GD

Ausgabe 44 | April 2019

GEPFLEGT DURCHATMEN

Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

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.

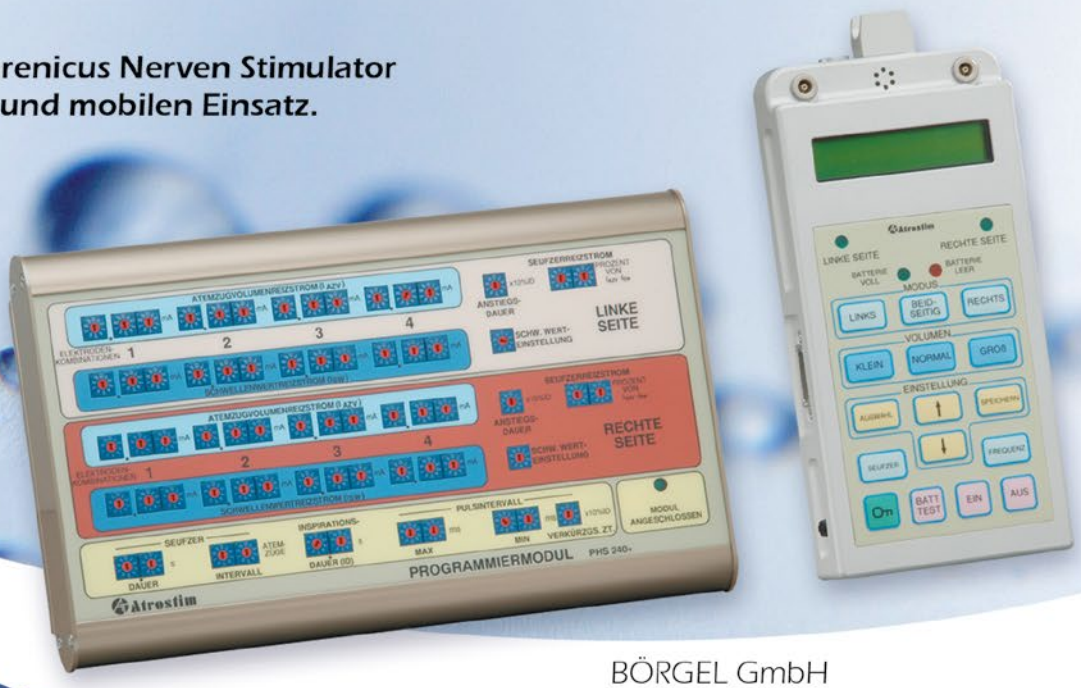
Unsere Leistungen:

- 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

LIEBE LESERINNEN UND LESER,

ohne E-Rollstuhl geht für Menschen mit hohem Technologiebedarf nichts. Das schreibt Marcel Renz in unserer Titelgeschichte, und er schildert, dass dann die Arbeit erst beginnt, wenn ein Rollstuhl genehmigt worden ist. Der dauerbeatmete E-Rollstuhlfahrer, der auch auf unserer Titelseite zu sehen ist, gibt in seinem Artikel wertvolle Praxistipps. Renz publiziert seit fast 10 Jahren als freier Journalist schwerpunktmäßig in den Bereichen Reha, Behinderung und Inklusion. Für einen besseren Austausch zwischen Menschen mit und ohne Behinderung veröffentlicht er in seinem Inklusions-Blog www.marcel-gibtgas.de nachdenklich und humorvolle Beiträge aus Sicht eines E-Rollstuhlfahrers. Wir danken ihm für seine Artikel in der GD und sein Mitwirken im Wissenschaftlichen Beirats des MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress, u.a. als Referent über den Alltag mit Beatmung.

Dass ein E-Rollstuhl nicht nur Lebens- und Alltagsgrundlage ist, sondern auch ein Sportgerät sein kann, mit dem man skaten kann, erfahren Sie im Beitrag von David Lebuser im Schwerpunkt Querschnittlähmung. Weitere Themen in dieser Ausgabe sind Hygiene und die Frage, was z.B. beim endotrachealen Absaugen beachtet werden muss. In diesem Zusammenhang rufen wir dazu auf, an einer Umfrage teilzunehmen. Den Link hierzu finden Sie im entsprechenden Artikel von Patrick Ziech. Invasiv beatmet zu sein und abgesaugt zu werden, muss nicht bedeuten, dass dies bis zum Lebensende notwendig ist. Die Entwöhnung, das sog. Weaning, rückt mehr und mehr in den Fokus. Wir zeigen, dass es immer wieder möglich ist, mit der entsprechenden fachlichen Unterstützung, Schritt für Schritt wieder ein selbständiges Leben führen zu können. Und das beginnt schon im Kindesalter, selbst mit außerklinischer Beatmung. So gehen inzwischen drei Kinder aus dem Kinderhaus Luftikus zur Schule. Wie die Pflegekräfte berichten, machen sie dort tolle Fortschritte! Keiner kann vorhersagen, was für ein Talent in einem kleinen Kind, und sei es noch so beeinträchtigt, tatsächlich schlummert! Das zeigt die unglaubliche Geschichte des bekannten PopArt-Künstlers Phil Herold.

Dies und vieles mehr finden Sie in unserem neuen Heft. Ich danke allen, die daran mitgearbeitet haben.

Ihre

Redaktionsleitung

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

INHALT

TITEL
Der lange Weg zur adäquaten Rollstuhlversorgung ..... S. 4

POLITIK
Ossietzky-Medaille für Ottmar Miles-Paul..... S. 8
Die Zahlungsmoral einiger Krankenkassen..... S. 10

DIGAB
Die DFG bezieht Position..... S. 11

PFLEGE
Krankheit ist immer auch Familienangelegenheit..... S. 18
Sprachsteuerung in der digitalen Pflege-Dokumentation ..... S. 23

QUERSCHNITTLÄHMUNG
Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V. (FGQ) S. 24
„Und plötzlich bleibt die Welt stehen“..... S. 26

THERAPIE
Einsatz von Baclofen-Pumpen in der neurologischen Therapie..... S. 33

MAIK

HYGIENE
Was muss aus hygienischer Sicht beim endotrachealen
Absaugen beachtet werden? ..... S. 36

WEANING
Entwöhnung von der Beatmung..... S. 43
Coswiger Lungen- und Thoraxzentrum nun auch Weaning
(Beatmungsentwöhnungs)-Zentrum ..... S. 45
Zukunftsaufgabe Weaning ..... S. 46
Schritt für Schritt auf dem Weg zu mehr Selbständigkeit..... S. 49

KINDER
Der weite Weg bis zur Einschulung ..... S. 54
15 Jahre AKM - Jubiläum des ambulanten Kinderhospizes München . S. 59

BETROFFENE
Kommunikation bei erhaltenem Sprachverständnis –
Hilfsmittel nach Schlaganfall und ALS ..... S. 62
Patientensicherheit ambulante Pflege: Blinder Fleck im Gesundheitswesen S. 73

NEUERSCHEINUNGEN

TERMINE

EST. 1944

DZH.

DZH.

Mein persönliches Abrechnungshaus

75 Jahre DZH – Feiern Sie mit und freuen Sie sich über unser Jubiläums-Angebot!

75 Jahre erfolgreiches Arbeiten im Gesundheitswesen – wenn das kein Grund zum Feiern ist! Da dieser Erfolg nicht nur auf unseren jahrzehntelangen zuverlässigen Abrechnungsservice gründet, sondern in erster Linie auf das Vertrauen unserer Kunden, möchten wir an dieser Stelle einmal danke sagen!

Unser Jubiläums-Angebot:

Zu unserem 75. Geburtstag bieten wir unsere **Abrechnungsdienstleistungen** und **Softwarelösungen** zu **75 %** des normalen Listenpreises an.*

*für die ersten beiden Abrechnungen und für 6 Monate Softwarenutzung

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

DER LANGE WEG ZUR ADÄQUATEN E-ROLLSTUHLVERSORGUNG

Für Menschen mit hohem Technologiebedarf ist ein Elektrorollstuhl, kurz gesagt, Lebens- und Alltagsgrundlage. Ohne E-Rollstuhl geht nichts, denn sie sind viel mehr als jeder andere auf funktionierende Technik und einen individuell angepassten fahrbaren Untersatz angewiesen. Viele denken, wenn der Rollstuhl erst mal genehmigt ist, ist alles gut. Aber bei Menschen wie Marcel Renz geht es danach erst richtig los. Der Autor beschreibt beispielhaft, wie die Versorgung mit seinem neuen E-Rollstuhl ablief und gibt nützliche Praxistipps wie Betroffene in ähnlichen Situationen eine E-Rollstuhlversorgung bestmöglich angehen und durchführen können.

Marcel Renz, Foto: Florian Müller, https://cosmochrome.de/

"Diesen Tag streiche ich rot in meinem Kalender an", gab ich freudig zum Besten. Gerade hatte ich erfahren, dass mein neuer E-Rollstuhl genehmigt worden war. Ich konnte mein Glück nach 9-monatiger Ungewissheit kaum fassen. Obwohl mir bewusst war, dass jetzt noch ein langer Weg vor mir lag, bis ich in meinem neuen Gefährt würde sitzen, geschweige denn fahren können. Aber der erste Schritt war getan! Schon länger hatte ich den Gedanken, dass es aufgrund meiner körperlichen Entwicklung höchste Zeit sei, einen neuen E-Rollstuhl aufzubauen. Die konkrete Umsetzung schob ich aber vor mir her, im Wissen, dass ich sowieso nur alle 8 Jahre das Anrecht auf einen neuen E-Rollstuhl habe und es sich um ein Herkules-Projekt handeln würde. Irgendwann war der Druck so groß, dass ich beschloss, die Sache anzupacken. Zudem hatte ich die große Hoffnung, besser und länger sitzen sowie den E-Rollstuhl endlich wieder selbst fahren zu können. Das Steuern mit der Hand war durch meine zunehmende Muskelschwäche kaum mehr möglich.

Experten vom Fach sind alternativlos

Zunächst nahm ich Anfang 2016 mit meinem Orthopädiemechaniker aus München Kontakt auf. Ihn kenne ich seit einem Klinikaufenthalt und er hat sich auf Menschen mit Muskelerkrankung spezialisiert. Aufgrund seiner großen Praxiserfahrung, seiner Kreativität und seinem guten Überblick über neue technische Entwicklungen im Hilfsmittelbereich ist er für mich als Experte alternativlos und ich habe vollstes Vertrauen zu ihm. Er kennt mich gut und weiß genau, auf was es bei mir ankommt. Deshalb wollte ich seine Meinung hören, welchen E-Rollstuhl er mir empfiehlt. Das war sehr entscheidend, weil ich keine Chance auf eine Probefahrt mit einem Rollstuhl ohne

für mich passende Sitzschale habe. Der Rollstuhl musste mit Blick auf meine körperlichen Voraussetzungen die Möglichkeit bieten, so gut wie möglich an meine Bedürfnisse anpassbar zu sein. Die Wahl fiel auf den SKS Viva Grand von SKS, einige der wenigen Rollstuhlfirmen, die noch den individuellen Sonderbau anbieten. Zudem brachte der Rollstuhl alle Eigenschaften mit, die mir ein angenehmeres und schmerzfreieres Alltagsleben versprachen.
Da ich bei diesem Rollstuhl absolut nichts dem Zufall überlassen wollte, suchte ich mir ein gutes ortsansässiges Sanitätshaus und einen kompetenten Mechaniker. Bei einem kleineren Projekt machte ich bereits gute Erfahrungen mit ihm. Schließlich bestellte ich den Rollstuhl über das neue Sanitätshaus, welches an meine Experten für die Elektronik und Sitzschale jeweils Unteraufträge vergab. In der Theorie sollte das Sanitätshaus das Projekt abwickeln und später sicherstellen, dass ich einen voll funktionsfähigen und alltagstauglichen Rollstuhl übernehme.
Hört sich in der Theorie einfach an, in der Praxis gestaltete sich die Sache jedoch schwieriger. Denn je mehr Parteien an einem Projekt beteiligt sind, umso komplizierter wird es. Die größte Herausforderung ist, dass alle Schnittstellen ineinandergreifen und die Kommunikation gut läuft. Nach meiner langjährigen Erfahrung kann solch ein Prozess ein Sanitätshaus nicht alleine bewerkstelligen. Sinnvoll ist daher, das Projekt selbst in die Hand zu nehmen, einen Plan aufzustellen, alle Beteiligten untereinander zu vernetzen und konsequent auf die Umsetzung des Planes zu achten. Das liegt hauptsächlich in meinem eigenen Interesse als Kunde, während die verschiedenen „Projektpartner“ hauptsächlich ihre primäre Aufgabe im Blick haben. Als mir ein SKS-Mitarbeiter das Basismodell meines Wahl-Rollstuhls vorstellte, gab mir das sehr viel Motivation. Es gefiel mir, wie der Rollstuhl verarbeitet war und welche Möglichkeiten er bot. Sehr wichtig war mir auch, dass mein Vater von diesem Rollstuhl angetan war.

Familiäre Unterstützung ist Gold wert

In Rollstuhlfragen ist mein Vater als gelernter Maschinenbauer ein äußerst wichtiger Ratgeber. Er fungiert in Projekten wie diesem als mein persönlicher Anwalt, der allen Beteiligten eindringlich den Anspruch eines praxistauglichen Rollstuhls speziell für mich vermittelt. Während ich die Struktur und den Fahrplan „meines Projekts“ ausarbeite und sehr geduldig bleibe, ist mein Vater durch seine Erfahrungen in der Automobilbranche in der Lage, wenn nötig, auch einmal Druck zu machen. Somit ergänzen wir uns sehr gut.
Wir nannten an jenem Tag dem SKS-Mitarbeiter unsere gewünschten Anforderungen an das neue Gefährt. Das waren zum einen unbedingt notwendige Dinge wie eine funktionierende Schnittstelle zur Rollstuhlsteuerung, zum anderen praktische Ausstattungsdetails wie einen 24V-Anschluss für Stromversorgung, um im Notfall mein Beatmungsgerät zu laden. In einer zweiten Schleife stattete mir der Geschäftsführer von SKS einen Hausbesuch ab, um noch einmal die Ausstattung des Rollstuhls genau durchzugehen. Dies erwies sich als äußerst wichtig, da wir noch einige Verständnis- und Detailfragen klären konnten.

Nervenstärke und gute Argumente helfen beim Hilfsmittel-Antrag

Bevor es weiterging, musste ich meinen neuen E-Rollstuhl bei der Krankenkasse beantragen. Obwohl ich mit einer Ablehnung im ersten Anlauf gerechnet hatte, fand ich den Grund des Gutachtens vom MDK (Medizinischer Dienst der Krankenkassen) an den Haaren herbeigezogen. Ein Hublift, der das Kommunizieren auf Augenhöhe ermöglicht, sei nicht medizinisch erforderlich und daher ein anderes Rollstuhlmodell vorzuziehen. Die Alternativvorschläge waren absurd, weil mit diesen Modellen gar kein Sonderbau möglich gewesen wäre. Fakt ist: Der Hublift ist nicht der teuerste Posten an diesem Rollstuhl und von den Kosten her überschaubar. Und: es gibt diesen Rollstuhl nur mit Hublift.
Mit Unterstützung aus der Selbsthilfe verfasste ich meinen Widerspruch, der wiederum abgelehnt wurde. Ich ärgerte mich zunächst sehr, mobilisierte dann aber alle Kräfte und investierte viel Zeit für mein zweites Widerspruchsschreiben an das Widerspruchskomitee der Krankenkasse. Für die Argumentation zog ich alle Register, fügte eine noch schärfere ärztliche Stellungnahme meines Orthopäden bei, ergänzt durch ein Schreiben meines Pflegedienstes. Für mein Assistenzteam würde ein Hublift ein viel rückenschonenderes Arbeiten ermöglichen. Ein nicht unerheblicher Faktor, da mein Alltagsleben ohne dieses nicht zu realisieren ist. Auch sonst argumentierte ich sehr genau und machte deutlich, wieso ich genau diesen E-Rollstuhl zwingend brauche. Nachdem ich gefühlt unerträglich lange auf die Entscheidung des Komitees wartete, fiel diese glücklicherweise positiv aus. Die Zeit vom Erstantrag bis zur Genehmigung dauerte damit insgesamt stattliche 9 Monate.

Eine gute Kommunikation und Struktur sind alles!

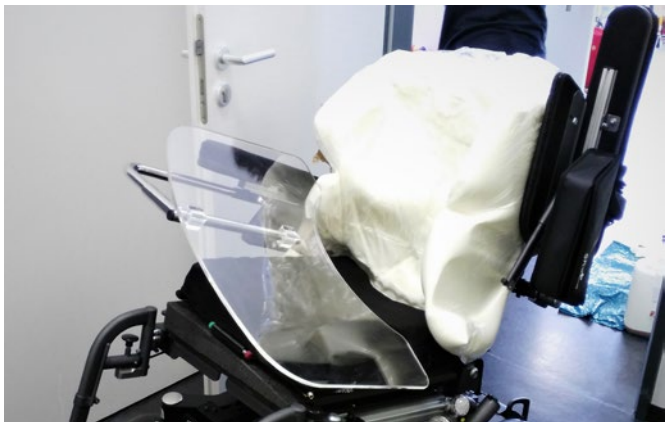
Nun ging es darum, mit allen Beteiligten - Rollstuhlhersteller, Orthopädiemechaniker in München, Rollstuhlelektroniker und Sanitätshaus vor Ort - einen Termin für die Anfertigung der neuen Rückenschale abzustimmen. Hauptziel war es, den E-Rollstuhl, die neue Sitzschale und die Steuereinheit in München zusammenzubringen, um so wenig Zeit wie möglich zu verlieren. Fragen, wie wir mit dem Abdruck für die Rückenschale arbeiten können und wie viel Zeit die Adaption der Steuerung bdarf, mussten geklärt werden. Sehr geholfen dabei hat ein strukturiertes

Vorgehen, wie z.B. meine fortwährende digitale Dokumentation über alle besprochenen To-dos und die noch offenen Detailfragen. Unabdingbar war, in einer Telefonkonferenz noch einmal alle Beteiligten zusammenzubringen, um die wichtigsten Schnittstellen abzustimmen und letzte Fragen zu diskutieren. Entscheidend war auch, die Konferenz vor den Zeitpunkt zu legen, an dem der Rollstuhl vom Hersteller komplett fertig gebaut war. Denn danach wäre es sehr viel schwieriger bis unmöglich gewesen, grundlegende Dinge am Rollstuhl noch zu ändern.

Die Anordnung der Armauflagen als wichtiger Faktor

Aufnahme des Klapptischs als wichtiges Detail

Gut vorbereitet fuhr ich zu meinem Spezialisten nach München. Die neue Rückenschale bildete das Herzstück der Anpassung, da diese darüber entschied, wie gut ich im Rollstuhl sitzen würde. Mein Orthopädiemechaniker lief zur Bestform auf und schon am zweiten Tag meines Aufenthalts saß ich in einem Provisorium. Das Beste daran: ich konnte bereits erstaunlich gut sitzen und spürte kaum Druckstellen. Mitte der Woche stieß mein Elektrotechniker hinzu, um die Rollstuhlsteuerung zu installieren. Es lief erstaunlich gut und ich konnte mit der Hand erste kleine Fahrversuche machen. Einen Tag später machten sich der SKS-Mitarbeiter und mein Vater ein Bild vom aktuellen Stand. Mein Vater versuchte, sehr strukturiert und visuell für alle ersichtlich festzuhalten, wie der aktuelle Stand war und welche Verbesserungen es im Einzelnen am Schwenktisch, an Fuß- und Kopfstütze, an Federung und Rückenlehne sowie der Armauflagen bedurfte. Letztere optimierten wir noch so gut wie möglich, so dass ich zu Hause versuchen konnte, mit dem Rollstuhl zu fahren und die Sitzschale auszuprobieren. Leider fiel mein Elektrotechniker krankheitsbedingt einige Wochen aus, weshalb mein Rollstuhl für mich nur bedingt alltagstauglich war. Zumindest arbeitete ich mit meinem Orthopädiemechaniker zu Hause weiter an der Arm- und Handauflage, aber leider erzielten wir beim Steuern kaum Fortschritte.



Abdruck der Rückenschale

Die Installation der Handsteuerung ist ein Schlüsselmoment

Viel Tüftelarbeit bei der Anpassung des E-Rollstuhls

Einen großen Schritt weiter ging es erst, als mein Elektrotechniker zum ersehnten Termin kam. Zuerst besprachen wir die momentane Situation und die Problematik, mit der Hand zu steuern. Er überlegte nicht lange und schlug mir vor, auf eine Kinnsteuerung zu wechseln, weil ich im Kinn noch am meisten Kraft und Beweglichkeit hätte. Ich nahm das Angebot an, das nächste Mal die Kinnsteuerung zu testen. Schon beim ersten Test konnte ich den Rollstuhl so gut fahren wie seit fünf Jahren nicht mehr. Die Umstellung vom bisherigen System war gewaltig und ich musste mir gewisse Techniken beim Fahren und meine Assistenz beim Anlegen der Steuerung erst erarbeiten, aber insgesamt brachte der Wechsel einen immensen Fortschritt. Ergänzend installierte mein Elektrotechniker einen Micro-Light-Taster, der mit einem Finger und sehr geringem

Kraftaufwand bedient werden kann. Damit war für mich die so wichtige Bewegung meiner Rückenlehne für das Schlucken beim Essen wieder möglich.

Die letzten 20 % sind die schwersten

Die ersten Praxiserfahrungen brachten zahlreiche kleinere elektronische Mängel ans Tageslicht sowie technische Probleme. Die Defizite schienen unendlich. Von unpraktischer Kabelführung über ein häufig abstürzendes Steuerungsmenü bis hin zu Schwächen in der Handhabung der Kinnsteuerung, die man beim Essen nicht wegschwenken konnte. Ich möchte hier nicht zur Generalkritik ausholen, sondern verdeutlichen, wie mühsam die Fertigstellung eines E-Rollstuhls verläuft. Sehr nützlich war für mich in dieser Situation eine effektive Evaluation. Ich erstellte eine Liste mit allen Mängeln und Lösungswünschen, gegliedert nach Zuständigkeiten. Diese aktualisierte ich immer wieder konsequent und verschickte sie an alle Beteiligten. Dieser Prozess verlangte mir einiges an Disziplin ab, war aber nötig, zumal aus Sicht der Techniker die notwendigsten To-dos abgearbeitet und damit ihre Aufträge beendet waren. Die Bereitschaft, auf die für Rollstuhlfahrer mit Muskelerkrankung so wichtigen Kleinigkeiten einzugehen, war dadurch spürbar geringer. Deshalb ist es besonders in dieser Phase entscheidend, den Prozess immer wieder anzuschieben. Dies gelang in meinem Fall recht gut, zwei abschließende Gesamtbetrachtungen bei meinem Münchner Orthopädiemechaniker und einige Wochen später zu Hause in Mannheim rundeten mein „Rollstuhlprojekt“ ab.

