patienten-bibliothek.de, www.philips.de, www.retrogradist.com, www.pingo-ergo-sum.com, www.gruene-bande.de, www.aktion-kindertraum.de, www.evangelischeskrankenhaus.de

Das Titelfoto zeigt Zoe Haringer

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