Zum Prozess der Neuversorgung gehörte auch, dass mein Vater und ich uns von bestimmten Anforderungen und Wünschen trennen mussten, die nicht oder nur mit großem Aufwand realisierbar gewesen wären. Dazu gehörte die Möglichkeit von intelligenten Trennstellen, um den Rollstuhl für einen Transport in einem Kombi zu präparieren. Letztendlich nur ein kleiner Wermutstropfen, da sich wenige Wochen später die Chance zum Kauf eines eigenen Rollstuhltransporters bot. Die anderthalbjährige aufwendige Anpassung hat sich mehr als gelohnt, da ich mit meinem Rollstuhl sehr gut zurechtkomme und er mir ein eindeutiges Plus an Lebensqualität gibt.

SCHRITT FÜR SCHRITT

MEINE PRAXISTIPPS ZUR E-ROLLSTUHLVERSORGUNG VON BETROFFENEN MIT MUSKELERKRANKUNG:

1. Beginne früh genug mit der Beantragung und Konzeption! Scheue keinen Aufwand!
2. Wähle das richtige Sanitätshaus aus und hole dir erfahrene Experten, denen du bestenfalls blind vertraust, ins Boot!
3. Lege so genau wie möglich fest, wie der Rollstuhl ausgestattet sein soll und welches für dich die wichtigsten Funktionen sind.
4. Nimm die Sache selbst in die Hand und versuche das Projekt zu strukturieren, z. B. durch To-do-Listen und Zeitpläne, die du verschickst.
5. Halte zur richtigen Zeit eine Telefonkonferenz ab.
6. Sei geduldig bei der Anpassung und gib nicht auf, wenn nicht gleich alles funktioniert. Eine längere Experimentierphase ist völlig normal.
7. Lass dich, wenn nötig, auch einmal auf neue technische Möglichkeiten ein, die eine deutliche Abkehr vom bekannten System bedeuten.
8. Nimm dir bei der ersten längeren Testphase zu Hause genug Zeit, damit dir alle Details auffallen, die noch nicht gut gelöst bzw. praxisuntauglich sind.
9. Stelle aufgrund dieser „Evaluation“ eine strukturierte To-do-Liste mit Zeitvorgaben auf, die du immer wieder aktualisierst und an alle Beteiligten schickst.

Ich wünsche dir viel Erfolg beim Aufbau deines neuen E-Rollstuhls!

OSSIETZKY-MEDAILLE FÜR OTTMAR MILES-PAUL

Ottmar Miles-Pauls Engagement für Zivilcourage, Inklusion und Gleichstellung aller Menschen wurde am 16. Dezember 2018 mit der Carl-von-Ossietzky-Medaille geehrt. Die Internationale Liga für Menschenrechte verlieh im Rahmen einer festlichen Veranstaltung in Berlin die an den Journalisten und Pazifisten erinnernde Medaille zugleich an die kurdische Kommunalpolitikerin Leyla Imrit. Mit der doppelten Auszeichnung, so Laudator Karl Finke, bis 2014 Behindertenbeauftragter in Niedersachsen, werde ein Signal „zur Stärkung und zum Ausbau sowie der Verwirklichung von Menschenrechten sowohl im Zusammenleben in Deutschland wie auch im Ausland" gesetzt. Die rheinland-pfälzische Ministerpräsidentin Malu Dreyer schickte ein Grußwort, in dem sie sich für den unermüdlichen Einsatz des Preisträgers als Landesbeauftragter für die Belange behinderter Menschen in Rheinland-Pfalz bedankte. Der Preisträger habe entscheidend an der Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in diesem Bundesland mitgewirkt. Miles-Paul habe in den zurückliegenden 30 Jahren zwar auch Rückschläge erlebt, „aber die Überzeugung nie aufgegeben, dass Menschen mit Behinderungen einen festen Platz in unserer Gesellschaft haben - und zwar mittendrin." Die Ehrung im Geiste Carl von Ossietzkys gelte einem mutigen Mann, einem engagierten Bürger und einer tragenden Säule der Behindertenbewegung.

„Die Auszeichnung steht meines Erachtens für die gesamte Bewegung"

Ottmar Miles-Paul

Ottmar Miles-Paul, geboren 1964 im baden-württembergischen Ertingen, ist seh- und hörbehindert. Seit über drei Jahrzehnten engagiert er sich in der Behindertenbewegung. Er studierte von 1985 bis 1990 Sozialwesen in Kassel. Während eines 15-monatigen Aufenthalts in Berkeley bei San Francisco kam er in Kontakt mit der Behindertenpolitik in den USA und bezog daraus wertvolle Impulse für ein neues Konzept zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderungen. Mit diesen Erfahrungen wirkte Ottmar Miles-Paul seit Abschluss seines Studiums als Diplom-Sozialarbeiter national und auch international an Gründung und Aufbau zahlreicher Initiativen und Projekte von Behinderten für Behinderte mit, die darauf abzielen, selbstbestimmtes Leben zu organisieren. Er setzte sich für diesen Paradigmenwechsel in der Behindertenpolitik mit dem Aufbau des Behindertenverbandes „Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e.V." (ISL) ein, einer menschenrechtsorientierten Selbstvertretungsorganisation, die sich für das Recht auf gesellschaftliche Teilhabe und ein selbstbestimmtes Leben von Menschen mit Behinderungen stark macht. Als Buchautor, als ehrenamtlich arbeitender Publizist sowie als Initiator des Online-Informationsportals „kobinet-nachrichten" hilft er mit seinen täglichen Beiträgen Menschen mit Behinderungen, ihre Rechte einzufordern. Auch in seinem Wirken in den Bereichen Öffentlichkeitsarbeit, Bildung und Projektmanagement greift er zurück auf seine Erfahrungen in internationalen Organisationen wie „Disabled Peoples´ International", dem Europäischen Behindertenforum" (EDF) und in seinem Amt, das er als „Landesbeauftragter für die Belange behinderter Menschen" in Rheinland-Pfalz ausübte. Nicht zuletzt war er an der Einführung der Europäischen Aktionstage zur Gleichstellung behinderter Menschen ebenso wie an der Ausarbeitung des ersten Aktionsplans zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention in Deutschland und des Bundesteilhabegesetzes impulsgebend beteiligt.
Ottmar Miles-Paul ist einer der wesentlichen Stimmführer aktiver behinderter Menschen. Seit mehreren Jahrzehnten trägt er durch seinen wegweisenden, konsequenten und kämpferischen Einsatz dazu bei, dass viele Menschen mit Behinderungen selbst aktiv werden und aus eigener Erfahrung neue Beratungskonzepte entwickeln. Maßgeblich wirkt er an der Entwicklung eines weitgefächerten Netzwerks von gemeindenahen Beratungszentren mit, die heute von behinderten für behinderte Menschen betrieben werden und Zentren für selbstbestimmtes Leben sind. Damit hat er sich um wesentliche Fortschritte hin zur Gleichstellung von Menschen mit und ohne Behinderung und zum inneren Frieden einer inklusiven Gesellschaft verdient gemacht.

Mehr zur Internationalen Liga für Menschenrechte unter https://ilmr.de/. Die Videos von der Preisverleihung stehen als Playlist zur Verfügung unter

www.youtube.com/playlist?list=PL6bUilso03nPLBob-fGgV2c4NgrF3gSXhr&disable_polymer=true

Manifest DER EUROPÄISCHEN PFLEGEBERUFE ZUR EUROPAWAHL

Am 26. Mai wird das Europäische Parlament neu gewählt. Bis dahin stellen sich die als künftige Abgeordnete Kandidierenden vor und präsentieren, wofür sie gewählt werden wollen. Der Europäische Pflegeberufsverband (EFN) hat ein Manifest im Namen der Pflegeberufe verfasst und wendet sich damit an die antretenden Parteien und Kandidat*innen aller Mitgliedsländer. Das Papier wurde vom Deutschen Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) ins Deutsche übersetzt und mit einer kurzen Präambel ergänzt.

Wir rufen alle Pflegefachpersonen auf, an der Europawahl teilzunehmen. Europäische Gesetzgebung nimmt immer größeren Einfluss auf nationale Politikgestaltung – und damit konkret spürbar auch auf die Rahmenbedingungen in den Pflegeberufen. Nutzen Sie die im Manifest zusammengestellten Fakten und Argumente – in der Diskussion mit Kolleginnen und Kollegen, politischen Vertretern, anderen Gesundheitsberufen, Vertretern von Organisationen und Medien sowie in Wahlveranstaltungen.

Aus Sicht von EFN „ist es von entscheidender Bedeutung, dass die Abgeordneten auf den Mangel an Pflegefachpersonen reagieren, ihn durch fortschrittliche Bildungsprogramme und Strategien zur Mitarbeiterbindung beheben sowie sicherstellen, dass die Pflegeerkenntnisse in der Amtszeit 2019 bis 2025 in den Mitgliedsstaaten und in der gesamten EU in politisches Handeln übersetzt werden. Investieren Sie in Pflege, um Leben zu retten! … Sie könnten eines Tages Pflegefachpersonen brauchen!“

Ausführlich untermauert und begründet wird die Forderung in drei Aspekten:

- Investieren Sie auf europäischer und nationaler Ebene in die Pflegeausbildung!
- Gewährleisten Sie optimale Arbeitsbedingungen und Planung von Gesundheitspersonal!
- Pflegeforschung stützt Politikgestaltung.

Das EFN-Manifest zur Europawahl gibt es als Download unter www.dbfk.de/de/veroeffentlichungen/Internationales.php

WIR STEHEN FÜR VIELFALT IN DER ARBEITSWELT

Die Arbeitgeberinitiative „Charta der Vielfalt“ wurde 2006 mit dem Ziel, die Vielfalt in Unternehmen und Institutionen zu stärken, gegründet. Anerkennung, Wertschätzung und die Einbeziehung von Vielfalt in der Arbeitswelt werden mit der Initiative, der sich inzwischen ca. 3000 große Unternehmen angeschlossen haben, in den Fokus gerückt. Sie verpflichten sich damit, diese Werte zu unterstützen und ein vorurteilsfreies, von Offenheit geprägtes Arbeitsklima zu schaffen. Unabhängig von Nationalität, ethnischer Herkunft, Religion oder Weltanschauung, Behinderung, Alter, sexueller Orientierung und Identität sollen alle Mitarbeiter*innen Wertschätzung erfahren. Schirmherrin des gemeinnützigen Charta der Vielfalt e.V. ist Dr. Angela Merkel.

Am 28. Mai 2019 findet der 7. Deutsche Diversity-Tag statt. Um die Ziele der Charta für Diversity in der Öffentlichkeit sichtbar zu machen, finden an diesem Tag bundesweit zahlreiche Aktionen statt. Auch die **Deutsche Fachpflege Gruppe** steht voll und ganz hinter den Werten der Charta, so werden wir mit Aktionen an diesem Tag teilnehmen, um sichtbar zu machen, dass wir uns für ein von Offenheit geprägtes Arbeitsklima für alle unsere Mitarbeiter*innen einsetzen. Seien auch Sie dabei! Sensibilisieren Sie Ihre Mitarbeiter*innen, Kolleg*innen und die Öffentlichkeit für Vielfalt und schließen Sie sich uns an. Alle Aktion können auf der Homepage registriert werden, um öffentlich sichtbar zu sein. Im Archiv ist abrufbar, was in den letzten Jahren stattgefunden hat. Die ein oder andere Idee ist vielleicht eine schöne Anregung für eine eigene Aktion!

DIE ZAHLUNGSMORAL EINIGER KRANKENKASSEN UND DEREN FOLGEN

Dorothee von Zobel

Die Zahlungsmoral einiger Krankenkassen und deren Abrechnungszentren stellt viele Unternehmen, sowohl im Bereich der SGB V- als auch der SGB XI-Leistungen, vor große Schwierigkeiten, die zu enormen finanziellen Belastungen führen können.

Längst ist es bei vielen Krankenkassen üblich, Abrechnungszentren für die Abwicklung des Zahlungsverkehrs zu beauftragen. Einen festen Ansprechpartner gibt es nicht und es ist kaum möglich, für Rückfragen, die in der Regel aufgrund von Rechnungskürzungen erforderlich sind, Auskunft zu erhalten. Im Allgemeinen landet man in einer Warteschleife, aus der man nach einer gewissen Zeit herausgeworfen wird. Rechnungskürzungen sind gang und gäbe, die Begründungen vielseitig. In jedem Fall sind sie für den Leistungserbringer mit erhöhtem Zeitaufwand und einem erheblich verspäteten Zahlungseingang verbunden.
Nur einige Beispiele seien genannt:

Es wird behauptet,

- *es lägen keine Kostenzusagen vor,*
- *es gäbe keine Kassenzugehörigkeit,*
- *die erbrachten Leistungen seien nicht abrechnungsfähig,*
- *die erforderlichen Leistungsnachweise seien nicht korrekt oder würden fehlen,*
- *die IK Nummer wäre fehlerhaft oder nicht vorhanden oder aber*
- *die Rechnungen zuzüglich sämtlicher Leistungsnachweise wären niemals angekommen.*

Die Gründe für die Rechnungskürzungen erfährt der Leistungserbringer frühestens drei Wochen nach Rechnungsstellung, entweder aufgrund einer schriftlichen Stellungnahme seitens der Krankenkasse oder deren Abrechnungszentrum oder aufgrund des fehlenden Geldeingangs und der mühsamen Recherche.

Zahlreiche Telefonate ähnlich eines Buchbinder Wanningers sind unumgänglich. Meist stellt sich nach längerer Zeit heraus, dass die Abrechnung korrekt ist, die Kostenzusage vorliegt, der Betroffene bei entsprechender Krankenkasse versichert, die IK- Nummer vorhanden und korrekt ist und die Leistungen abrechnungsfähig. In diesen Fällen hat der Dienstleister Glück, er muss die entsprechende Rechnung mit sämtlichen Leistungsnachweisen in Kopie erneut an die besagten Stellen weiterleiten und geduldig die nächsten drei Wochen abwarten. Wenn alles gut geht, erfolgt in genannter Zeit die Zahlung.

Schwieriger wird es, wenn der Krankenkasse in der Zwischenzeit neue Forderungen für die eingereichten Leistungsnachweise einfallen. Diese sind rückwirkend meist nicht mehr zu bewerkstelligen, jedenfalls äußerst selten, wenn die Seriosität gewahrt werden soll. An dieser Stelle wäre es doch sehr hilfreich, wenn der Leistungsträger mit dem Leistungserbringer im Vorfeld klären würde, welche Nachweise erwartet und erbracht werden können.
Hier greift ein altes Thema, nämlich das der Einheitlichkeit. Weshalb können nicht bundesweit für vergleichbare Versorgungen einheitliche Voraussetzungen geschaffen werden? Und wie kann es sein, dass mitunter, je nach Sachbearbeiter, ein und dieselbe Krankenkasse unterschiedliche Anforderungen an den Pflegedienst für dieselbe oder/und zumindest vergleichbare Versorgung und somit Faktura gestellt werden?

Aufgrund ihrer Dienstleistung gehen die Leistungserbringer grundsätzlich immer in Vorleistung. Die über viele Monate fehlende Übernahme ihrer Kosten kann zahlreiche Unternehmen in ernsthafte finanzielle Schwierigkeiten bringen und ist sicherlich nicht als Garant einer soliden und zuverlässigen Versorgung anzusehen.

Wünschenswert wäre es, gerade in diesem sensiblen Bereich der außerklinischen Intensivpflege, eine enge, und wie bereits erwähnt, eine einheitliche und zuverlässige Zusammenarbeit zu ermöglichen. Vom Pflegedienst wird zu Recht eine qualitativ hochwertige und seriöse Versorgung erwartet, an diese Forderung sollten sich jedoch auch die Leistungsträger halten. Denn ein wichtiger Baustein für die funktionierende Versorgung pflegebedürftiger Menschen in der Bundesrepublik Deutschland ist die enge und gute Zusammenarbeit von Leistungserbringern und Leistungsträgern – in jeder Hinsicht.

DIE DEUTSCHE FACHPFLEGE GRUPPE BEZIEHT *POSITION*

Die Deutsche Fachpflege Gruppe ist Fördermitglied der DIGAB e.V.

„Qualität verbindet", das ist der Leitspruch der Deutschen Fachpflege Gruppe. Sie ist nicht nur der bundesweit größte Anbieter außerklinischer Intensivpflege, sie möchte auch Spitzenreiter bei der Qualität ihrer Dienstleistung sein. Deshalb ist ihr wichtig, mit der Deutschen interdisziplinären Gesellschaft für außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V. eng vernetzt zu sein und sie zu fördern. Fort- und Weiterbildung ist bei der Qualität eine der wichtigsten Voraussetzungen. Die Deutsche Fachpflege Gruppe schätzt die Verdienste der DIGAB e.V. in diesem Bereich. Sie trägt zudem dazu bei, dass die verschiedenen Berufsgruppen in der Versorgung außerklinisch beatmeter Betroffener miteinander im Interesse der betroffenen Menschen agieren. Die Deutsche Fachpflege Gruppe wird auf dem 27. Jahreskongress der DIGAB e.V. am 23. bis 25. Mai 2019 in Kassel mit einem eigenen Stand vertreten sein.

Die Deutsche Fachpflege Gruppe unterzeichnet die Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen

Mit der Unterzeichnung der Charta erklärt die Deutsche Fachpflege Gruppe, dass sie Ziele und Inhalte der „Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen" mitträgt. Sie bekundet ihre Bereitschaft, sich im Sinne der Charta für die Verbesserung der Situation schwerstkranker und sterbender Menschen, ihrer Familien und der ihnen Nahestehenden einzusetzen und auf dieser Grundlage für die Einlösung ihrer Rechte einzutreten.
Die Charta ist nicht nur ein Projekt von Institutionen und Organisationen: Jeder kann sich für die Anliegen der Charta einsetzen. Die Charta kann zum Anlass genommen werden, im persönlichen und/oder beruflichen Umfeld über wesentliche Anliegen von schwerstkranken und sterbenden Menschen in Deutschland zu sprechen und Veränderungen anzuregen.

www.charta-zur-betreuung-sterbender.de

STECKBRIEF DER DIGAB-SEKTION HYGIENE

Erstes Treffen am 03.11.2017.
Aktuell 16 Teilnehmer von Pflegediensten, Schulungsanbietern und Providern

Gewählte Sektionssprecher*innen:

- Patrick Ziech (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt) und
- Annette Geißler (DPG Deutsche Pflegegruppe GmbH)

Ziele:

Flächendeckend einheitliche Optimierung der hygienischen Situation in der außerklinischen Intensivpflege durch:

- Ausarbeitungen rechtlicher und fachlicher Rahmenbedingungen
- Statuserhebung als Diskussionsgrundlage (Studie zur hygienischen Situation in der Intensivpflege),
- Entwicklung von Hygienestandards bzw. Entwicklung von Qualitätskriterien der Hygiene,
- Risikoprofile und Maßnahmenkataloge
- Verbreitung zur Anerkennung durch Behörden und Institutionen (MDK, Krankenkassen, Gesundheitsamt, Heimaufsicht, Gewerbeaufsicht und Bezirksregierungen).
- Fortbildungsangebote zur Hygiene

Aktuelle Fragestellungen:

- Aufbereitung von Trachealkanülen in der häuslichen Versorgung
- Empfehlung im Umgang mit MRSA sowie 3 und 4 MRGN in der 1:1 Versorgung
- Übernahme von zusätzlichen Kosten bei der Versorgung MRE-positiver Klienten (beispielsweise von Schutzkleidung)
- (endo-) tracheales Absaugen
- Behördliche Begehungen

Das nächste Sektionstreffen findet im Rahmen des DIGAB-Kongresses am 24.05.2019 um 07:30 Uhr statt.

NACHRUF ANNE KREILING

Eine Pionierin der außerklinischen Beatmung ist von uns gegangen. Anne Kreiling war DIGAB-Ehrenmitglied aufgrund ihres großen Engagements für dieses bis vor wenigen Jahren noch völlig unbekannten Themas. Über viele Jahre war sie Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke (DGM). Im Jahr 2003 war sie Mitbegründerin des Achse e.V., in dem sie auch in der Vorstandsarbeit tätig war. Außerdem arbeitete sie in vielen Arbeitskreisen zu gesundheitspolitischen Themen aktiv mit. Im Dezember 2007 wurde ihr das Bundesverdienstkreuz verliehen.

Anne Kreiling war immer der Meinung, dass der Bundesverband Polio und die DGM die gleichen Ziele hätten und deshalb auch zusammenarbeiten sollten. Im Zusammenhang mit dieser Diskussion, die zunächst keinen Bezug zur Heimbeatmung erkennen ließ, lernte ich Anne Kreiling kennen. Und ich stellte später fest, dass sie damit recht hatte. Zunächst aber versuchte ich mit ihr zu streiten, was ein Fehler war, denn Anne Kreiling war eine kluge Frau und stets überzeugt von dem, wofür sie sich einsetzte. Sie hatte klare Visionen und von deren Umsetzung ließ sie sich selten abbringen. Ihr Rat und ihre Mitwirkung wurden stets von ausgewiesenen Experten geschätzt. Bei der Gründung des „Arbeitskreises Heim- und Langzeitbeatmung“ 1994 sowie 1997 bei der Gründung der „Arbeitsgemeinschaft Respiratorentwöhnung und Heimbeatmung“ (AGH) e.V. wirkte sie aktiv und engagiert mit. Im Jahr 2010 hat sich die AGH nach Mitgliederbeschluss umbenannt in „Deutsche interdisziplinäre Gesellschaft für außerklinische Beatmung“ (DIGAB) e.V. Gerade diesen Schritt hat sie außerordentlich begrüßt. Es gibt nur wenige wissenschaftliche Gesellschaften, in denen die Betroffenen so vorbehaltlos und auf Augenhöhe akzeptiert werden, wie es bei der DIGAB der Fall ist.

Wenn es um das Thema Heimbeatmung ging, hatte Anne Kreiling eine sehr differenzierte Argumentations- und Arbeitsweise. Sie wusste, wer Experte für die verschiedensten Probleme war. Ihr Rat wurde in Fachkreisen stets sehr geschätzt und sie kannte die Betroffenen und ihr familiäres Umfeld sehr gut. Die Einbeziehung der Familie bei Therapien, Reha-Maßnahmen oder akuten Eingriffen lag ihr am Herzen, das Thema „Überleitmanagement“ stand dadurch ganz oben auf ihrer Prioritätenliste. Auch über Wohngemeinschaften für Schwerstbetroffene machte sie sich Gedanken und brachte während des Entscheidungsprozesses immer wieder konkrete Vorschläge zur praktischen Umsetzung ein. Ihr Leitmotiv war es, dem Willen der Betroffenen oberste Priorität einzuräumen. Die ehrenamtliche Arbeit für die DGM war der Hintergrund für ihren unermüdlichen Einsatz bei der DIGAB. Sie hielt über Jahre persönlichen Kontakt mit vielen Betroffenen und ihren Familien. Dadurch hatte sie Kenntnisse, über die der ärztliche Bereich der DIGAB nicht verfügen konnte. In Diskussionsrunden und bei anderen Veranstaltungen äußerte sie sich selten, wenn sie sich jedoch zu Wort meldete, waren ihre Kommentare stets präzise und trafen ins Schwarze.

Ein großes Gebiet - in das sie sehr viel Herzblut einbrachte - war die außerklinische Beatmung von Kindern. Bis zu ihrem Lebensende hat sie mich immer wieder gebeten, dieses Thema nicht aus den Augen zu verlieren. Die betreuenden Eltern sollten als Experten qualifiziert werden, um die persönliche Pflege nicht nur zu Hause, sondern auch bei stationären Aufenthalten sicherzustellen zu können. Hier gab es natürlich erhebliche Widerstände des Pflegepersonals - vor allem auch vor dem rechtlichen Hintergrund der Haftung. Durch ihr breites Wissensspektrum konnte sie oft Experten zusammenbringen, die dann sinnvolle Lösungen erarbeiteten. Anne Kreiling war in jeder Hinsicht engagiert, aber darin niemals überheblich. Sie kannte durchaus ihre Grenzen und berücksichtigte jeweils auch die Argumente von anderen.

Wir werden Anne Kreiling nicht vergessen, weil sie unsere Arbeit in der DIGAB wesentlich mitgestaltet hat. Wir trauern mit den Angehörigen und bekunden unser sehr herzliches Mitgefühl.

Hans-Joachim Wöbbeking,
Vorsitzender Bundesverband Poliomyelitis e.V., Interessengemeinschaft von Personen mit Kinderlähmungsfolgen, gegründet 1991
Vertreter der Betroffenen in der DIGAB e.V.

DIGAB KONGRESS

23. – 25. Mai 2019
KASSEL

www.digab-kongresse.de

27. Jahreskongress der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung (DIGAB) e.V.

DIGAB
Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung

zusammen mit dem

14. Beatmungssymposium unter der Schirmherrschaft der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V.

DGP

VON DER HAUSARZTPRAXIS BIS ZUR KLINIK: PATIENTENSICHERHEIT BRAUCHT ENGAGEMENT JEDES EINZELNEN

Ob in der Hausarztpraxis, der Klinik oder in Notfallsituationen – eine hohe Patientensicherheit steht bereits für viele Ärzte und Pflegende auf der Agenda. Doch die Zahl der vermeidbaren Patientenschäden ist immer noch groß – obwohl die Bewegung für eine bessere Sicherheitskultur bereits seit fast zwei Jahrzehnten existiert. Wie können Gesundheitsorganisationen ein noch stärkeres Bewusstsein dafür schaffen? Welche Projekte und Methoden sind empfehlenswert? Antworten geben Experten des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS) auf ihrer 14. Jahrestagung, die am 9. und 10. Mai 2019 in Berlin stattfindet.

Unter dem Motto „Sicherheitskultur auf allen Ebenen" diskutieren Experten auf der Jahrestagung darüber, wie die Patientensicherheit in Organisationen und Einrichtungen des Gesundheitswesens noch besser verankert werden kann. „Die Frage lautet, was jeder Einzelne, jedes Team und jede Organisationseinheit tun kann, um die Patientensicherheit jeden Tag und kontinuierlich zu erhöhen", sagt Hedwig François-Kettner, Vorsitzende des APS.

„Seit fast zwei Jahrzehnten kämpfen wir für mehr Patientensicherheit und es ist noch immer nicht gelungen, die Zahl der vermeidbaren Patientenschäden spürbar zu reduzieren. Es muss sich noch viel bewegen!" Ärzte, das Pflegepersonal und alle anderen Akteure im Gesundheitswesen müssten Patientensicherheit als Handlungsmaxime verinnerlichen und sich – im Rahmen ihrer Möglichkeiten – an der Entwicklung einer echten Sicherheitskultur beteiligen und Verantwortung dafür übernehmen.
Anhand vorbildlicher Projekte und erfolgreicher Methoden zeigt das Bündnis auf seiner diesjährigen Jahrestagung, wie in Krankenhäusern und ambulanten Praxen mehr Patientensicherheit erreicht werden kann – etwa durch erfolgreiche Aktionen aus den Bereichen Digitalisierung und Arzneimitteltherapiesicherheit. Ein digitales Projekt mit Vorzeigecharakter stammt beispielsweise aus Heidelberg: An der Universität wurde ein System zur digitalen Rezeptschreibung entwickelt, wodurch die Fehlerquote falsch verordneter Medikamente stark reduziert werden konnte.

Doch wie kann eine höhere Sicherheit in Gesundheitseinrichtungen erreicht werden? Nach Ansicht des APS liegt der Fokus dabei auf dem jedem Einzelnen: „Jeder Akteur im Gesundheitswesen hat die Fähigkeit, Verbesserungspotentiale zu erkennen, diese zu benennen und zu nutzen. Dafür sollte er sich jeden Tag einsetzen", sagt Dr. Ruth Hecker, stellvertretende Vorsitzende des APS und Beauftragte für das Qualitätsmanagement der Universitätsklinik Essen. Voraussetzung dafür sei ein Bewusstseinswandel.
Dieser Ansatz ist der Kerngedanke im APS-Weißbuch Patientensicherheit. „Das Werk und die diesjährige Jahrestagung sollen dazu beitragen, dass immer mehr Personen und Organisationen erkennen und verinnerlichen, dass Patientensicherheit nicht nur ein erstrebenswertes Ziel ist, sondern mit entsprechenden Haltungen und Strategien erreichbar ist", sagt Hardy Müller, Generalsekretär des APS und erster TK-Beauftragter für Patientensicherheit.
Wie und mit welchen Konzepten das gelingen kann, ist Schwerpunkt der APS-Jahrestagung 2019. „Wir freuen uns über alle, die auf der Jahrestagung mit uns auf dem Weg zur Sicherheitskultur den nächsten Schritt gehen möchten," so Müller.

Mehr unter:
www.aps-ev.de/aps-jahrestagung2019

AG AUSSERKLINISCHE INTENSIVVERSORGUNG (AIV)

AKTIONSBÜNDNIS PATIENTENSICHERHEIT

Seit 2018 gibt es beim Aktionsbündnis Patientensicherheit eine Arbeitsgruppe „Außerklinische Intensivversorgung (AIV)" unter der Leitung von Prof. Dr. phil. Karen Pottkämper, AKKON Hochschule Berlin und ihre Stellvertreterin Dr. Ilona Köster-Steinebach. Vom APS-Vorstand ist Hedwig François-Kettner in der AG. Derzeit werden Handlungsempfehlungen erarbeitet, die Lösungsansätze zum adäquaten ärztlichen Handeln und Empfehlungen für ambulante Pflegedienste, Krankenkassen und Behörden bieten sollen. Beim diesjährigen DIGAB-Kongress werden diese Handlungsempfehlungen am 23. Mai 2019 von Prof. Pottkämper vorgestellt. Die Deutsche Fachpflege Gruppe schätzt die Arbeit des Aktionsbündnisses für Patientensicherheit außerordentlich und hat den Antrag einer Fördermitgliedschaft gestellt.

Gesamtlösung für Pflegedienste – einfach online abrechnen

- Zuverlässige und pünktliche Abrechnung von Leistungsnachweisen
- Faire und günstige Tarifvorteile genießen
- Unterstützung mit intelligenten Ausfüllhilfen
- Persönlicher Ansprechpartner

Und so viel mehr: Ihr digitaler Rundum-Partner
Setzen Sie auf Erfolg mit dem Blick fürs Ganze!

ALTEN PFLEGE
Die Leitmesse 2019
2. – 4. April · Messezentrum Nürnberg

Beratungstermin vereinbaren
und Gratisticket sichern!
www.azh.de/messe-altenpflege-2019

www.azh.de (089) 21 76 82 16

NOVENTI GROUP

azh

3. CARECAMP IN BONN

Der im Jahr 2017 von vier Intensivpflegediensten ins Leben gerufene - etwas andere Kongress - wird bei den Besucher*innen immer beliebter.

In lockerer Atmosphäre – unterstützt durch die originelle Location des BaseCamps Bonn – begaben sich die Besucher am 28. Januar 2019 auf eine Reise durch die außerklinische Intensivpflege. Dort wurde ein Patientenzimmer aufgebaut, hier alarmiert ein Beatmungsgerät, an anderer Stelle kann der Teilnehmer unter UV-Licht die korrekte Händedesinfektion überprüfen. Kanülen werden gewechselt, therapeutische Informationen weitergegeben, im Bett nach LiN (Lagern in Neutralstellung e. V.) gelagert.
Ein ansprechender Duft weht von der Aromatherapieinsel (betreut durch Ulrike Spree, Heilpraktikerin) herüber, leise Klänge kommen von der Sitzharfe, die der Verein Altenpflege e. V. mitgebracht hat. Im „Mobile“ kann jeder selbst ausprobieren, wie sich familiäre Gelichgewicht verändern kann, wenn die Pflegekraft ihre Position wechselt. Vertreter der Hundeschule vom Tomberg mussten viele Fragen zu tiergestützter Therapie beantworten und ihre beiden vierbeinigen Helfer waren von streichelnden Händen umringt. Viele Pflegeschulen aus der Umgebung nutzten das kostenfreie Angebot, um mit den Schülern einen Unterrichtstag der anderen Art zu verbringen. Fragen waren vorbereitet worden, die Schüler bewegten sich frei im Kongress und nahmen viele neue Eindrücke in die Schule mit, die sie dort ihren Mitschülern und Lehrern im Rahmen von Referaten vorstellen. Rund 200 Besucher waren insgesamt gekommen. Aufgrund dieses großen Erfolgs waren sich die Veranstalter einig, das CareCamp auch im nächsten Jahr wieder anzubieten. Schon jetzt laden wir Sie herzlich zum 4. CareCamp in Bonn ein. Es wird am 27. Januar 2020 von 09 Uhr bis ca. 15.00 Uhr, wieder im BaseCamp Bonn, stattfinden wird.

Nicht nur Pflegekräfte, sondern auch Auszubildende, Betroffene und interessierte Bürger sind willkommen. Der Eintritt zur Veranstaltung ist und bleibt frei.

Intensiver im Leben
PuR Außerklinische Intensivpflege
PFLEGETEAM BENNERSCHEIDT
Pflegeteam Wentland www.freundliche-pflege.de

VIVISOL
Home Care Services

SOLGROUP
a breath of life

Das Leben atmen

… mit **VIVISOL** rund um die Uhr bestens versorgt!

Bild links unten: www.istock.com

- Langzeit-Sauerstofftherapie
- Schlafapnoetherapie
- Außerklinische Beatmung
- Enterale Ernährung und Parenterale Ernährung
- Hustenassistenz
- Monitoring

VIVISOL ist ein Unternehmen der **SOL-Gruppe** mit seinen Kernkompetenzen im Bereich **„Home Care Services"**. Schwerpunkte sind unter anderem der Service in der **Langzeit-Sauerstofftherapie**, in der **Schlafapnoediagnostik** und **-therapie** sowie in der **außerklinischen Beatmung**.

VIVISOL hat das Ziel **„Lebensqualität zu verbessern"**, vor allem für chronisch kranke Patienten, deren Behandlung zu Hause oder in spezialisierten Einrichtungen durchgeführt wird. Über **400.000 zufriedene Patienten** in Europa sprechen für sich.

VIVISOL Deutschland GmbH ▪ Werner-von-Siemens-Straße 1 ▪ 85375 Neufahrn
Tel.: 0 36 28 9 21 10 ▪ **Fax:** 0 36 28 9 21 19 00 ▪ info@**VIVISOL**.de ▪ www.**VIVISOL**.de

KRANKHEIT IST IMMER AUCH EINE FAMILIENANGELEGENHEIT

PFLEGERISCHE FAMILIENGESPRÄCHE

In den vorherigen Ausgaben der Gepflegt Durchatmen wurde die besondere Bedeutung der Familie im Kontext der außerklinischen Intensivpflege schon mehrfach beschrieben. Die Beziehung zum Familiensystem muss von professionell Pflegenden sowohl aktiv erarbeitet als auch regelmäßig gepflegt werden. Das Konzept der familienzentrierten Pflege von L. Wright und M. Leahey hat dafür die Intervention „pflegerische Familiengespräche“. Diese Gespräche haben eine klare Struktur, die beiden Gesprächspartnern Sicherheit gibt.

„Wir bevorzugen einen auf Stärken und Ressourcen basierenden, problem- und lösungsorientierten, zeitsparenden Ansatz. Wir gehen davon aus, dass Familien in der Lage sind, ihre Probleme selbst zu lösen. Es ist die Aufgabe der Pflegenden, sie bei der Suche nach Lösungen für ihre emotionalen, körperlichen und spirituellen Leiden zu unterstützen und deren Verwirklichung zu ermöglichen. Wir behaupten nicht zu wissen, was für Familien ‚das Beste' ist. Wir vertreten die Auffassung, dass die Welt vielfältige Wirklichkeiten hat, oder dass jedes Familienmitglied und jede Pflegende die Welt so sieht, wie er/sie sich durch sprachliche Interaktionen mit anderen geschaffen hat. Wir bemühen uns um Offenheit gegenüber der Vielfalt der Wirklichkeiten, denen wir begegnen […]. Allerdings brauchen Pflegende spezielle Kompetenzen, Fertigkeiten und Fähigkeiten, wenn sie Familien helfen wollen, sich zu verändern." (1)

Kompetenzen und Fertigkeiten zum Führen von Familiengesprächen

Diese Aussagen können Einleitung und auch Fazit der familienzentrierten Pflege sein. Sie sind Grundhaltungen im Umgang mit chronisch kranken und behinderten Menschen und ihren Angehörigen. Die Kompetenzen und Fertigkeiten, von denen die Rede ist, hat das International Council of Nurses (ICN) 2002 in dem Positionspapier „Nurses always there for You: Caring for Families" beschrieben. In diesem Papier wird die „Neun-Sterne-Family-Nurse" vorgestellt (vgl. 1):

- Gesundheitsförderin: Beratung zu Gesundheit und Krankheit und Bereitstellung von gesundheitsbezogenen Informationen
- Anbieterin für pflegerische Leistungen direkt am Pflegekunden und Anleitung von Familienangehörigen, Evaluation der Wirksamkeit der Maßnahmen
- Fürsprecherin und Unterstützerin, z. B. gegenüber Kostenträgern, Ärzten, Providern
- Epidemiologin: Verhinderung, Überwachung und Kontrolle bei der Ausbreitung von Krankheiten, d.h. Hygiene im weitesten Sinne
- Forscherin: Identifikation von Pflegeproblemen in der Praxis und Suche nach Antworten und evidenzbasierten Lösungen
- Managerin und Koordinatorin, z. B. von weiteren Berufsgruppen, aber auch Angehörigen, Freunden
- Beraterin bei der Bewältigung von Problemen und der Suche nach Ressourcen und Lösungen gemeinsam mit der Familie
- Beraterin: Beratung, welche Einrichtungen, Unterstützungsangebote möglich sind und wie man sie finden und nutzen kann
- Beraterin für Wohnraumanpassung und Nutzung von Hilfsmitteln. (vgl. 1)

Pflegefachkräfte in der außerklinischen Intensivpflege haben also weit mehr Aufgaben als nur die Beatmung zu überwachen, die Trachealkanüle zu managen und die enterale Ernährung durchzuführen.

Die Bedeutung von Familiengesprächen

Vor allem die Beziehungsgestaltung mit den Familien stellt die Pflegeteams auf Dauer immer wieder vor große Herausforderungen. Hierfür braucht es Fertigkeiten und Fähigkeiten und die Bereitschaft der professionell Pflegenden, eine Beziehung mit dem Familiensystem (Pflegekunde und seine Angehörigen) aufzunehmen, aufzubauen und zu pflegen – und das ist kein zufälliges Geschehen. Das klingt selbstverständlich, mag man nun denken. Tatsächlich zeigt die Praxis, dass Beziehungsgestaltung meist mehr zufällig und nebenbei geschieht – und manches Mal funktioniert, aber häufig auch nicht. Solange alles gut funktioniert, lässt man es laufen. Die Bedeutung einer guten Beziehung wird oft erst dann bewusst wahrgenommen, wenn es schon nicht mehr „rund läuft", wenn sich erste Meinungsverschiedenheiten oder gar Konflikte zeigen. Dabei ist es eine alte Weisheit, dass eine gute Beziehung nie selbstverständlich sein darf, dass die Beziehungspartner sie hegen und pflegen müssen – das gilt für Paarbeziehungen, Freundschaften und professionelle Berufsbeziehungen gleichermaßen. Im Kontext von Pflege sehe ich die Hauptverantwortung bei der professionellen Pflege, denn hier gibt es keine gleichwertige Beziehung – kranke Menschen und ihre Familien sind immer in einer Abhängigkeitssituation.
Regelmäßige Familiengespräche stellen eine solche Möglichkeit der Beziehungspflege dar. Sie erhalten und fördern die Beziehung zwischen professionellem System und Familiensystem, Unstimmigkeiten können angesprochen und ausgeräumt werden, ehe sich Konflikte daraus entwickeln. Und Pflegende zeigen ihre Wertschätzung für die Leistungen der Familie.
„Wir haben keine Zeit für Familiengespräche außerhalb der Reihe", das ist eine häufige Aussage, warum regelmäßige und geplante Kontakte nicht oder nur selten stattfinden. Dabei braucht ein vorbereitetes strukturiertes Gespräch gar nicht mal viel Zeit: „Wir glauben, dass das Wissen über familienzentrierte Pflege auch in sehr kurzen Familiensitzungen effektiv angewendet werden kann, und behaupten, dass ein 15-minütiges oder sogar kürzeres Familiengespräch zielgerichtet, wirkungsvoll, informativ und sogar heilend sein kann. Jeder Einbezug von Familienmitgliedern, und sei er noch so kurz, ist besser als keiner", so formulieren es Wright und Leahey (1). Und verbraucht es nicht viel mehr Zeit, Konfliktgespräche zu führen, ständig neue Mitarbeiter einzuarbeiten, eventuell die Versorgung ganz aufzugeben – Folgen einer destruktiven Beziehung zwischen Familiensystem und professionellem System?

Familiengespräche praktisch

Wer soll und kann innerhalb einer Gesundheitsein-

richtung oder eines Pflegedienstes Familiengespräche führen? Es gibt keine bestimmte Person, die es tun darf oder nicht. In der außerklinischen Intensivpflege könnte es die Pflegedienstleitung/Bereichsleitung sein, da sie meist auch organisatorische Möglichkeiten in Bezug auf Veränderungen hat. Auch eine Primary Nurse oder Bezugspflegekraft ist sehr gut für Familiengespräche geeignet, denn sie kann innerhalb der Pflegeplanung Veränderungen vornehmen und ist sehr nahe am pflegerischen Team. Die notwendigen Kompetenzen und Fertigkeiten zum Führen von Familiengesprächen sind oben beschrieben, dazu braucht es eine Grundhaltung von Wertschätzung und Empathie und die Bereitschaft, die Familie auf ihrem Weg im Umgang mit Krankheit oder Behinderung zu begleiten und zu unterstützen. Dazu gehören auch, Wut, Trauer, Ohnmacht, Verzweiflung und andere Gefühle der Familie anzuerkennen und ein Stück weit auszuhalten, um dann gemeinsam nach Lösungen oder Verbesserungen zu suchen.

Wie häufig sollen Familiengespräche stattfinden?
Da gibt es keine fixe Zahl. In der Anfangszeit einer Versorgungsübernahme sind solche Gespräche wahrscheinlich häufiger notwendig, vielleicht in monatlichen oder zweimonatlichen Abständen. Wenn sich alles „eingespielt" hat, genügen Gespräche in vierteljährlichen Abständen oder auch seltener. Aber Vorsicht, auch oder gerade wenn alles gut läuft, ist das Pflegen dieser guten Beziehung eine wichtige Aufgabe! Eventuell vereinbart man beim Gespräch auch gleich das nächste, z. B. um eine besprochene Veränderung auf Wirksamkeit zu beurteilen.
Ein Familiengespräch darf nicht „zwischen Tür und Angel" stattfinden. Vielmehr ist es mit Datum und Uhrzeit geplant. Die PDL/Pflegefachkraft ist in dieser Zeit ausschließlich für die Familie da. Allein dadurch erfährt die Familie eine hohe Wertschätzung von Seiten der Pflegeeinrichtung.

Wer soll von der Familie am Familiengespräch teilnehmen?
Im Allgemeinen treffen Familie und Pflegende gemeinsam die Entscheidung, wer am Gespräch teilnimmt. Wie in der systemischen Familientherapie, geht man heute nicht mehr davon aus, dass möglichst viele Familienmitglieder anwesend sein müssen. Letztendlich reicht ein Familienmitglied, um Schwierigkeiten und Probleme für die Familie darzustellen und für die Familie nach Lösungen zu suchen. Je mehr Familienmitglieder da sind, umso mehr Perspektiven können gesammelt werden, was wiederum für mehrere Familienangehörige spricht. (vgl. 1)

Wo soll das Familiengespräch stattfinden?
Das Gespräch kann überall stattfinden, z. B. in der häuslichen Umgebung, im Krankenhaus oder einer Rehaeinrichtung, im Büro der Pflegeeinrichtung. Je nach Zweck des Gesprächs sind einige Umgebungen günstiger oder ungünstiger als andere. Der Gesprächsführende soll gemeinsam mit der Familie die verschiedenen Umgebungen prüfen. „Wir finden, Familien sollten, wann immer es geht, Wahlmöglichkeiten angeboten werden." (1)

Sind Vorbereitungen notwendig?
Der Gesprächsführende kann sich Gedanken über mögliche Ziele machen und sich den Kontext der Familie ins Bewusstsein holen. Vielleicht sind ihm auch schon Probleme oder Wünsche von Seiten der Familie oder des Teams zugetragen worden. Dann kann er im Vorfeld Hypothesen bilden, z. B. „Was könnte das schwerwiegendste Problem momentan für die Familie sein?" oder „Wie könnte eine Lösung aussehen, die für die Familie und das Team gleichermaßen funktionieren würde?" Und es kann immer sinnvoll sein, sich in die Situation der Beteiligten (Pflegekunde, Familie insgesamt, einzelne Familienmitglieder, pflegerisches Team) hineinzuversetzen, einfach mal „durch die Brille der anderen schauen".
Zu guter Letzt kann ein kompakt und gut strukturiertes Dokumentationsblatt Leitfaden für das Gespräch und Dokumentationsmöglichkeit gleichermaßen sein.

Familiengespräche führen in vier Phasen
Ein Familienkontakt/-gespräch lässt sich in vier Phasen gliedern, die vor allem am Anfang für alle Beteiligten eine große Sicherheit bieten. Natürlich kann der Ablauf jederzeit an die aktuelle Situation angepasst werden.

1. Beziehungsaufbau. In dieser Phase geht es besonders darum, eine vertrauensvolle Beziehung herzustellen und aufrechtzuerhalten. Die Familie braucht Partner und Berater „auf Augenhöhe", die eine wohlwollende Neugier und Interesse für ihre Situation mitbringen. Die Pflegefachkraft signalisiert, dass sie die Strategien und Ressourcen anerkennt, mit der die Familie die Situation meistert. Auf keinen Fall dürfen kritische Einschätzungen oder Schuldzuweisungen in dieser Phase erzeugt werden. Pflegende bringen ihr Wissen über Gesundheitsförderung und den Umgang mit der Krankheit ein, Familienmitglieder ihr Wissen über ihr Verständnis von Gesundheit und ihre Krankheitserfahrung. Aus dieser Kombination und mit dieser Haltung erwächst die Chance für Veränderungen aus starren Situationen. (vgl. 1)

Daraus folgt:

- Möglichst viele betroffene Familienmitglieder, ggf. auch Freunde usw. zum Familiengespräch einladen Im Idealfall sind alle anwesend, die im Kontext der Krankheit/Behinderung eine wichtige Rolle spielen.

- Sich mit Namen und Funktion bei allen Familien-

mitgliedern vorstellen und sich mit den Namen der Anwesenden vertraut machen. Im Idealfall gibt es ein Genogramm, aus dem die Rollen der Anwesenden deutlich werden. Gegebenenfalls nachfragen, wer wer ist?

- Die oben beschriebenen Haltungen deutlich machen.

- Zweck, Dauer und Struktur des Gesprächs erläutern, z. B. so: „Ich komme heute zu Ihnen, um mit Ihnen über die aktuelle Situation zu sprechen. Dafür habe ich 30 Minuten eingeplant. Diese Zeit reicht in der Regel, wenn wir kompakt über ein Problem sprechen. Sinnvoll ist, wenn wir eine klare Struktur einhalten, das gibt Ihnen und mir Sicherheit und wir verlieren nicht den roten Faden."

2. Problembeschreibung/Assessment. In dieser Phase geht es um die Identifizierung und Analyse von Problemen sowie die Gegenüberstellung von Stärken und Ressourcen. Die Familie hat nun die Chance, die Situation aus ihrer Perspektive zu schildern. Die Aufgabe der Pflegefachkraft ist, die Fülle von Informationen gedanklich zu sortieren und die Informationen herauszufiltern, die für das aktuelle Problem relevant sind. Systemische Fragen und ein vorgegebener Zeitrahmen können dabei sehr hilfreich sein. (vgl. 1)
Mit folgender Einleitung kann die Phase beginnen: „Ich schlage vor, dass wir etwa 10 Minuten über die Dinge sprechen, die Ihnen am Herzen liegen?"
Mit Fragen kann die Pflegefachkraft das Gespräch steuern, Informationen gezielt sammeln:

„Welche Erwartungen haben Sie an das Gespräch?"

„Was genau ist das Problem?"

„Wann ist/war es am schlimmsten?"

„Wie stark ist das Problem auf einer Skala von 1 – 10?"

„In welchen Situationen tritt das Problem auf?"

„Welche Auswirkungen hat das Problem allgemein, für die verschiedenen Familienmitglieder?"

„Was macht das Problem mit Ihnen? Wie geht es Ihnen damit?"

„Was sind Ihre schlimmsten Befürchtungen? Wie geht es Ihnen dann?"

„Kennen Sie das Problem in unterschiedlichen Zusammenhängen?"

„Wie sehen andere das Problem?"

Nach einiger Zeit, in der die Familienmitglieder ihre Situation darstellen können, ist es notwendig, die Fülle des Gesagten auf ein oder zwei Hauptprobleme zu fokussieren, für die dann Lösungen gefunden werden sollen. So kann das gelingen:

„Was würden Sie sagen, ist das Hauptproblem, für das wir heute eine gemeinsame Lösung suchen wollen?"

„Ich höre zwei bedeutende Probleme heraus, erstens …, zweitens … . Habe ich das richtig verstanden?"

Es kann auch sinnvoll sein, der Familie mitzuteilen, dass man ihre Sorgen und Nöte verstanden hat, z.B. so: *„Ich habe nun ein wirklich gutes Bild über Ihre Situation bekommen. Ich verstehe Sie nun mit Ihrem Problem viel besser."* (vgl. 1)

3. Intervention. In diese Phase geht es um die gemeinsame Entwicklung von Lösungen. Familien sind die Experten für ihre eigene Situation und alle Ressourcen und Lösungen liegen in der Familie – das sind zwei bedeutende Grundannahmen in der familienzentrierten Pflege. In diesem Sinne haben sie die Fähigkeit ihre eigenen Lösungen zu finden. Pflegende haben dabei die Aufgabe, die Familie mit fachkompetenter Begleitung, Information und Beratung bei der Lösungssuche behilflich zu sein. Eine lösungsorientierte Gesprächsführung hält sich nicht zu lange bei den Problemen auf, sie fragt vielmehr schon bald nach möglichen Weiterentwicklungen und Lösungen: Vom Reden über Probleme zum Reden über Lösungen. Sie ist das eigentliche Kernstück des Familiengesprächs.

Die Lösungssuche kann mit folgendem Satz eingeleitet werden: *„Jetzt ist es an der Zeit, dass wir nach Lösungen suchen."*
Zunächst ist es notwendig, die Familie zu loben und individuelle Stärken herauszustellen, Wertschätzung auszudrücken und Ressourcen aufzuzeigen, z.B. so:

„Ich muss Ihnen zunächst einmal sagen, dass mich Ihr Engagement für Ihren Mann sehr beeindruckt."

„Ihre Familie zeigt viel Kraft und Courage im Umgang mit der Behinderung."

„Ich bin sehr beeindruckt, wie Ihre Familie zusammenhält und die Situation gemeinsam trägt."

Die gemeinsame Lösungssuche beinhaltet Fragen nach Zielen und erarbeitet dann Lösungen. Und wieder sind es Fragen an die Familie, die ihr bei der Lösungssuche helfen sollen. Nachfolgende Fragen veranlassen die Familienmitglieder eigene Lösungen zu finden: *„Welches Ziel möchten Sie erreichen?"*

„Was ist Ihr Wunsch für die Zukunft?"

„Wie könnte eine Lösung für Sie aussehen?“

„Woran würden Sie erkennen, dass sich das Problem verbessert hat?“

„Wie können wir Ihnen und Ihrer Familie am besten behilflich sein?“

„Was können Sie dazu beitragen, um das Problem zu lösen?“

„Wo wäre ein Kompromiss für Sie möglich?“

„Wir könnten Folgendes anbieten … .“

Wichtig ist an dieser Stelle, dass die Pflegefachkraft nicht schon eigene Lösungen im Kopf hat, die sie der Familie “überstülpen“ will. Eventuell sind Kompromisse notwendig, die dann fair ausgehandelt werden müssen. Natürlich sind fachliche Ratschläge nicht immer schlecht. Sie sollten aber angefragt werden und die Ablehnung von Ratschlägen muss akzeptiert werden. Eventuell kann man nachfragen, was es ist, was die Annahme von Beratung so schwierig macht:

„Darf ich Ihnen einen Rat aufgrund meiner fachlichen Kompetenz geben?“

„Was ist Ihre größte Sorge, weshalb Sie diese Maßnahmen ablehnen? Gibt es etwas, was Ihnen Angst macht?“

4. Abschluss. In dieser Phase findet die Pflegefachkraft einen wertschätzenden Abschluss. Sie bestärkt die Familie in ihren Fähigkeiten, förderliche Sichtweisen zu verstärken und gefundene Lösungen eigenaktiv anzugehen. Ganz konkret gehört zum Abschluss:

- Vereinbarungen zusammenfassen
- Gegebenenfalls Aufgaben verteilen, delegieren
- Folgegespräch verabreden, vereinbaren
- Wertschätzenden persönlichen Abschluss finden
- Nach aktuellem Befinden fragen

Später – manches Mal ist ein bisschen zeitlicher Abstand auch ganz sinnvoll – sollte der Gesprächsführende das Familiengespräch für sich reflektieren:

- Wie ist das Gespräch verlaufen?
- Wie ist es mir ergangen?
- Was könnte optimiert werden?
- Was möchte ich an meinem Verhalten, an meiner Gesprächsführung verändern?

LITERATURVERZEICHNIS UND WEITERFÜHRENDE LESENSWERTE LITERATUR ZUM THEMA FAMILIENZENTRIERTE PFLEGE

(1) Wright, L.M., Leahey, M., Börger, H. (Übersetzerin): Familienzentrierte Pflege, 2. Auflage. Bern, Huber Verlag 2013.

Retzlaff, R.: Familien-Stärken; Behinderung, Resilienz und systemische Therapie. Stuttgart, Klett-Cotta Verlag, 2010.

Eder, K.: Familienbezogene Pflegeforschung zum Thema Eltern kranker Kinder: Verbindung von Wissenschaft und Praxis durch Advanced Nursing Practice. Hamburg, Diplomica Verlag, 2014.

Reifegerste, D.: Die Rollen der Angehörigen in der Gesundheitskommunikation: Modelle, Funktionen und Strategien. Heidelberg, Springer Verlag 2019.

Friedemann, M.L. et al.: Familien– und umweltbezogene Pflege: Die Theorie des systemischen Gleichgewichts und ihre Umsetzung. Göttingen, Hogrefe Verlag 2017.

Friedemann, M.L. et al.: Pflege von Familien: Die familien- und umweltbezogene Pflege in der Praxis. Haan, Europa-Lehrmittel Verlag 2016.

Anwendungsbezogene Forschung zum Einsatz von Sprachsteuerung in der digitalen Pflege-Dokumentation

Konsortium aus Forschungs-, Technik- und Sozialpartnern untersucht Potentiale der Digitalisierung für Pflegebeschäftigte

In der Pflege ist Dokumentationsarbeit wichtig, um die Qualität der Versorgung sicherzustellen. Gleichzeitig nimmt sie aber auch viel Zeit in Anspruch, die im Pflegealltag angesichts des akuten Fachkräftemangels ohnehin knapp bemessen ist. Wie Digitalisierung dazu beitragen kann, die Dokumentationsprozesse zu optimieren, wird nun in einem neuen Forschungsprojekt untersucht, das am 28.11.2018 gestartet ist. Das Projekt „Sprachsteuerung in der Mensch-Maschine-Interaktion – intelligente Vernetzung für Altenpflegedokumentationssysteme“ (Sprint-Doku) wird durch das Bundesministerium im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA) Lern- und Experimentierräume gefördert. In diesem Projekt wird untersucht, wie intelligente Vernetzung in Kombination mit Sprachsteuerung die Dokumentation im Arbeitsalltag von Pflegekräften und Verwaltungspersonal verbessern kann.

Test der selbstlernenden Spracherkennung in realistischem Umfeld

Das technische Setting besteht aus einer selbstlernenden, auf neuronalen Netzen aufbauenden Spracherkennung in Kombination mit digitalisierter Dokumentation. In drei Lern- und Experimentierräumen soll anhand von Mikroschulungen, Lernlaboratorien und Erfahrungsberichten erprobt werden, wie dadurch Beschäftigte in der ambulanten und stationären Pflege sowie in der Verwaltung unterstützt werden können. Pflege- und Verwaltungsbeschäftigte sind gemeinsam mit Vertretern von ver.di auf allen Steuerungsebenen des Projekts eingebunden. Die Projektpartner untersuchen dabei die Effekte im gesamten Pflege-Workflow: Pflegeprozesse, Arbeitsorganisation und -gestaltung, Qualifikationsanforderungen sowie den Datenschutz für Pflegebedürftige und Beschäftigte.

Potenziale zur Verbesserung der Beschäftigtensituation

Die Projektpartner untersuchen, inwiefern digitale Sprachsteuerung den Dokumentationsprozess effizienter machen kann. Dadurch – so die Ausgangshypothese - kann die Situation der Beschäftigten verbessert und es können mehr Freiräume für die eigentliche pflegerische Versorgung geschaffen werden. Die Forscher erhoffen sich valide Ergebnisse, die dabei helfen, die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten und zu erhöhen sowie die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit der Pflegewirtschaft zu stärken. Für die Nutzung der Ergebnisse auf betrieblicher Ebene sollen Schulungs- und Studien unterlagen, Checklisten und ein Transferkonzept entwickelt werden.

Heinrich Recken, einer der Ansprechpartner für das Projekt / Prof: Dr. Wolfgang Becker HFH Essen

Mitglieder des Sprint-Doku-Konsortiums:
Projektsteuerung und -koordinierung:
HFH Hamburger Fern-Hochschule

Forschungspartner:
HFH- Hamburger Fern-Hochschule, Management for Health-INT, IMO-Institut zur Modernisierung von Wirtschafts- und Beschäftigungsstrukturen GmbH

Technikpartner:
Connext Communication GmbH (Pflegedokumentationssoftware), Nuance Communications Deutschland GmbH (Spracherkennungssoftware).

Anwendungspartner:
Diakonie Ruhr gGmbH

Sozialpartner: Diakonie, ver.di.

Ansprechpartner für Rückfragen:
Heinrich Recken / Prof: Dr. Wolfgang Becker
HFH Essen
Auf der Union 10
45141 Essen
Tel: 0201 31974593
heinrich.recken@hamburger-fh.de

Mehr unter:
www.arbeitenviernull.de/experimentierraeume/gefoerderte-projekte/inqa-experimentierraeume/sprint-doku.html

DIE FÖRDERGEMEINSCHAFT DER QUERSCHNITTGELÄHMTEN IN DEUTSCHLAND E.V. (FGQ)

Die Zahl der Menschen mit einer Querschnittlähmung steigt stetig an, 2.200 kommen durchschnittlich pro Jahr dazu. Es gibt mehr und mehr Menschen, die mit einer sehr hohen Lähmung aus dem Krankenhaus nach Hause zurückkehren, auch die Zahl derer, die mit Atemlähmung ein „neues Leben" beginnen, steigt.
Diese Menschen sind ebenfalls Teil der großen Gemeinde von Menschen, die beatmet werden, Menschen, die mit Intensivpflege zu Hause leben, die 24-Stunden-Assistenz oder einen begleitenden Pflegedienst haben. Sie gehören zum Kreis der Personen, deren Sprachrohr die „Gepflegt Durchatmen" sein möchte. Aus diesem Grund stelle ich Ihnen hier und heute die FGQ vor. Die Fördergemeinschaft der Querschnittgelähmten in Deutschland e.V. (FGQ) ist ein gemeinnütziger Verein, der über Querschnittlähmung und deren Folgen informiert und auch hoch querschnittgelähmten, beatmeten Menschen zur Seite steht. Es werden Betroffene und Angehörige beraten, Konzepte zur Verbesserung der Lebenssituation Querschnittgelähmter entwickelt, entsprechende Projekte gefördert und in Einzelfällen wird auch finanziell geholfen. Die FGQ ist ein Netzwerk aus Betroffenen, Angehörigen, Ärzten, Therapeuten, anderen Fachleuten sowie einem großen Kreis an Förderern. Die FGQ wurde 1981, im „Internationalen Jahr der Behinderten", gegründet und ist eng mit der damaligen Behindertenbewegung verbunden. Diese entwickelte sich aus dem Anspruch heraus, dass Menschen mit einer Behinderung für sich eintreten und ihre Interessen selbst wahrnehmen. Vorreiter war die Inde-

pendent-Living-Bewegung in den USA, die bereits in den 1970er Jahren die Idee des Peer-Counselings, also der Beratung von Betroffenen durch andere Betroffene, aufgegriffen hat. Bereits seit Gründung setzt die FGQ die Idee der Peer-Beratung um, die ganz aktuell auch durch die Bundesteilhabegesetzgebung verstärkt im Fokus steht.
Heute hat die Arbeit der FGQ drei Hauptsäulen: die Beratung von Betroffenen und Angehörigen, Einzelfallhilfen und die politische Arbeit. In der Beratungsarbeit begleiten Peers frisch querschnittgelähmte Menschen als erfahrene Ansprechpartner. Peers sind selbst Betroffene, also ebenfalls querschnittgelähmte Berater, die in ehrenamtlicher Arbeit und organisiert in einem bundesweiten Netzwerk während und nach dem Reha-Aufenthalt direkt vor Ort zur Verfügung stehen. Die Peers werden für ihre Arbeit in verschiedenen Seminaren geschult und laufend weitergebildet. Darüber hinaus werden sie von professionellen Ansprechpartnern in den Arbeitsgemeinschaften (den sogenannten ARGEn) der FGQ unentgeltlich unterstützt, zum Beispiel bei Sachfragen zum Sozialrecht, zur Hilfsmittelversorgung, bei Umbaumaßnahmen im Haus und am Auto und bei vielen anderen Themen.
Darüber hinaus gewährt die FGQ bei nachgewiesener Bedürftigkeit finanzielle Einzelfallhilfen für die Aus- und Weiterbildung, bei notwendigem Ausbau von Wohn- oder Unterrichtsräumen, zur Ermöglichung der Teilnahme an Seminaren und Workshops und vieles mehr. In ihrer politischen Arbeit setzt sich die FGQ zudem als bundesweiter Selbsthilfeverband für die Interessen Querschnittgelähmter ein und versucht, die Rahmenbedingungen weiter zu verbessern.

Sie fühlen sich angesprochen, benötigen Beratung oder Informationen oder kennen jemanden der die Unterstützung eines Peers gebrauchen könnte?

Wenden Sie sich an die FGQ telefonisch (06226 - 960 211) oder per Email (info@fgq.de), schildern Sie Ihre Sorge oder stellen Sie Ihre Frage, wir finden schnell heraus, ob und in welcher Form wir Ihnen weiterhelfen können.

Sie haben Lust bekommen, die FGQ zu unterstützen?

Es gibt für jeden eine Möglichkeit, für die FGQ aktiv zu werden:

- Wie alle Selbsthilfeorganisationen ist auch die FGQ nur so stark wie die Zahl ihrer Mitglieder. Also, werden Sie Mitglied bei der FGQ (www.fgq.de), damit deren Stimme in Politik und Gesellschaft noch mehr Gewicht bekommt. Übrigens bekommen Sie durch Ihre Mitgliedschaft einen Unfallschutz über die ERGO Group AG. In dieser Unfallversicherung ist speziell das Risiko einer Querschnittlähmung abgesichert. Bei einem Invaliditätsgrad von 100% stehen dem Verunfallten 200.000 € zur Verfügung.
- Immer werden neue Peers gesucht, die mit ihren individuellen Fähigkeiten und ihrem in Eigenerfahrung geschultem Wissen andere Querschnittgelähmte unterstützen möchten. Melden Sie sich zu einem Vorstellungsgespräch bei der Geschäftsleitung der FGQ in Lobbach: Felix Schulte, Tel.: 06226 - 960 211 oder unter info@fgq.de
- Sie haben spezielle Fähigkeiten, besondere Erfahrungen oder überschüssige Kräfte, die Sie ehrenamtlich der FGQ zur Verfügung stellen möchten?

Sie sind herzlich eingeladen, sich jederzeit bei der FGQ zu melden, wir finden ganz sicher eine Aufgabe für Sie!

Maria-Cristina Hallwachs,
Peer der FGQ

UND PLÖTZLICH BLEIBT DIE WELT STEHEN

Es ist ein ganz normaler Morgen an einem Märztag irgendwo in Niederbayern. Ich arbeite zu dieser Zeit als Krippenleitung in einem Kindergarten. Mein Mann absolviert sein erstes Referendariat in einer Realschule. Ich habe mir heute frei genommen und möchte zusammen mit meinen beiden Kindern, die zwei und drei Jahre alt sind, meine Eltern in Ingolstadt besuchen. Meine Mutter hat morgen Geburtstag und außerdem jährt sich der Geburts- und Todestag meines ersten Kindes. Am Morgen packe ich alle Sachen ein, die wir für unser Wochenende brauchen. Wir verabschieden uns von meinem Mann und dann kann es auch schon losgehen. An diesem Morgen hat es noch sehr viel geschneit, aber mein Entschluss steht fest, ich möchte fahren.

Die beiden Kinder sitzen auf dem Rücksitz in ihren Kindersitzen. Wir hören Musik und singen gemeinsam. Die Hälfte der Fahrt ist fast schon geschafft und wir verlassen die Autobahn. Jetzt müssen wir noch ca. eine dreiviertel Stunde über die Landstraße fahren. Auf einer geraden Strecke komme ich plötzlich ins Schleudern. Ich habe das Gefühl, auf Glatteis gekommen zu sein und verliere leider die Kontrolle über den Wagen. Ein Gutachten, welches mir mein Mann erst sehr viel später zeigen wird, stellt aber fest, dass die Straße wohl trocken war und ich aus unerklärlichen Gründen die Fahrbahn verlassen habe.
Ich erinnere mich heute noch sehr genau an das Gefühl von damals, als ich merkte, ich kann nichts mehr tun, außer das Lenkrad fest zu halten und mir einen Punkt zu suchen, der uns bremst. Laut einigen Psychologen, die mich in verschiedenen Kliniken, in der kommenden Zeit betreuen, ist es wohl ganz normal, dass man sich einen Punkt sucht, der die Situation bremst und beendet.

Ich habe mir in dieser Situation einen der vielen Bäume am gegenüberliegenden Straßenrand gesucht. Ich höre noch immer, auch nach all den Jahren, den Knall des Aufpralls. Dann war es für eine ungewisse Zeit still. Als ich wieder zu mir komme, schmecke ich das Blut, dass aus meiner Nase läuft und ich spüre meine Beine heftig pulsieren bzw. mein rechtes Bein spüre ich gar nicht mehr. Ich habe auch keine Ahnung, wie lange ich bewusstlos war. Im ersten Moment kann ich nicht realisieren, was passiert ist. Ich schaue um mich, sehe den Airbag, der sich vor mir aufgeblasen hat. Das komplette Handschuhfach liegt neben mir, dort, wo einmal ein Beifahrersitz war. Und ich sehe, dass von der langen

Motorhaube nicht mehr viel übrig ist. Langsam wird mir bewusst, dass ich schnell etwas an der Situation ändern muss, da es sonst für alle zu spät ist. Erst versuche ich, die Fahrertür zu öffnen, was natürlich nicht geht, da alles so stark verzogen ist. Jetzt erst merke ich, dass uns die Wucht des Aufpralls eine Böschung hinuntergeschleudert hat und wir hier unten nie gesehen und gefunden werden. Ich greife nach meinem Handy, aber wie es wahrscheinlich oft in solchen Situationen ist, ist der Akku leer. Ich muss also nach oben. Jetzt erst drehe ich mich nach den beiden Kindern um. Mein Sohn sieht mich mit großen verängstigten Augen an und fragt mich, was passiert sei. Ich versichere ihm, dass alles ok ist, und dass gleich jemand da ist, der uns hilft. Der zweite Blick geht zu meiner kleinen Tochter. Sie sitzt angeschnallt in ihrem Kindersitz, der Kopf hängt schwer nach vorne. Sie ist kreideweiß und ihre Lippen sind tiefblau. Heute weiß ich, dass dies eines der ersten Bilder von vielen ist, die sich im Laufe der nächsten Tage, Wochen, Monate und Jahre in meinem Kopf festbrennen werden und leider immer wieder sehr unkontrolliert und ohne Vorwarnung an die Oberfläche kommen und meinen Alltag „durcheinanderbringen".

Der Versuch, ihren Kopf zu heben und sie anzusprechen verläuft leider erfolglos. Mir wird sehr schnell klar, dass sie schwer verletzt ist, obwohl sie äußerlich unversehrt scheint. Es ist kein Tropfen Blut zu sehen, was es mir noch schwerer macht, die Situation jemals zu verstehen. Der Gedanke, dass sie tot sein könnte, lässt eine wahnsinnige Angst in mir aufsteigen, die ich natürlich in diesem Moment meinem Sohn gegenüber nicht zeigen kann. Über die Rücksitzbank und den Kofferraum, welcher wohl durch den Aufprall geöffnet wurde, klettere ich unter Höllenschmerzen ins Freie. Auf allen Vieren schaffe ich es die Böschung hinauf zur Straße und werfe mich direkt auf die Fahrbahn. Ich sehe ein Auto heranfahren. Der Fahrer bremst sofort und fragt mich, was passiert sei. Ich erkläre ihm kurz die Situation, dass meine Kinder noch dort unten im Auto sind. Er geht sofort mit mir zum Auto, seine Frau fährt in den nächsten Ort, der nur einen Kilometer entfernt ist, und holt Hilfe. Im Nachhinein werde ich erfahren, dass der Mann ausgebildeter Ersthelfer der Feuerwehr war. Er spricht kurz mit meinem Sohn, sieht, dass es ihm den Umständen entsprechend gut geht und geht dann auf die andere Autoseite zu meiner Tochter. Nachdem er den Puls gesucht und sie angesehen hat, dreht er sich nur kurz zur Seite und schüttelt leicht den Kopf. Wie aus dem Nichts steht dann seine Frau mit dem zweiten Helfer neben mir. Er stellt sich mir als Arzt vor und nimmt meine Tochter sofort aus dem Sitz und legt sie in den Kofferraum, um dort mit diversen Untersuchungen zu beginnen. In der Zwischenzeit hat sich die Unfallstelle mit unzähligen Menschen und Autos der Feuerwehr, Polizei und Rettungskräften gefüllt. Ein Hubschrauber ist ebenfalls alarmiert worden. Der Arzt beginnt sofort meine Tochter zu reanimieren. Ich gerate in Panik, schreie ihn immer wieder an und frage, ob sie tot sei. Nebenbei wird mein Sohn von einem Mann aus dem Auto gehoben und in einen Rettungswagen gebracht. Ich bekomme aber all das nur noch durch einen Nebel mit. Mir wird nur kurz mitgeteilt, dass sie ihn in die Kinderklinik Landshut bringen. Inzwischen sind mehrere Rettungsärzte mit meiner Tochter beschäftigt und sie wird noch vor Ort intubiert. Aus einzelnen Wortfetzen höre ich, dass sie überlegen, ob sie nach Regensburg oder München geflogen wird. Ich tue das Einzige, was ich jetzt noch kann. Ich schreie den Arzt an, was mit meinem Kind sei. Er bittet daraufhin etwas lautstark einen Sanitäter, endlich die Mutter für den Schutz aller aus der Situation zu nehmen und zu sehen, welche Hilfe ich brauche. Mit großem Energieeinsatz der Rettungskräfte werde ich ebenfalls in einen Rettungswagen gebracht. Ein Helfer fragt mich, ob ich meinen Mann verständigen kann und reicht mir ein Handy. Aber leider fällt mir seine Handynummer nicht mehr ein, obwohl ich die sonst eigentlich wusste. Nur die Telefonnummer einer alten langjährigen Freundin in München kommt mir sofort in den Kopf. Ich rufe sie an, erzähle kurz was passiert ist und frage, ob sie in das Münchner Krankenhaus fahren kann, um bei meiner Tochter zu sein. Ihr wird später natürlich der Zutritt verboten, da sie keine Familienangehörige ist, aber daran denke ich in diesem Moment nicht. Nebenbei legen mir die Sanitäter eine Nadel, dann wird alles schemenhaft, wie in einem Film. Eigentlich möchte ich gar nicht wissen, wie alles weitergeht, aber sie erklären mir kurz, dass meine Tochter nach München geflogen wird und ihre Chancen sehr schlecht stehen. Ich bitte darum, meinem Mann Bescheid geben zu lassen und kann mich erinnern, in welcher Schule er arbeitet. Dort wird er von zwei Polizisten aus dem Unterricht geholt. Sie berichten ihm von dem schweren Autounfall, wissen allerdings nicht genau, wer wohin gebracht wurde. Er entschließt sich richtig und fährt nach München, dorthin, wo wohl derjenige von uns liegen muss, der am schwersten verletzt ist. Netterweise fahren ihn zwei Schulkollegen die ca. 200 Kilometer weite Strecke, da er selbst in dieser Situation dazu wohl gar nicht im Stande gewesen wäre.
Ich werde in der Zwischenzeit mit dem Krankenwagen ins Landshuter Krankenhaus gebracht. In der Notaufnahme fühle ich mich, wie in einem wahnsinnigen Gewirr. Ich kann, aufgrund der verabreichten Medikamente, nicht alles klar einordnen und strukturieren. Zwei Polizisten stellen mir Fragen und es wird mir Blut abgenommen. Natürlich muss festgestellt werden, ob ich Alkohol oder Drogen im Blut habe. Beides ist negativ. Viele Ärzte und Krankenschwestern reden auf mich ein, aber ich kann ihnen keine Antworten geben. Sie schieben mich in ein MRT, um mögliche Rückenmark- oder Wirbelsäulenschäden auszuschließen. Irgendwann wird mir ein Telefon gereicht, mein Mann ist in der Leitung. Einerseits ist es eine große Erleichterung seine Stimme zu hören, andererseits kann ich ihm gar nicht klarmachen, was passiert ist. Der momentane Schmerz

ALLES ANDERS.

zerreißt mich. Ich kann ihm nur so wenig sagen. Ich bedanke mich bei ihm, dass er nach München zu unserer Tochter fährt und sage ihm, gefühlte tausend Mal, dass ich das alles nicht wollte und es mir unendlich leidtut.

Plötzlich kommt eine Krankenschwester zu mir, streichelt mir die Wange und sagt, dass mein Sohn gleich hier in die Notaufnahme kommt. Auch er wurde extra aus der Kinderklinik hierhergebracht, um in einem MRT Rückenmarkschäden auszuschließen. Sie fahren seine Liege in einem Gang neben meine und dann kann ich mich nicht mehr halten. Ich nehme ihn fest in den Arm und weine einfach bitterlich. Dieser kurze Moment ist für uns beide viel zu schnell vorbei und er wird zu der nächsten Untersuchung geschoben, mit seinem Kuscheltier in der Hand, das er fest an sich drückt. Später erfahre ich, dass bei ihm alles soweit gut ist, es sei nur die Schulter gebrochen. Meine Schwiegermutter wurde ebenfalls benachrichtigt und fährt sofort zu ihm in die Kinderklinik, wo sie die nächsten zwei Tage mit ihm verbringen wird.

Für mich verlaufen ebenfalls alle Untersuchungen ganz gut. Mein Fuß wird ruhiggestellt und gegipst. Nach einer gefühlten Ewigkeit werde ich auf irgendeine Station gebracht. Man hat ein Einzelzimmer für mich arrangiert und dort bin ich nun alleine. Alleine… mein Kopf rast, meine Gedanken überschlagen sich. Ich fühle mich gefangen in einem luft- und zeitleeren Raum, in dem nur ich und diese unendlich große Angst, Selbstvorwürfe und Panik sind. Ich komme zu keinem klaren Gedanken. Nur durch schwere Schlaf- und Schmerzmittel gelange ich immer wieder kurz in einen unruhigen Dämmerzustand, aus dem ich durch einen lauten Aufprall gerissen werde. Leider wird mich dieser Schlafzustand sehr lange begleiten. Das Geräusch des Aufpralls verfolgt mich und lässt mich immer wieder aufwachen.
Selbst die Krankenschwestern können nur sehr schwer mit dieser Situation umgehen. Einige kommen herein, müssen aber sofort wieder weinend das Zimmer verlassen, da sie nicht wissen, was und wie sie mit mir sprechen sollen.

Mein Vater kommt, so schnell er kann, zu mir in die Klinik, aber auch seine Worte können keinen Trost spenden oder das Geschehene in irgendeiner Art und Weise begreiflich machen. Immer wieder telefoniere ich mit meinem Mann. Er kann mir immer nur ungenaue Infos geben, da er selbst mit noch keinem der Ärzte in München gesprochen hat.

Unsere Tochter wird an diesem Tag sofort 18 Stunden lang operiert. Danach ist für uns alles ANDERS.

Bildquelle: Bruno Streitmatter - BG BAU

„ICH WILL WIEDER ARBEITEN GEHEN“

Querschnittgelähmter steuert 25-Tonnen-Radlader

Innerhalb von Sekunden hat sich das Leben von Rafael Spitz radikal verändert: Auf dem Weg zur Arbeit kam sein Auto vor drei Jahren auf vereister Straße ins Schleudern und überschlug sich mehrfach. Nach der Akutversorgung mit Operation und erster Reha stand fest: Der Vater von drei eigenen und drei Stiefkindern bleibt aufgrund seiner Verletzungen an der Wirbelsäule querschnittgelähmt und auf einen Rollstuhl angewiesen. Doch der 46-jährige Straßenbauer ließ sich nicht unterkriegen.

Schon kurz nach dem Unfall war für ihn klar: „Ich will wieder arbeiten“. Am liebsten wollte er das als Fahrer eines 25-Tonnen-Radladers machen. Auf diesem Weg wird Spitz von der Berufsgenossenschaft der Bauwirtschaft (BG BAU) unterstützt. Das berichtete die BG BAU zum Internationalen Tag der Menschen mit Behinderung, der am 3. Dezember 2018 stattfand.

„Nach schweren Arbeitsunfällen oder Berufskrankheiten bleiben häufig gesundheitliche Einschränkungen zurück. Die medizinische, berufliche und soziale Rehabilitation gehört zu den Kernkompetenzen der BG BAU“, sagte Klaus-Richard Bergmann, Hauptgeschäftsführer der BG BAU. „Berufsgenossenschaftliche Kliniken und Reha-Manager der BG BAU ermöglichen vielen schwerverletzten Versicherten ins Arbeitsleben zurückzukehren und wieder am gesellschaftlichen Leben teilzunehmen“, so Bergmann weiter. Insgesamt 28.000 Reha-Fälle hat die BG BAU allein im Jahr 2017 abgeschlossen.

So ging es auch Rafael Spitz: Von Anfang an - schon in der Zeit, als Spitz in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Tübingen mit allen geeigneten Mitteln versorgt wurde - informierte ihn die BG BAU persönlich über mögliche Unterstützungsmöglichkeiten, wie ein individuell angepasstes Auto, einen zweiten Rollstuhl für sportliche Aktivitäten oder einen behindertengerechten Umbau des Wohnhauses. „Die Reha-Manager der BG BAU“, so Bergmann, „erstellen Rehabilitationspläne und koordinieren in Absprache mit Ärzten, Arbeitgebern und Verletzten alle Aktivitäten bis hin zur Genesung und einer beruflichen sowie sozialen Wiedereingliederung“.

Mit einer Liftanlage kommt Spitz jetzt bequem in sein Wohnhaus und er wird künftig mit einem zusätzli-

chen Lift auch ungehindert in seinen Keller gelangen können. Zudem ist er auch finanziell voll abgesichert: Nach dem Verletztengeld und Übergangsgeld bezieht er neben dem Pflegegeld seit Ende Mai eine Unfallrente von der BG BAU.

Doch Spitz möchte so selbständig leben, wie möglich. „Und dazu gehört für mich auch der Job", sagt der seit über 20 Jahren mit Baumaschinen vertraute Straßenbauer. Daher suchte sein Reha-Manager, Stefan Kalkbrenner, für Spitz einen Weg zurück ins Berufsleben, der seiner Leistungsfähigkeit und Neigung entspricht.

Im Verlauf eines Vorbereitungslehrgangs und einer Umschulung im Bereich Uhren und Schmuck wurde schnell klar, dass nichts anderes die Leidenschaft für seine frühere Arbeit als Baumaschinenführer im Straßenbau ersetzen kann. Und weil die Wiederaufnahme der bisherigen beruflichen Tätigkeit Vorrang hat, nahm die BG BAU gern das Angebot des früheren Arbeitgebers an, Spitz einen Einsatz als Radlader-Fahrer zu ermöglichen. Der behindertengerechte Umbau der 25 Tonnen schweren Baumaschine wurde in die Wege geleitet. Das war der erste Sonderumbau dieser Art.

Nach einem Probelauf, bei dem der Querschnittgelähmte alle notwendigen Arbeiten mit der Baumaschine erledigen konnte, stand der erneuten Beschäftigung in seinem Wunschberuf nichts mehr im Weg. „Mein Grundgedanke war, wer Auto fährt, kann auch eine Baumaschine bedienen", sagt Spitz.

Mit einem Speziallift kommt er regelmäßig in die Fahrerkabine, an einem elektronischen Zuggerät kann er seinen Rollstuhl festmachen und Gas und Bremse des Radlader steuert er nun mit einem Joystick. So kann Spitz wieder in vollem Umfang berufstätig sein.

Quelle: www.bgbau.de

NEUES STIFTUNGSRATSMITGLIED IN DER ELFMETERSTIFTUNG

PD Dr. med. Sven Hirschfeld wurde in den Stiftungsrat der ELFMETERstiftung, 2te Chance für rückenmarksverletzte Kinder und Jugendliche aufgenommen. Er wird damit in Zukunft neben seiner bisherigen Aktivität im medizinisch-wissenschaftlichen Beirat aktiv die Stiftung bei der Umsetzung der Idee der ELFMETERstiftung unterstützen.

Zu seinen Aufgaben gehören:

- Verwirklichung des Stiftungszwecks: Unterstützung rückenmarksverletzter-/ erkrankter Kinder und Jugendlicher.
- Die persönliche Akquise förderungswürdiger Personen durch die ELFMETERstiftung, mit denen er insbesondere durch seine klinische Tätigkeit als Arzt betroffener Menschen in Berührung kommt.
- Weiterhin die Bewertung der eingehenden Anträge, gemeinsam mit Dr. Benjamin Grolle als medizinischem Beirat.

Die ELFMETERstiftung gibt es seit 2011. Sie war aufgrund des Unfalls von Emma-Rosa Mertzokat, der zur Querschnitt- und Atemlähmung führte, entstanden. Ziel der Stiftung ist es, Kinder und Jugendliche mit vergleichbaren Verletzungen/Erkrankungen sowie die medizinische und wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiet der Rückenmarksregeneration zu unterstützen.

Oft liegt nach einem Unfall kein Versicherungsschutz vor, sodass auf die Familien, neben der emotionalen Belastung, eine enorme finanzielle Last zukommt. Hier steht die ELFMETERstiftung beratend und finanziell unterstützend zur Seite. Stiftungsratsvorsitzende ist Sandra Mertzokat.

Die ELFMETERstiftung wird beim diesjährigen MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress am 25. und 26. Oktober 2019 mit einem eigenen Informationsstand vertreten sein und sie wird im Rahmen eines Vortrags vorgestellt.
Mehr unter www.elfmeterstiftung-duesseldorf.de

ELFMETER stiftung
2te Chance für rückenmarksverletzte Kinder und Jugendliche

MIT DEM ROLLSTUHL SKATEN?

Am 18. Mai 2019 findet die 2. Internationale Deutsche WCMX Meisterschaft in Berlin statt. WC... was, werden jetzt viele fragen, denn auch wenn der Sport mittlerweile seit einigen Jahren in Deutschland betrieben wird, ist er immer noch recht unbekannt. Ich, David Lebuser, habe vor knapp 10 Jahren damit angefangen, ohne zu wissen, dass ich so eine Art Szenebegründer damit werden würde.

Ich hatte einen Unfall, Diagnose Querschnitt, Rollstuhl und so weiter. Viele von euch kennen das und ihr wisst, jeder geht damit anders um. Ich für meinen Teil fand es schlimm, im Bett zu hocken und nicht selbständig irgendwo hinzukommen. Der Rollstuhl brachte mir diese Möglichkeit wieder und so begann ich, diesen ausgiebig zu testen. Ich war begeistert dabei, mit dem neuen Gerät Kanten, Treppen und Rampen zu überwinden, Wege zu finden, wo andere keine sahen.

Als ich dann ein Video auf YouTube sah, von einem Ami namens Aaron Fotheringham, war ich infiziert. Ein Rollstuhlfahrer machte Tricks im Skatepark. Das wollte ich auch und so begann ich mit meinem Rollstuhl durch die Skateparks zu fahren. Ich empfand das als Spielwiese, in denen ich immer wieder Neues probieren kann. Diese Skills halfen dann auch im Alltag, denn im Skatepark konnte ich so einige knifflige Situationen üben.

Als ich vor 10 Jahren anfing, hätte ich mir nicht vorstellen können, dass ich selbst mal Tricks schaffe, an die damals noch nicht mal zu denken war. Man fängt irgendwo an und man kommt immer ein Stück weiter - wird besser. Viele Leute denken, meine Tricks wären super gefährlich oder ich wäre lebensmüde.
Aber man kennt seine Fähigkeiten und man weiß, was man sich zutrauen kann. Am Ende habe ich mich nicht öfter verletzt als die meisten Basket- oder Fußballer. Man lernt eben auch das Fallen und damit auch das Aufstehen, und diese Fähigkeiten sind am Ende wieder wichtig, um Risiken zu minimieren, auch im Alltag. Nun ist aus dem Rollstuhl Skaten, anfangs hieß es Chairskating, ein echter Sport geworden. Heute heißt es weltweit Wheelchair Motocross oder eben kurz WCMX. Ein verwirrender Name, denn es gibt ja gar keinen Motor, aber angelehnt an die Sportart BMX, macht das dann doch wieder irgendwie Sinn.

Mittlerweile gibt es weltweit einige Wettbewerbe, hier und da mal mehr und mal weniger aktive Skater mit Rollstuhl. Es wird aber immer beliebter und vor allem bei Kindern und Jugendlichen ist es eine schöne Alternative, um den Rollstuhl spielerisch beherrschen zu lernen. Es ist auch etwas, dass man mit seinen nicht behinderten Freunden machen kann, einer fährt BMX, ein anderer Skateboard und einer eben Rollstuhl - WCMX! Wenn das mal nicht beispielhafte Inklusion ist.

Natürlich ist nicht alles Gold was glänzt, nicht jeder Skateparkplaner hat auf dem Schirm, dass auch Skateparks möglichst barrierefrei zugänglich sein sollten, dass es rollstuhlgerechte Toiletten in der Nähe geben sollte oder gar Behindertenparkplätze. Und deswegen sollte diese Bereicherung des Sportangebots für Rollstuhlfahrer bekannter werden, damit auch die letzten Stadtplaner, Skateparkbauer und Landschaftsarchitekten verstehen, dass einfach alles zugänglich gemacht werden muss!

Also, ich hoffe, wir sehen uns am 18. Mai in der Skatehalle Berlin!

Euer David Lebuser

http://david-lebuser.de/ und **kobinet-nachrichten**

7. GEMEINSAME JAHRESTAGUNG DER DGNR UND DER DGNKN

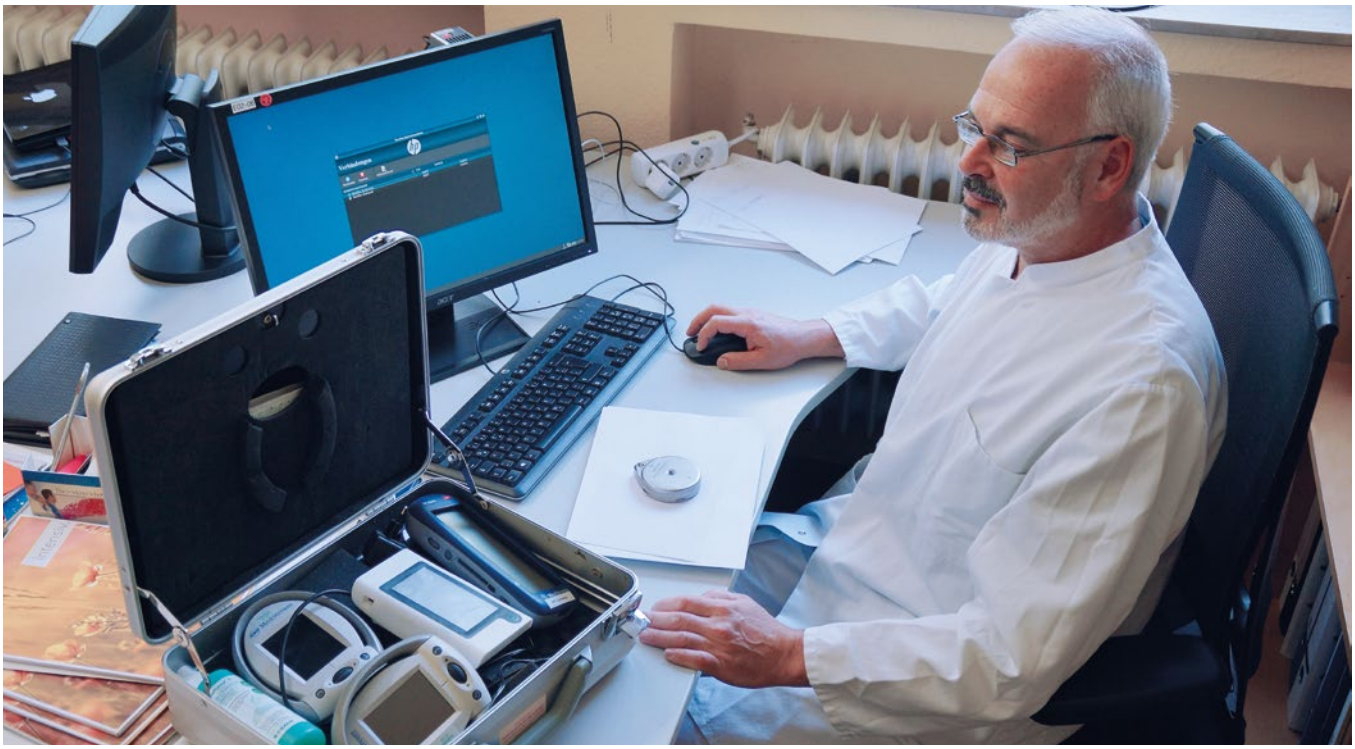
Das „Neuroreha-Team“ setzt sich durch – Multiprofessionelle Zusammenarbeit in der Neurorehabilitation Erlangen.

Unter dem Motto „Theorien, Techniken, Trends“ ging die 7. gemeinsame Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation (DGNR) e. V. und der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation (DGNKN) e.V. vom 6. bis 8. Dezember 2018 in Erlangen erfolgreich zu Ende. Schon zur feierlichen Kongresseröffnung zeigte der Gemeinschaftskongress die Entwicklung der Rehabilitation von Neurologischen und Neurochirurgischen Erkrankungen zu einem dynamisch wachsenden Fachgebiet. Wie die Kongresspräsidenten Prof. Dr. med. Dennis Nowak, Chefarzt HELIOS Klinik Kipfenberg, und Dr. med. Wilfried Schupp, Chefarzt m&i-Fachklinik Herzogenaurach, betonten, arbeiten Rehabilitationseinrichtungen heute erkenntnisgetrieben und evidenzbasiert.
Drei Tage lang diskutierten hochkarätige Experten aus allen Bereichen der Neurologisch-Neurochirurgischen Rehabilitation in 22 Symposien aktuelle Kongressthemen wie Intensivmedizin in der neurologischen Frührehabilitation, Evidenz der Therapie und akute Komplikationen. Prof. Nowak verwies auf das breite Spektrum technischer Innovationen: „Um die neuronale Plastizität im positiven Sinne für die Funktionserholung des Gehirns, die „recovery of function“ zu verändern, kommen Techniken der nicht invasiven Hirnstimulation zum Einsatz.“ In einem eigenen Symposium ging es um die Frage, inwieweit diese Technik auf Basis der Datenlage, der sogenannten Evidenz, bereits reif für den breiten Einsatz ist. Die aktuelle Diskussion mit Teilnehmern unterschiedlicher Fachrichtungen verdeutlichte den hohen Stellenwert der multiprofessionellen Zusammenarbeit aller in der Neurorehabilitation tätigen Berufsgruppen – des „Neuroreha-Teams“ – bei Patienten mit erworbenen Hirnschäden wie beim Schlaganfall, bei entzündlichen Hirnerkrankungen und beim Schädel-Hirn-Trauma. Wie entscheidend hochqualitative fachliche Kompetenz als Basis für die interprofessionelle Zusammenarbeit ist, zeigten auch die gut besuchten 12 Workshops für nicht-ärztliche Berufsgruppen.
Neben neuen Entwicklungen und Erkenntnissen wurden hochaktuelle gesundheitspolitische Themen kontrovers diskutiert. Unter dem Titel „Neurologische Frührehabilitation und Gesundheitspolitik“ standen aktuelle Anforderungen kritisch auf dem Prüfstand. In der Podiumsdiskussion wurde ausgelotet, wie sich die Rahmenbedingungen im Bereich der Neurorehabilitation weiter entwickeln und wie umfassend die individualisierten medizinischen Versorgungsmöglichkeiten in einer frühen Rehabilitation für Patienten auch mit schweren Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems und auch noch im höheren Alter heute schon sind. Auf längere Sicht sollten noch mehr Betroffene von einer Frührehabilitation profitieren können. Die internationale Sitzung gab interessante Eindrücke, wie sich der Fachbereich in anderen Ländern der Welt entwickelt und wie eine internationale Zusammenarbeit aussehen könnte.

Hintergrund: Der Bedarf an Neurorehabilitation steigt weiter an und gewinnt rasant an Bedeutung, insbesondere die Neurologische Frührehabilitation. Grund sind therapeutische Fortschritte in der Neurologie sowie die wachsende Anzahl von Patienten. Nach Schlaganfällen oder Unfällen überleben infolge der rasanten Weiterentwicklung der akutmedizinischen Versorgung in den letzten Jahren immer mehr Patienten mit schweren Schädigungen des zentralen und peripheren Nervensystems und benötigen umfassende Rehabilitationsmaßnahmen, die ihnen die Rückkehr in ihren Alltag ermöglichen.

Deshalb ist die Weiterentwicklung von Methoden und Verfahren in der neurologischen Rehabilitation von immenser Bedeutung. Für jeden Patienten wird ein individueller Neurorehabilitationsplan erstellt, nachdem festgestellt wurde, wie schwer die Schäden an Gehirn und Nervensystem sind. Frührehabilitation beginnt häufig schon im Krankenhaus mit speziellen Maßnahmen. Ziel von Physio- und Ergotherapie, Logopädie und neuropsychologischem Training ist die bestmögliche Rückbildung der entstandenen Schäden und die Kompensation von Funktionseinbußen, etwa Lähmungen, Schluck- und Sehstörungen, kognitive Störungen, Wahrnehmungs- oder Verhaltensstörungen. Die Weiterentwicklung der Verfahren in der Neurologischen Rehabilitation sowie der besondere Wert des interdisziplinären Austauschs auch im Klinikalltag sind zentrale Anliegen der beiden veranstaltenden Fachgesellschaften (Deutsche Gesellschaft für Neurorehabilitation DGNR und Deutsche Gesellschaft für Neurotraumatologie und klinische Neurorehabilitation DGNKN), die bei der Jahrestagung die neuesten wissenschaftlichen Standards vorstellen und den Teilnehmern die fachliche Diskussion in allen Bereichen der neurologischen Rehabilitation ermöglichen.

DER EINSATZ VON BACLOFEN-PUMPEN IN DER NEUROLOGISCHEN THERAPIE



Dr. Sc (VAK Kiew) Jakob Bargak - IPK - Intensivpflegeklinik Schwaig und Hersbruck

Bei schwerstpflege- und intensivpflegebedürftigen Patienten liegt in vielen Fällen, beispielsweise aufgrund einer traumatischen Hirnverletzung oder eines schweren Schlaganfalls, eine Beschädigung des Gehirns oder des Rückenmarks vor. Ist der Teil des zentralen Nervensystems betroffen, der die willkürlichen Bewegungen kontrolliert, treten typischerweise eine Spastik beziehungsweise Spasmen auf. Darunter versteht man Verhärtungen und Versteifungen der Muskeln. Eine Spastik entsteht, wenn der Signalfluss zwischen dem Cortex und den tiefliegenden Stammganglienstrukturen unterbrochen wird. Es entsteht ein Ungleichgewicht zwischen Beugungs- und Streckungsmuskulatur, welches die Spasmen verursacht. Muskelspannung, Bewegungen, Empfindungen und Reflexe verändern sich.

Da die Sprech- und Schluckmuskulatur ebenfalls betroffen ist, treten bei den Patienten typischerweise auch Schluck- und Sprachstörungen auf. Nicht selten wirken die Patienten zudem in ihren kognitiven Fähigkeiten eingeschränkt. Dies kann motorisch bedingt sein und an verlangsamten Reaktionen liegen. Zu den Folgeschäden einer Muskelspastik gehören Schmerzen, Angst und Depressionen. Aufgrund dauerhafter Fehlhaltungen treten Gelenkdeformationen und Unbeweglichkeiten, Durchblutungsstörungen, schmerzhafte Druckgeschwüre, Osteoporose, periphere Nervenschädigungen, Empfindungsstörungen sowie erhöhte Infektions- und Entzündungsrisiken auf.

Eine Spastik kann durch orale Medikamentengabe oder Injektionen kontrolliert werden. Allerdings wirken diese in manchen oder besonders schweren Fällen nicht hinreichend, verursachen Unverträglichkeiten oder führen zu unerwünschten Nebenwirkungen wie Schwäche, Übelkeit und Benommenheit. Zudem nimmt die Wirkung von Tabletten bei regelmäßiger und längerfristiger Einnahme im Zeitverlauf ab, so dass der Arzt die verabreichte Dosis immer wieder erhöhen muss. Zu den häufig eingesetzten und bewährten Medikamenten gegen eine Spastik gehört das Muskelrelaxans Baclofen (Medikamentenname Lioresal® Intrathecal).

Durch den Einsatz einer Baclofen-Pumpe macht man sich dessen Wirksamkeit in Kombination mit einem innovativen batteriebetriebenen und programmierbaren Medizinprodukt zu Nutze, um die Nachteile der oralen Einnahme auszumerzen beziehungsweise zu minimieren. Die Baclofen-Pumpe wird durch einen chirurgischen Eingriff in den Bauchraum unter die Haut implantiert. Die Pumpe gibt über einen an sie angeschlossenen dünnen Schlauch (Katheter) flüssiges Baclofen bedarfsgerecht direkt in das Nervenwasser ab.
So wird eine weitaus geringere Dosis des Medika-

Patient mit Muskelspastik vor der Baclofen-Pumpenimplantation: Typische verkrampfte Handhaltung.

Patient mit Muskelspastik nach der Baclofen-Pumpentransplantation: Deutliche Verminderung der Spastik. Das Öffnen der Hand (Bewegung) sowie die Entspannung der Muskulatur sind wieder möglich.

ments benötigt als bei der oralen Einnahme. Der Wirkstoff in einer Tablette muss erst ins Blut aufgenommen werden und durch den ganzen Körper in das Rückenmark wandern. Ein Großteil davon verbleibt sogar im Blutkreislauf.

Bei der Baclofen-Pumpe kommt das Medikament direkt dort an, wo es am besten wirkt. So kann die Baclofen-Dosis im Vergleich zur Eingabe über Tabletten um ein Hundertfaches reduziert werden – bei gleicher Wirkung. Nebenwirkungen können so minimiert und gering gehalten werden. Die Baclofen-Pumpe wird elektronisch über Funkübertragung eingestellt. Somit wird sichergestellt, dass der Patient immer zur richtigen Zeit die genau auf seinen individuellen Bedarf abgestimmte Dosis des Medikaments erhält. Intensivpflegepatienten mit einer Hirnschädigung leiden in vielen Fällen unter einer Spastik oder Spasmen, die die funktionellen Fähigkeiten, den Wechsel der Körperhaltung und die täglichen Aktivitäten stark einschränken und beeinflussen und somit deren Pflege und Versorgung erschweren. Unsere langjährige Erfahrung zeigt, dass die Patienten von der Behandlung und Therapie mit der Baclofen-Pumpe auf mehrfache Weise profitieren können. Auch verschiedene Studien belegen dies.

Die Behandlung mit der Pumpe kann zu signifikanten Reduktionen sowie einer langfristigen Linderung der Spastik und Spasmen führen. Der Einsatz der Pumpe fördert zudem die Unabhängigkeit und verbessert die Lebensqualität der Patienten. Alltägliche Tätigkeiten

wie die selbstständige Nahrungsaufnahme, das Sitzen oder das Ankleiden können wieder ermöglicht werden. Mobilität und Hygiene werden erleichtert und verbessert. Studien belegen ebenfalls, dass auch die Betreuungspersonen mit den Ergebnissen des Pumpeneinsatzes zufrieden sind. Die IPK Intensivpflegeklinik arbeitet mit allen drei in Deutschland zugelassenen Herstellern (Tricumed, Medtronic und Codman) zusammen und hat aktuell bei 20 ihrer Patienten Baclofen-Pumpen im Einsatz.

Unabhängig vom Einsatz der Baclofen-Pumpe sind Ergotherapie, Logopädie und Physiotherapie eine sinnvolle und notwendige Ergänzung bei der Behandlung von Muskelspasmen bei schwerstpflege- und intensivpflegebedürftigen Patienten. Der Mensch sollte stets ganzheitlich und individuell betrachtet, versorgt und behandelt werden.

Über die IPK intensiv.pflege.klinik

Der Leitgedanke der IPK intensiv.pflege.klinik ist die ganzheitliche und rehabilitative Versorgung von schwerstpflege- und intensivpflegebedürftigen Menschen. Unsere Patienten sind körperlich sowie auch in ihrem Bewusstsein und ihrer Wahrnehmung stark eingeschränkt. Die Lebensaktivitäten sind oftmals in dem Maß beeinträchtigt, dass Maßnahmen wie zum Beispiel künstliche Ernährung, spezielle Lagerung oder auch Langzeitbeatmung notwendig sind. Die Patienten bedürfen ständig fachlich kompetenter personeller und technischer Hilfe und Überwachung. Ihr Zustand erfordert eine aktivierende Pflege, eine professionelle medizinische Betreuung und Versorgung sowie eine oft lange und ausdauernde individuelle Therapie. All dies stellen wir in der IPK intensiv.pflege.klinik durch interdisziplinäre Zusammenarbeit und unsere fachliche Kompetenz sicher. Der Mensch in seiner Individualität steht im Mittelpunkt. Jeder Patient erhält ein ganzheitliches und individuell auf ihn zugeschnittenes Behandlungskonzept. Bei der Versorgung berücksichtigen wir auch die jeweilige bisherige Lebensgeschichte, d.h. Vorlieben, Gewohnheiten und Interessen sowie die aktuelle Lebenssituation und bewahren somit die Individualität jedes Einzelnen.

Weitere Informationen unter
www.intensivpflegeklinik.de

Dr. Sc (VAK Kiew) Jakob Bargak bei der Behandlung mit der Baclofen-Pumpenimplantation.

Die DIGAB-Sektion Hygiene beantwortet häufig gestellte Fragen aus der Praxis (FAQ)

WAS MUSS AUS HYGIENISCHER SICHT BEIM ENDOTRACHEALEN ABSAUGEN BEACHTET WERDEN?

Patrick Ziech

Das endotracheale Absaugen ist eine Routinetätigkeit in der außerklinischen Intensivpflege. Die natürlichen Abwehrmechanismen der Atemwege sind durch eine Trachealkanüle weitestgehend ausgeschaltet. Neben der korrekten Technik ist deshalb die Beachtung der hygienischen Vorgaben zur Infektionsvermeidung entscheidend. Aus diesem Grund soll im folgenden Artikel dieses Thema einmal kurz beleuchtet werden.

Das endotracheale Absaugen wird aus Sicht des Arbeitsschutzes der Schutzstufe 2 zugeordnet [1]. Dies bedeutet, dass regelhaft mit einer Kontamination von Biostoffen zu rechnen ist. Um die Mitarbeiter vor diesem Einfluss zu schützen, stellt der Arbeitgeber die persönliche Schutzausrüstung (PSA) zur Verfügung, die eine Barriere zwischen dem potenziell infektiösen Material und dem Mitarbeiter herstellen soll.

Als Grundlage für die geeigneten Schutzmaßnahmen sind Gefährdungsbeurteilungen der jeweiligen Tätigkeiten unter Berücksichtigung der örtlichen und patientenbezogenen Gegebenheiten anzufertigen [1]. Die Pflegekraft kommt ihrer/seiner Pflicht zum Selbstschutz nach, wenn sie/er die Schutzausrüstung entsprechend der Arbeitsanweisungen trägt. Dabei gilt es auch zu beachten, dass diese Vorgabe für alle Bereiche der Patientenversorgung gilt, also unabhängig davon, ob in einem Krankenhaus, einem Heim, einer WG oder einer Einzelversorgung abgesaugt wird. Es gibt auch keine Einschränkungen dabei, wo abgesaugt wird (Patientenzimmer, Café, Kino etc.). Die Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (KRINKO) schreibt in den Empfehlungen „Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonien“ und „Infektionsprävention in Heimen“ die Verwendung von sterilen Handschuhen beim endotrachealen Absaugen vor [2, 3].

Auch die Qualitätsprüfungs-Richtlinie des Medizinischen Dienstes setzt die Verwendung steriler Handschuhe bei invasiver Beatmung voraus [4], die den Patienten vor einem Einbringen von Keimen während des Absaugvorgangs schützen sollen (Stichwort: Patientensicherheit). Für diese Vorgabe gilt das Gleiche wie für den Arbeitsschutz: es ist überall umzusetzen. Übrigens gehören sterile Handschuhe nicht zur Schutzausrüstung im Sinne des Arbeitsschutzes, sondern zum Patientenschutz und unterliegen dem Medizinprodukterecht [5, 6].

Die KRINKO-Empfehlung „Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonien“ weist darauf hin, dass das geschlossene Absaugsystem vor einer Kontamination des Personals und der Umgebung schützen kann, was besonders bei einer Kolonisation der Atemwege mit multiresistenten Erregern von Vorteil sein kann [2].

Bei der Verwendung geschlossener Systeme ist zu beachten, dass es sich um ein patientenbezogenes Einmalprodukt handelt, welches nach der Verwendung (Diskonnektion) zu entsorgen ist. Das Wechsel- intervall ist den Herstellerangaben zu entnehmen, wobei als Orientierungshilfe ein Intervall von drei Tagen üblich ist [7].

In der Praxis finden die geschlossenen Absaugsysteme jedoch kaum Anwendung. Oft wird als Grund der hohe Preis für diese Systeme im Vergleich zu den Kathetern für die offene Absaugung genannt. In der Tabelle wird eine beispielhafte Kostenaufstellung für das benötigte Einmal-Material dargestelt, das im Monat für das tägliche Absaugen (15—20 Absaugvorgänge) benötigt wird. Anhand dieser Berechnung könnte die Aussage „die geschlossenen Absaugsysteme sind zu teuer“ in Frage gestellt werden. Allerdings muss dabei berücksichtigt werden, dass die Absaugkatheter, die sterilen Handschuhe sowie Haltebänder, künstliche Nasen und Kompressen dem Patienten und seiner Versorgung/Sicherheit dienen.

Dagegen sind Mund-Nasenschutz, Schutzkittel und Handschuhe für den Personalschutz notwendig und werden aus einem anderen Budget, nämlich dem des Arbeitgebers, finanziert. Nicht berücksichtigt wird dabei die Arbeitszeit des Personals, welche beim Anlegen der persönlichen Schutzausrüstung aufgewendet wird. Auch Schutzhandschuhe sind in dieser Kalkulation nicht einberechnet. An diesem Beispiel zeigt sich, dass die Frage nach dem Kostenträger direkten Einfluss auf die Hygiene hat. In diesem Zusammenhang wird oft seitens der Pflegedienste bedauert, dass der zuständige Provider nicht ausreichend Material zur Verfügung stellen würde. Der Provider hingegen beklagt sich über die strengen Limitationen seitens der Vergütungsvereinbarungen mit den Krankenkassen, die die Kosten für die hygienisch erforderlichen Materialien nicht decken würden. Hier bedarf es sicher besserer Abstimmungen zugunsten der Patienten- und Personalsicherheit.

VINCENTZ AKADEMIE

Häusliche Pflege KONFERENZEN
PFLEGEDIENSTE BESSER MANAGEN.

5. ENTSCHEIDERKONFERENZ AUSSERKLINISCHE INTENSIVPFLEGE

Die Plattform für Politik und Praxis

03. Juni 2019 in Berlin

Sichern Sie sich einen der begehrten Plätze und buchen Sie jetzt Ihre Teilnahme!
www.entscheiderkonferenz.de

Zusätzlich optional buchbar:
Abschließendes Abendessen unter Kollegen – wohin bringt der Oldtimerbus Sie dieses Mal?

Best Practices
Vorträge zu Pflegedienst- und Unternehmensentwicklung sowie Personalkonzepten

Rechtsupdates
Fachvorträge zu Leistungsrecht, Ordnungsrecht und Kinderintensivpflege

Politik trifft Praxis
Dialog mit Vertreter*innen der Fachpolitik und Podiumsdiskussion

Weitere Informationen:
T +49 511 9910175 | veranstaltungen@vincentz.net

VINCENTZ

OFFENES ABSAUGEN

600 Absaugkatheter (Verkaufspreis 40 € je 100 Stück)	=	240,00 €
600 sterile Handschuhe (Verkaufspreis 6,50 € je 100 Stück)	=	39,00 €
600 Mund-Nasen-Schutz (Verkaufspreis 30,70 € je 100 Stück)	=	184,20 €
600 Einmal-Schutzkittel (Verkaufspreis 24,29 € je 10 Stück)	=	1.457,40 €
Gesamtbetrag pro Monat für das offene Absaugen	**=**	**1.920,60 €**

GESCHLOSSENES ABSAUGEN

Geschlossenes Absaugsystem (Verkaufspreis 600 € je 10 Stück)	=	300,00 €

Tabelle: Kostenaufstellung endotracheales Absaugen von P. Fonticelli (Februar 2019)

Ein weiteres Problem kann die Lagerung der sterilen Absaugkatheter darstellen. Grundsätzlich ist auf eine staub- und lichtgeschützte Lagerung, z.B. in speziellen Köchern, zu achten. Vor allem dürfen die Katheter bei der Lagerung nicht knicken oder verbiegen, da es dadurch zu einer Schädigung der Schutzhülle kommen kann und dadurch die Sterilität nicht gewährleistet ist. Bezüglich der Lagerung ist noch darauf hinzuweisen, dass der Absaugschlauch erst für den tatsächlichen Absaugvorgang mit dem Absaugkatheter konnektiert werden soll. Die Praxis, den Absaugschlauch für Notfallsituationen schon einmal vorher zu konnektieren, führt zu einer unsterilen Anwendung des Absaugkatheters und ist dementsprechend nicht zulässig.

Das korrekte Vorgehen beim endotrachealen Absaugen wird in einigen Fachbüchern und Zeitschriften beschrieben [8–10] und auf der folgenden Seite stichpunktartig dargestellt:

UMFRAGE

Bitte nehmen Sie an einer kurzen Umfrage zum Thema teil. Damit möchte sich die Sektion Hygiene einen Eindruck über die Relevanz des Themas und die Praxis in den Pflegediensten verschaffen www.surveymonkey.de/r/QZGM3XV.

Diese Empfehlung wurde u.a. innerhalb der DIGAB-Sektion Hygiene abgestimmt. Sie finden diese und weitere Hygienetipps unter: www.pflegehygiene.nlga.niedersachsen.de dort unter <Ambulante Wohngemeinschaften>

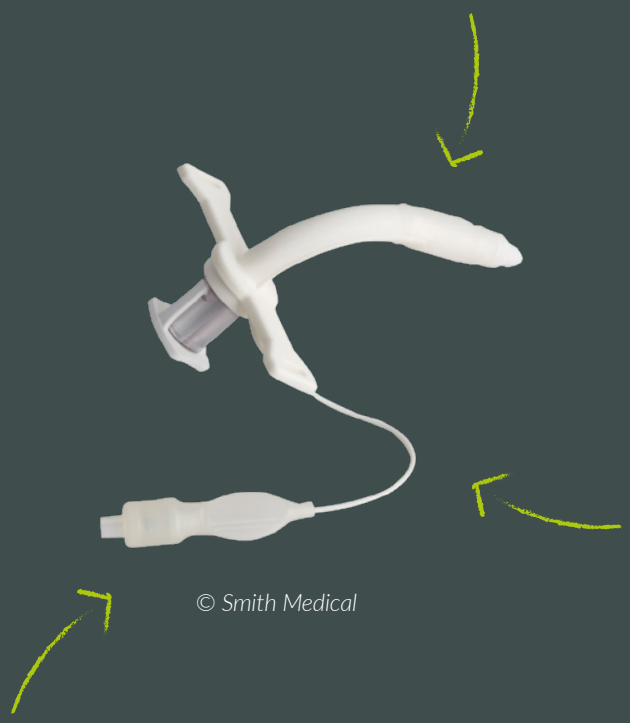
Vorankündigung: Im Rahmen des DIGAB-Kongresses bietet die DIGAB-Sektion eine Hygiene-Sprechstunde an, in der Sie Ihre Fragen direkt diskutieren können.

LITERATUR

1. Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (2016) TRBA 250 Biologische Arbeitsstoffe im Gesundheitswesen und in der Wohlfahrtspflege
2. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) (2013) Prävention der nosokomialen beatmungsassoziierten Pneumonie. Bundesgesundheitsbl. 56(11): 1578–1590. doi: 10.1007/s00103-013-1846-7
3. Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO) beim Robert Koch-Institut (RKI) (2005) Infektionsprävention in Heimen. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 48(9): 1061–1080. doi: 10.1007/s00103-005-1126-2
4. Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e.V. (MDS) (2017) Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI - Ambulante Pflege. Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR). Teil 1 - Ambulante Pflege, Essen
5. Bundesministerium für Gesundheit (1994) Gesetz über Medizinprodukte. Medizinproduktegesetz - MPG
6. Bundesministerium für Gesundheit (1998) Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten. Medizinprodukte-Betreiberverordnung - MPBetreibV
7. Deutscher Indistrieverband für optische, medizinische und mechatronische Technologien e.V. (2012) Hygienische Aufbereitung von Hilfsmitteln der Respiratorischen Heimtherapie. Empfehlungen für Anwender, Betreiber, Dienstleister und Hersteller, Berlin
8. Keller C (2017) Fachpflege außerklinische Intensivpflege, 1. Auflage. Elsevier, München
9. Jakisch J, Rettkowski R (2017) SOP Endotracheales Absaugen – unter Beteiligung der Hygiene. Krankenh.hyg. up2date 12(01): 9–13. doi: 10.1055/s-0043-102858
10. Credland N (2016) How to perform open tracheal suction via an endotracheal tube. Nursing standard (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987) 30(35): 36–38. doi: 10.7748/ns.30.35.36.s46

ENDOTRACHEALES ABSAUGEN

1 Persönliche Schutzausrüstung (Mund-Nasen-Schutz bzw. Atemschutz, Schutzkittel bzw. Schürze, Schutzhandschuhe und ggf. Schutzbrille, bei Bedarf ggf. Haarschutz) Informieren des Patienten | Händedesinfektion | Pflegekraft zieht keimarme (Unsterile) Einmalhandschuhe an



© Smith Medical

2 Verpackung des Absaugkatheters wird so weit geöffnet, wie es erforderlich ist, um den Absaugkatheter mit dem Absaugschlauch zu verbinden; die Hülle bleibt noch um den Katheter.

Das Absauggerät wird eingeschaltet.

Ein steriler Einmalhandschuh (PE-Handschuh) wird über den unsterilen Einmalhandschuh der Führungshand steril angezogen. Das Sterilpapier des Handschuhs kann als sterile Ablagefläche genutzt und z.B. neben den Kopf des Patienten positioniert werden.

Die Hülle des Absaugkatheters wird unter den entsprechenden Arm, Höhe Ellenbeuge (je nachdem ob Rechts- oder Linkshänder) geklemmt. Die PK greift das Verbindungsstück mit dem unsterilen Handschuh und zieht den Katheter langsam aus der Hülle und greift den sterilen Katheter (ggf. als Schlaufe in die Hand nehmen, dies verkürzt und vermeidet das unsteriles Arbeiten) mit dem sterilen Handschuh.

Die feuchte Nase bzw. die Gänsegurgel wird diskonnektiert und kann auf die sterile Ablagefläche des sterilen Handschuhs abgelegt. Wenn die Gänsegurgel an die künstliche Lunge konnektiert wird, muss ein steriler Filter dazwischen verwendet werden, um eine Kontamination des Konnektionslumens zu vermeiden.

3 Der Absaugkatheter wird mit der „sterilen Hand“ ohne Sog in die Trachealkanüle geführt, die Länge der Trachealkanüle muss bekannt sein, der Absaugkatheter darf nur bis max. 0,5 cm unterhalb der Kanüle eingeführt werden.

Der Absaugkatheter wird langsam und unter Sog (Sog nicht über 0,4 mbar), in kreisenden Bewegungen zurückgezogen. Durch die langsame kreisende Bewegung soll möglichst viel Sekret entfernt werden. Der Absaugvorgang soll nicht länger als 15 Sek. Dauern. Bei Bedarf wird der Absaugvorgang mit einem frischen sterilem Absaugkatheter wiederholt, in der Zwischenzeit erhält der Patient eine Erholungspause.

Nach dem Absaugen wird bei einem Beatmeten Patienten das Beatmungssystem sofort wieder konnektiert.

Den einmalig benutzen Absaugkatheter um die Mittelhand mit dem sterilen Handschuh wickeln, den PE-Handschuh darüberstülpen, nun kann beides verworfen werden.

Der Absaugschlauch wird mit H_2O gespült | Angefallene Abfälle (z.B. Verpackungen) werden entsorgt | Kontaminierte Flächen werden wischdesinfiziert | Die verwendete PSA kann jetzt abgelegt werden | Händedesinfektion | Dokumentation

HINWEIS: Ein atraumatischer Absaugkatheter wird mit Sog eingeführt, damit sich ein Luftpolster an der Katheterspitze bildet. Dies soll das Ansaugen an der Trachealwand verhindern. Bei traumatischen Kathetern entsteht dieses Luftpolster nicht. Diese sollten ohne Sog eingeführt werden.

HYGIENESTANDARD – TRACHEALES ABSAUGEN

Zielsetzung: *Jeder Patient/Bewohner der endotracheal abgesaugt wird, erhält eine angemessene hygienische Versorgung, welche dem Entstehen von Infektionen vorbeugt und sie auf ein Minimum reduziert oder beseitigt.*

Begründung: *Hygienemängel beim endotrachealen Absaugen erhöhen das Infektionsrisiko für den betreffenden Pat./Bewohner. Darüber hinaus kann das Absaugen mit weiteren Komplikationen verbunden sein: Schleimhautverletzungen/Blutungen, Mikroatelektasenbildung, akute Hypoxie/Bradykardie, psychischer Stress (Stressulzera), Erbrechen, Aspiration, Pneumonie, Sekretstau, Keimverschleppung, Lumenverlegung durch Borken und Sekret.*

Patrick Ziech*, MHA, Sprecher DIGAB-Sektion „Hygiene", Hygiene-Netzwerkkoordinator, Niedersächsisches Landesgesundheitsamt (NLGA)*

STRUKTUR	PROZESS (aus hygienischer Sicht)	ERGEBNIS
Die Pflegefachkraft S1a – Die hier beschriebene Tätigkeit wird von hierfür ausgebildetem PFK ausgeführt. Voraussetzung sind fundiertes Grundwissen, Beherrschung der Technik und Wissen über mögliche Komplikationen. **Die Einrichtung** S1b – PSA (Handschuhe, Schutzkittel, Mundschutz) wird vom Arbeitgeber in ausreichender Anzahl in der erforderlichen Materialqualität und ortsnah verfügbar gestellt. **Die Krankenkasse** S1c – Laut aktueller Qualitätsprüfungs-Richtlinie des Medizinischen Dienstes (QPR) erfolgt das Absaugen mit offenen Absaugsystemen bei Beatmung mit sterilen Einmalhandschuhen. **Quelle: www.nlga.niedersachsen.de (Hygieneplan ambulant betreute Wohngemeinschaften)**	**1. Welche Art von Biostoffen können übertragen werden?** • (Potentielle) Infektionserreger, die sich im Sputum und Trachealsekret befinden können (u.a. Staphylokokken, Streptokokken, Influenza-Viren, Corynebacterium diphtheriae, Haemophilus spp. und Mycobacterium tuberculosis-Komplex). **2. Wo ist mit Kontamination von Biostoffen zu rechnen?** • Hände der PFK. • Arbeitskleidung bzw. PSA der PFK. • Handgriffe, Klinken, Flächen der direkten Umgebung (inkl. Bettwäsche) **3. Wo sind mögliche Übertragungswege für Biostoffe?** • Hautkontakte der PFK zum Patienten. • Siehe Punkt 2. **4. Maßnahmen der Basishygiene um Übertragungen von Biostoffen zu verhindern?** • Händehygiene! • PSA (Schutzkittel, Handschuhe, Mundschutz, Schutzbrille) **5. Ergänzende und abweichende Vorgehensweisen bei MRE-Besiedlung des Patienten/ Kunden** • Patienten mit einem positiven Nachweis multiresistenter Erreger (MRE) sollen nur durch geschultes, unterwiesenes, informiertes Personal betreut und versorgt werden. **6. Gesonderte Situation und Ergänzendes** • Es gilt das Grundprinzip, dass es bei 3MRGN weitgehend bei einer gewissenhaften Basishygiene bleibt und nur bei ungewöhnlichen Sachlagen weitere Maßnahmen getroffen werden müssen. • Unter „ungewöhnlichen Sachlagen" versteht man das Vorliegen von 3MRGN Acinetobacter baumannii, 3MRGN Klebsiella pneumophila und jeglichen Arten von 4MRGN. In all diesen Fällen erfolgt eine Kontaktaufnahme mit dem Gesundheitsamt durch die Pflegedienstleitung. Mögliche Maßnahmen als Ergänzung zur Basishygiene könnten z.B. die Verwendung geschlossener Absaugsysteme, die routinemäßige Flächendesinfektion der näheren Umgebung und/oder die räumliche Absonderung (Isolierung) sein. Die konkreten Maßnahmen werden mit dem Gesundheitsamt getroffen und abgestimmt. • Abgesehen von diesen Ausnahmen gelten bei 3MRGN folgende Regeln: • Eine Meldung an das Gesundheitsamt gemäß § 6 Abs. 3 erfolgt, wenn zwei oder mehr Infektionen oder Kolonisationen auftreten, die in einem örtlichen und zeitlichen Zusammenhang stehen. • Im Rahmen von Verlegungen oder Entlassungen von MRE-positiven Patienten sind die betreffenden Einrichtungen frühzeitig zu informieren. • Wie bei MRSA ist die ungehinderte Teilnahme am Gemeinschaftsleben auch für Patienten mit einer 3MRGN-Kolonisation grundsätzlich zu ermöglichen. Im Falle von 4MRGN muss eine Einzelfallentscheidung getroffen werden.	**E1a** - Expektoration wird unterstützt. Ansammlung und Stauung von Trachealsekret wird verhindert. Zusätzliche Verkeimungen bei allen pflegerischen Manipulationen an der Trachealkanüle werden durch Einhalten einer aseptischen Vorgehensweise vermieden. Die Atemwege werden freigehalten.

DIGAB
Deutsche Interdisziplinäre Gesellschaft für Außerklinische Beatmung

AUFTAKTVERANSTALTUNG FÜR DIE STRUKTURIERTEN BEGEHUNGEN VON EINRICHTUNGEN IN DER AUSSERKLINISCHEN INTENSIVPFLEGE

Dr. med Martin Bachmann (Asklepios Klinikum Harburg)

Am 04.03.2019 führte das Niedersächsische Landesgesundheitsamt (NLGA) zusammen mit dem Landesverband Niedersachsen der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes e.V. (Fachausschuss Infektionsschutz - AG Hygiene) die Auftaktveranstaltung für die strukturierten Begehungen von Einrichtungen der außerklinischen Intensivpflege durch. Es nahmen insgesamt 75 Fachleute aus den niedersächsischen Gesundheitsämtern, dem MDK-Niedersachsen sowie weitere Vertreter aus anderen Bundesländern daran teil.

Zum Hintergrund: Seit dem 01.01.2019 haben ambulante Pflegedienste, die Patienten in gemeinschaftlichen Wohnformen (z.B. Intensiv-WG) versorgen, die nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erforderlichen Maßnahmen zu treffen, um nosokomiale Infektionen zu verhüten und die Weiterverbreitung von Krankheitserregern, insbesondere solcher mit Resistenzen, zu vermeiden. Darüber hinaus unterliegen diese Pflegedienste der infektionshygienischen Überwachung durch die Gesundheitsämter (Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 23 Abs. 3). Damit die Gesundheitsämter die Prüfung am Ort der Leistungserbringung durchführen können, wurde das Grundrecht auf die Unverletzlichkeit der Wohnung für diesen speziellen Fall eingeschränkt (IfSG § 15a). Das bedeutet, dass das Gesundheitsamt ein Recht darauf hat, private Räume zu betreten, wenn es dazu dient, den ambulanten Pflegedienst infektionshygienisch zu überwachen. Auch eine Auskunftspflicht seitens der Pflegedienste hinsichtlich der Namen und Kontaktdaten der von ihnen versorgten Personen und deren vertretungsberechtigten Personen wurde eingeführt (IfSG § 23 Abs. 6a).

Im Rahmen der Auftaktveranstaltung stellte Patrick Ziech (NLGA) die Versorgungssituation in der außerklinischen Intensivpflege aus systemischer Sicht dar. Dabei wurde u.a. auf die Gründe für die zunehmende Patientenzahl, auf die Versorgungsmodelle im ambulanten Bereich sowie auf das Thema Selbstbestimmung eingegangen. Bezugnehmend auf die S2k-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz“ (2017) berichtete er über die bisher veröffentlichten Erkenntnisse hinsichtlich der Hygiene in den Intensiv-Wohngemeinschaften.

Die vielzitierte Erhebung des Münchener Gesundheitsamts, in der eine 53%ige Prävalenz multiresistenter Erreger bei Patienten in Intensiv-WG ermittelt wurde, dient oftmals als Begründung für Hygienemaßnahmen. Herr Ziech verwies auch auf die aktuelle Dis-

kussion über Hygienemängel in Wohngemeinschaften und ihre möglichen Konsequenzen, die durch eine behördlich angeordnete Evakuierung im Kreis Viersen am 12.02.2019 entfacht wurde.

Anschließend berichtete Guido Rickert (Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH) von seinen praktischen Erfahrungen als Hygienefachkraft und WG-Leitung. Als besondere Herausforderungen nannte er u.a. die hygienisch vorgeschriebenen sterilen Handschuhe, die immer wieder für Diskussionen mit Kostenträgern oder Providern sorgen. Auch führten die unterschiedlichen Vorgaben bezüglich der Trachealkanülenaufbereitung seitens der Hersteller oft zu Unsicherheiten bei den Pflegekräften. In seinem Vortrag stellte Herr Rickert eine patientenbezogene Risikoanalyse zur strukturierten Herangehensweise an einen komplexen Sachverhalt als Praxisbeispiel vor. Auch auf die regelmäßigen Hygienevisiten als geeignetes Instrument zur Qualitätssicherung ging er ein.

Dr. med. Leonhard Hamschmidt (Gesundheitsamt Landkreis Oldenburg) referierte über seine Eindrücke und Erfahrungen mit den in seinem Zuständigkeitsbereich ansässigen Pflegediensten. Nach einigen anfänglichen Diskussionen sei er mit diesen Anbietern sehr zufrieden. Eine Herausforderung bestünde seiner Meinung nach vor allem auch beim Brandschutz sowie bei den Rettungswegen. Hier sollten die Wohngemeinschaften bzw. die versorgenden Pflegedienste offen auf die Rettungsleitstellen zugehen, um Problemen bei der Patientenrettung vorzubeugen.

Herr Ziech stellte in einem weiteren Vortrag die aktuelle Checkliste und den Selbstauskunftsbogen für die infektionshygienische Überwachung seitens der Gesundheitsämter vor. Der Selbstauskunftsbogen wird den ambulanten Pflegediensten postalisch zugesandt, mit der Bitte, diesen ausgefüllt bis 10 Tage vor der Begehung zurück zu senden. Der Bogen beinhaltet vor allem strukturelle und organisatorische Fragen, um dem Gesundheitsamt einen Eindruck darüber zu vermitteln, ob sich der Pflegedienst bereits mit dem Thema Hygiene und Infektionsprävention auseinandergesetzt hat. Bei der Vor-Ort-Begehung kann das Gesundheitsamt die Checkliste, die hygienerelevante Punkte detailliert erhebt, verwenden.

Zum Abschluss gewährte Dr. med. Martin Bachmann (Asklepios Klinikum Harburg) den Teilnehmern noch einen besonderen Einblick in die außerklinische Intensivpflege. Da es für viele Teilnehmer ein neues Thema war, kam ihm die Aufgabe zu, die typischen Krankheitsbilder, die unterschiedlichen Beatmungsarten sowie die unterschiedlichen Versorgungsformen aus seiner medizinischen Sichtweise zu erklären. Dabei ging er besonders auch auf das Weaning sowie die ärztliche Begleitung heimbeatmeter Patienten ein.
.

Dr. med Martin Bachmann (Asklepios Klinikum Harburg)

Teil 3

ENTWÖHNUNG VON DER BEATMUNG

Mit dem Begriff Weaning wird in der Intensivmedizin und Anästhesie die Phase bezeichnet, in welcher die Entwöhnung eines beatmeten Patienten von einer maschinellen Atemunterstützung (Beatmungsgerät) stattfindet. Ist die Beatmungsdauer, wie etwa bei einer Operation mit Narkose und Atemunterstützung und einer zeitlichen Dauer von etwa 30 Minuten bis wenigen Stunden relativ kurz, und ändert sich die Lungenfunktion nicht wesentlich, nimmt der Weaningprozess in der Regel kaum Zeit in Anspruch. Die volle Übernahme der Atemkontrolle erfolgt meist bereits im Operationssaal oder im Aufwachraum nach Entfernen des Beatmungstubus durch fachkundiges Pflegepersonal. Im Gespräch mit Dr. Jens Geiseler, Chefarzt der Medizinischen Klinik IV für Pneumologie, Beatmungs- und Schlafmedizin des Klinikums Vest, Behandlungszentrum der Paracelsus Klinik in Marl, erhalten wir grundsätzliche Informationen zum Weaning. Dr. Geiseler ist Vorstandsmitglied der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung, DIGAB e.V – Medienpartner der Patienten-Bibliothek / COPD in Deutschland, dessen Wissenschaftlichem Beirat Dr. Geiseler zudem angehört - und auch im Weanet, Kompetenznetzwerk der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP).

Was sollten Patienten zur Unterscheidung einer nicht-invasiven von einer invasiven Beatmung – in Verbindung mit einem Weaning – wissen?

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 Endotrachealtubus, einen Schlauch – wie bei einer Narkose während einer Operation - erfolgen. Bei einer nicht-invasiven Beatmung ist das Beatmungsgerät immer mit einem sogenannten Interface, einer Maske auf dem Gesicht, gekoppelt. Sowohl bei der invasiven als auch bei der nicht-invasiven Beatmung wird über das Beatmungsgerät ein Überdruck aufgebaut – ein ähnliches Prinzip, wie bei einer Luftpumpe – mit dessen Hilfe die Luft über die Nase, den Mund, bis in die tiefen Atemwege zum Patienten gelangt.

Sprechen wir von Weaning, meinen wir die Entwöhnung von der invasiven Beatmungsform.
Im Gegensatz zu einer nicht-invasiven Beatmung über eine Maske bringt der Einsatz des Tubus bei einer invasiven Beatmung einige Nachteile mit sich wie z.B.: **Husten** nur in deutlich abgeschwächter Form, da kein ausreichender Druck mehr im Brustkorb aufgebaut werden kann. Patienten haben somit häufig ein Sekretproblem. **Keine Möglichkeit zu sprechen**, **essen** und **trinken**. **Erhöhte Gefährdung für Infektionen** durch einen leichteren Zugang von Bakterien aus dem Mund-Rachen-Raum über den Tubus.

Was kann ein Weaning erschweren?

Im Gegensatz zu nordeuropäischen Ländern, in denen ein Pfleger ausschließlich einen Intensivpatienten betreuen kann, haben wir in Deutschland die Situation, dass ein Pfleger in der Regel zwei, manchmal sogar drei Patienten versorgen muss. Dies hat zur Folge, dass vor allem in der Intensivmedizin mehr Narkose-, Schmerz- und auch Beruhigungsmittel eingesetzt werden. Denn ein Schlauch in der Luftröhre ist natürlich unangenehm, Patienten werden in der Aufwachphase schnell unruhig und versuchen oftmals, die Intubation eigenständig zu entfernen. Zur eigenen Sicherheit werden Patienten daher in eine tiefere Narkose versetzt. Eine tiefere Narkose verlängert jedoch unzweifelhaft die Dauer einer invasiven Beatmung. Und je länger beatmet werden muss, desto mehr Komplikationen stellen sich unweigerlich ein.

Ein weiterer nicht zu unterschätzender Faktor bei einer längeren Narkose ist die Entwicklung eines sogenannten Deliriums nach Absetzen der Medikamente – von Ärzten abgekürzt auch als Delir bezeichnet. Hierbei handelt es sich um eine Form von Verwirrtheit, deren Ursache und Zusammenhänge bisher wissenschaftlich noch ungeklärt sind. Wir vermuten, dass die sogenannten Neurotransmitter im Gehirn - das sind biochemische Stoffe, welche Reize von einer Nervenzelle zu einer anderen Nervenzelle oder Zelle weitergeben - aus der Balance geraten sind. Ein Delir wiederum löst Schluckstörungen aus, geht mit der Unfähigkeit einher, mobilisiert zu werden und abzuhusten zu können.

Das Konzept einer modernen Intensivbeatmung verfolgt daher das Ziel einer möglichst kurzen Narkose. Die nachfolgend beschriebene Verfahrensweise kann die Beatmungsdauer nachweislich dramatisch verkürzen:

1. Bei jedem Patienten sollte nach einer möglichst kurzen Narkose bereits am ersten Tag ein Aufwachversuch vorgenommen werden. Nur sehr wenige Ausnahmefälle wie beispielsweise eine instabile Halswirbelsäulenfraktur oder ein massiv erhöhter Hirndruck lassen dies nicht zu.

2. Auch bei einer akuten Erkrankung wie z.B. einer Exazerbation einer Lungenerkrankung, die zu einer Beatmungspflichtigkeit geführt hat, sollte jeden

Tag ein Aufwachversuch vorgenommen und festgestellt werden, ob die Akutphase überwunden ist.

3. Während der Wachphase sollte überprüft werden, ob der Patient bereits ausreichend selber atmen kann (Spontanatemversuch).

Wie lange kann ein Weaningprozess dauern?
Die Dauer eines Weaningprozesses ist natürlich immer abhängig von Art und Schwere der Erkrankung.

Bei einer schweren Exazerbation beispielsweise wird in der Regel zunächst eine Antibiotikatherapie eingeleitet, da meist eine bakterielle oder sekundäre Infektion vorliegt. Weiterhin wird medikamentös einem Bronchospasmus (Verkrampfung der Muskulatur, die die Atemwege umspannt) entgegengewirkt. Eine Sedierung (Beruhigung des zentralen Nervensystems) sollte nur sehr oberflächlich vorgenommen werden. Bereits nach ein oder zwei Tagen sollte die Narkose reduziert und ein Spontanatemversuch eingeleitet werden.

Ist ein Spontanatemversuch nicht möglich, sollte dennoch der Tubus entfernt werden und eine Umstellung von einer invasiven auf eine nicht-invasive Beatmung mittels Maske erfolgen. Dieses Verfahren ist heute bereits auf pneumologisch geführten Intensivstationen Standard, da sich durch diese Maßnahme häufig ein Luftröhrenschnitt als Folge einer längerfristigen invasiven Beatmung vermeiden lässt.

Wann sollte ein Weaning-Zentrum hinzugezogen werden?
Weaning-Zentren haben sich auf die Behandlung von Patienten mit einer Langzeitbeatmung von mehr als 14 Tagen spezialisiert.

In der Regel wurden Patienten, die in ein Weaning-Zentrum kommen, als nicht vom Beatmungsgerät entwöhnbar erklärt – teilweise erst nach wochen- oder monatelanger Behandlung. Der üblichere Weg nach dieser Diagnose ist allerdings eine invasive außerklinische Beatmung und eine Verlegung in ein Pflegeheim oder – sofern vorhanden - eine Wohngruppe.

Tatsächlich gelangen derzeit nur wenige Patienten in ein Weaning-Zentrum, obwohl die außerklinische invasive Beatmung mit jährlichen Kosten zwischen 300-350 TD Euro verbunden ist und obwohl die dauerhafte Umstellung auf eine nicht-invasive Beatmung in zertifizierten Weaningzentren des Kompetenznetzes Weanet bei etwa 50-60 % der Patienten nachgewiesen ist.

Wo können Patienten und vor allem auch Angehörige Informationen und Unterstützung erhalten?
Grundsätzlich sei gesagt, dass sich natürlich alle Intensivstationen um eine optimale Behandlung der Patienten bemühen. Um jedoch Weaningerfolge, wie oben angesprochen, zu erzielen, bedarf es sehr viel Erfahrung und noch mehr Spezialwissen wie z.B. in der Behandlung kardialer Begleiterkrankungen, dem Sekretmanagement, der Delirbehandlung, dem Tag-Nach-Rhythmus, der Inhalationstherapie, der Schluckdiagnostik, der Physiotherapie bei Intensivpatienten, der Elektrostimulation, des Gleichgewichtstrainings – um nur einige Facetten zu benennen

Scheuen Sie sich nicht, Kliniken auf ihre Erfahrungen und mögliche Kompetenzen anzusprechen.

Regelmäßig sollten Informationen zum Status des Betroffenen vom Team der Intensivstation an Angehörige übermittelt werden. Wobei die Kunst darin besteht, Angehörigen ausreichende, aber auch offene und ehrliche Informationen zu geben – auch wenn es sich dabei manchmal um unbequeme Wahrheiten handelt, die gerne verdrängt werden.

In ein Weaningzentrum kommen Patienten und Angehörige natürlich häufig mit großen Hoffnungen und Erwartungen. Wichtig ist daher zu betonen, dass trotz der bereits benannten guten Erfolge eines spezialisierten Zentrums auch hier etwa 50 % der Patienten nicht von einer invasiven Beatmung entwöhnt werden können. In Beratungsgesprächen gilt es über die entsprechend individuelle Situation aufzuklären. In der Regel wissen wir nach etwa 4-6 Wochen, ob eine Entwöhnung möglich ist.

Eine aktuelle Liste aller zertifizierten Weaningzentren ist sowohl auf den Seiten der Deutschen Interdisziplinären Gesellschaft für Außerklinische Beatmung DIGAB e.V. unter www.digab.de als auch auf den Seiten der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin DGP e.V. unter www.pneumologie.de zu finden.

Dr. Jens Geiseler

Dies ist der dritte Teil einer Informationsreihe zur nicht-invasiven Beatmung von Dr. Geiseler. In den ersten beiden Teilen ging es um „Akute Exazerbation und planbare Operationen“ und „Entlastung der Atemmuskulatur – Einleitung einer NIV.“ Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Patientenzeitschrift COPD in Deutschland.

Quelle: www.patienten-bibliothek.de

COSWIGER LUNGEN- UND THORAXZENTRUM NUN AUCH WEANING (BEATMUNGSENTWÖHNUNGS)-ZENTRUM

Durch die offizielle Zertifizierung des Fachkrankenhauses Coswig als Weaningzentrum der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. (DGP) erkennt die Fachgesellschaft die umfassende Expertise der Klinik im Bereich des Weanings an. Ziel des Weanings ist es, künstlich beatmete Patienten in einem schrittweisen Prozess wieder zu einer eigenständigen Atmung zu verhelfen. Hierdurch wird den Patienten ein selbständigeres und flexibleres Leben ermöglicht.

Das Fachkrankenhaus Coswig ist schon seit vielen Jahren im Bereich der Beatmungsentwöhnung (Weaning) und der Behandlung von Patienten mit schwersten Lungenversagen tätig. Nunmehr wurde dem Haus durch die Zertifizierung als Weaningzentrum die eigene umfassende Expertise im Bereich des Weanings offiziell bestätigt.

Die Klinikleitung und das Team des Weaningzentrums in Coswig freuen sich über den positiven Bescheid, der seitens der DGP ausgesprochen wurde: „Wir sind über die offizielle Zertifizierung als Weaningzentrum, welche unser Engagement in diesem für uns sehr wichtigen Bereich noch einmal hervorhebt, sehr erfreut und möchten uns bei allen Mitarbeitern für ihren täglichen Einsatz an unseren Weaningpatienten herzlich bedanken“, sagt Prof. Dirk Koschel, Chefarzt für Innere Medizin und Pneumologie, der zusammen mit Dr. Jens Kraßler, Chefarzt der Abteilung Anästhesie und Intensivmedizin, das Weaningszentrum am Fachkrankenhaus Coswig leitet.

Ziel der Zertifizierung von Weaningzentren durch die DGP ist es, durch festgelegte Strukturen und Prozesse die Versorgungsqualität und das Therapieergebnis bei beatmeten Intensivpatienten zu verbessern. Diese wurden im Rahmen eines umfassenden Zertifizierungsprozesses geprüft.

In ganz Deutschland ist das Fachkrankenhaus Coswig damit eines von bundesweit nur sehr wenigen Krankenhäusern, deren umfassende Expertise im Bereich Lunge die hohen Anforderungen der jeweiligen Fachgesellschaften in dieser umfassenden Kombination erfüllt. In Ergänzung zu der aktuellen Auszeichnung als Weaningzentrum ist das Coswiger Fachkrankenhaus seit Jahren anerkanntes „Lungenkrebszentrum“ der Deutschen Krebsgesellschaft und „Kompetenzzentrum für Thoraxchirurgie“ der Deutschen Gesellschaft für Thoraxchirurgie.

ZUM THEMA WEANING

Die Unterbringung von Weaning-Patienten ist an besondere Maßgaben geknüpft. So liegen Patienten eines Weaningzentrums in speziell dafür ausgerichteten Weaningbetten. Beide Intensivstationen der Einrichtungen verfügen über solche Betten, die in ihrer Ausstattung weit über die Anforderungen eines Intensivstationsbettes hinausgehen. Weaning ist ein häufig langwieriger und komplexer Behandlungsprozess, der nicht ohne aufwendigen Struktur-, Personal- und Gerätebestand, so wie er im Fachkrankenhaus Coswig vorhanden ist, möglich ist. Darüber hinaus muss für den Patienten unter anderem der Tag-Nacht Rhythmus eingehalten und ein angemessener Lärmschutz sichergestellt sein, damit der Patient in einem ohnehin herausfordernden gesundheitlichen Zustand keiner unnötigen Stresssituation ausgesetzt wird.

Regelmäßige beatmungsbezogene Schulungen für die Mitarbeiter gehören ebenso zum Anforderungsprofil eines Weaningzentrums wie die Einbindung und Beratung von Angehörigen im Genesungsprozess. Bereits seit 2009 hat die Stiftung Pflege e.V. kontinuierlich die Intensivstation als „angehörigenfreundliche Intensivstation“ ausgezeichnet.

ÜBER DAS FACHKRANKENHAUS COSWIG

Das Fachkrankenhaus Coswig ist ein Zentrum für Innere Medizin/Pneumologie, Thoraxchirurgie, Anästhesiologie und Intensivmedizin, das über eine große sowie langjährige Erfahrung und Expertise in der Behandlung von Erkrankungen der Bronchien und der Lunge verfügt. Im Vordergrund steht eine optimale, auf dem modernsten Stand der Wissenschaft beruhende Versorgung der Patienten unter Berücksichtigung medizinischer, pflegerischer und psychosozialer Aspekte der Erkrankung sowie unter Einbindung aller relevanten Fachdisziplinen. Im Ergebnis steht eine individuell auf jeden einzelnen Patienten abgestimmte Diagnostik und Therapie. Die Einrichtung verfügt neben dem Weaningzentrum über ein von der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. empfohlenes und zertifiziertes Lungenkrebszentrum, über ein ebenso zertifiziertes Kompetenzzentrum für Thoraxchirurgie (Deutsche Gesellschaft für Thoraxchirurgie e.V.), zudem über ein international anerkanntes Laserzentrum sowie über ein Schlafmedizinisches

Zentrum. Im Fachkrankenhaus Coswig, das über 171 Betten verfügt, werden jährlich rund 7.000 Patienten medizinisch behandelt. In Kooperation mit dem Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden betreibt das Fachkrankenhaus Coswig das Ostdeutsche Lungenzentrum (ODLZ) und schließt somit die Lücke für eine spitzenmedizinische Behandlung von Lungenkrebspatienten in Sachsen und über seine Grenzen hinaus. Zudem ist das Fachkrankenhaus Gründer und Initiator des Kompetenznetzwerks für Lungenerkrankungen e.V. (KoLE) und steht damit anderen Kliniken und niedergelassenen Ärzten unter anderem in beratender Funktion auf dem Gebiet der Lungenerkrankungen zur Seite.

WEITERE INFORMATIONEN

www.fachkrankenhaus-coswig.de

www.od-lz.de

www.fachkrankenhaus-coswig.de/wir-ueber-uns/partner/kompetenznetzwerk.html

ZUKUNFTSAUFGABE WEANING

20 bis 50 Prozent der Patienten, die mit Beatmungskanüle die Klinik verlassen, hätten laut Expertenmeinung gute Chancen, wieder von den Maschinen loszukommen, heißt es in dem Artikel „Gefesselt an die Maschine“ von Kristiana Ludwig der Süddeutsche Zeitung vom 5./6.1.2019. Der Autorin ist zugute zu halten, dass sie auch selbstkritische Vertreter*innen der Fachmedizin zu Wort kommen lässt. Es ist bekannt, dass die Kliniken, und oftmals nicht einmal Fachärzte, immer neue Beatmungspatienten entlassen, im Vertrauen darauf, „draußen“ würden sie dann schon versorgt.

Ich halte die Auseinandersetzung mit diesem Sachverhalt und dem Weaning für wichtig. Die Entwöhnung von der Beatmungsmaschine ist zweifelsohne ein Zukunftsthema. In der S2k-Leitlinie „Nichtinvasive und invasive Beatmung als Therapie der chronischen respiratorischen Insuffizienz, Revision 2017“ ist nachzulesen: „Wenn die Diagnose ‚erfolgloses Weaning‘ korrekt gestellt worden ist, zeigt sie an, dass zum Entlassungszeitpunkt kein Weaningpotenzial mehr vorhanden ist.“ Darauf haben sich die Pflegedienste, und sie tun es noch immer, lange Zeit kritiklos verlassen. Pflege ist nun einmal nicht befugt, ärztliche Entscheidungen und Verordnungen in Frage zu stellen! Trotzdem scheinen es Pflegedienste früher immer wieder versucht zu haben, außerklinisch vom Beatmungsgerät zu entwöhnen oder es wurde die Empfehlung ausgesprochen: „Dann versucht es doch zuhause!“ Warum sonst wurde in der Leitlinie explizit darauf hingewiesen: „Beatmungsentwöhnungsversuche sollten im außerklinischen Bereich wegen mangelnder wissenschaftlicher Evidenz und aus Gründen der Patientensicherheit jedoch unterbleiben; insbesondere auch, weil im Weaningprozess oftmals invasive diagnostische und therapeutische Maßnahmen erforderlich sind, die im außerklinischen Bereich in der Regel nicht zur Verfügung stehen. Eine Entlassung in die invasive außerklinische Beatmung mit dem primären Ziel einer Beatmungsentwöhnung ist obsolet (Randerath et al., 2011; Schönhofer et al., 2014b)“, ist also „veraltet, nicht mehr gebräuchlich“.

Ich glaube, dass nun eine Phase beginnt, in der sich die Qualität eines Unternehmens in der außerklinischen Intensivpflege bald wieder sehr viel mehr daran zeigen wird, wie sehr es sich im Bereich des Weanens engagiert. Nur richtig und leitliniengetreu!

Konkret wird dies daran festgemacht werden, ob ein Pflegedienst:

1. durch „aktivierende Pflege und die zielgerichtete Fortsetzung supportiver Therapiemaßnahmen die Erlangung von künftigem Weaningpotenzial“ unterstützt,

2. eine auch die Psyche so stabilisierende Pflegesituation bietet, dass der Betroffene so viel Mut und Selbstvertrauen entwickelt, sich dem nächsten Weaningversuch unter fachärztlicher Aufsicht zu stellen

3. seine Klient*innen regelmäßig in einem Zentrum für außerklinische Beatmung vorstellt und dies nachweisen kann,

4. so kompetente Pflegekräfte hat, dass diese selbständig Weaningpotenzial erkennen

5. Personal freistellt, das sich vor allem der Unterstützung des Weanings widmet, auch über längere Zeit.

Für all dies gab es in der Vergangenheit seitens der Leistungsträger keinerlei Anreize. Und weniger denn je kann es sich bei immer knapperen Personalressourcen ein Pflegedienst leisten, Pflegekräfte für langwierige und zeitaufwändige Weaning unterstützende Maßnahmen freizustellen. Doch genau dies wäre notwendig. Deshalb brauchen wir neue Versorgungs- und auch das Weaning fördernde Konzepte. Denn es gibt nicht nur einen eklatanten Fachkräftemangel, sondern auch viel zu wenige Ärzte, die sich mit außerklinischer Beatmung auskennen, und viel zu wenig Zentren für außerklinische Beatmung. Hier könnte telemedizinische Unterstützung hilfreich sein. Ich persönlich würde einen Schulterschluss der außerklinischen Intensivpflege mit fachärztlichen Zentren für außerklinische Beatmung im Interesse der Menschen sehr begrüßen. Außerdem sollten die frisch vom Beatmungsgerät entwöhnten Menschen und ihre Angehörigen Hilfestellungen erhalten, z.B. bei der Wohnungssuche, wenn sie die eigene Wohnung schon aufgegeben haben.

Christoph Jaschke, Marketingmanager & Pressesprecher
Deutsche Fachpflege Gruppe

NEULICH IN DER RESPIRATORISCHEN ECKE ...

Hallo auch,

ich bin wieder auf dem Weg zu einem Kongress. Oder war es eine Arbeitsgruppe? Ich weiß auch gar nicht mehr, ob da eine wissenschaftliche Fachgesellschaft hinter steht. Oder ob da, mehr oder weniger offen, jemand aus der freien Wirtschaft als Veranstalter zu finden ist. Egal.

Oder?

Haben Sie auch das Gefühl, dass das alles manchmal verschwimmt? Eigentlich wollte ich ja nur beatmen, aber die Erlebnisse und Facetten darum herum lassen den ein oder anderen Gedanken auftauchen, den ich für erwähnenswert halte. Vielleicht wird ja eine offene Kolumne aus diesem Text. Nein, keine Angst, nicht von mir alleine. Sondern auch von Ihnen, um Ihren Gedanken freien Lauf zu lassen. Um unseren Alltag mit Abstand zu betrachten. Sachlich, aber auch mit einem Schmunzeln und einer Portion Ironie. Aber bitte nicht mit erhobenem Zeigefinger, denn jeder hat auch eine eigene Nase zum Anfassen.

Bei der fangen im Übrigen auch Ihre Atemwege an. Und je tiefer man rein geht, desto verworrener wird es. Dunkel ist es, und mit einer sumpfartigen Gel-Schicht überzogen, welche stark durch die Muzine, also Glykoproteine, geprägt wird. Aber das nur am Rande.

Worüber berichte ich denn nun jetzt in dieser respiratorischen Ecke? Wie wäre es erst einmal mit harmlosen "Basics", also dem Trachealkanülewechsel zum Beispiel? Ich weiß nicht, wie viele ich bereits durchgeführt habe. Ich habe federführend an unserem Standard mitgearbeitet und wurde von außerhalb der Klinik angefragt, ob ich bereit wäre, den Wechsel in einem Lehrvideo zu zeigen.

Wer weiß, vielleicht hätte ich schon ein paar "Likes" zusammen bekommen, hätte ich zugesagt!

Vor Kurzem habe ich einen ärztlichen Kollegen in Sachen Trachealkanülenwechsel eingearbeitet. Ich habe viel erklärt und auf Vieles im Detail hingewiesen. Kennen Sie das, wenn Sie Ihre eigenen Sätze schon zu gut kennen? Als ich bei gezogener alter Trachealkanüle das etwas arg verkrustete Stoma reinigte und weiter erzählte, ist mir doch tatsächlich die sterile Trachealkanüle aus der anderen Hand gefallen. Zwischen der linken Körperflanke und dem – natürlich auch linken – Arm des Patienten ist sie im Bett gelandet. Gemütlich, aber unsteril. Mist. Ich habe mir eine neue reichen lassen und habe diese ohne weitere Erklärungen gelegt. Geht doch!

Hätte ich einen Patienten mit kompletter Atemlähmung vor mir gehabt, hätte ich die unsterile Trachealkanüle weiter benutzt. Denn dann wäre Zeit nicht nur Geld, sondern auch Leben gewesen. Oder was hätten Sie getan? Hätten Sie im außerklinischen Setting anders gehandelt als in der Klinik? Oder wird Ihr Handeln durch Pauschalen bestimmt? Sprich, Sie haben vielleicht gar nicht genügend Material in Ihrer Versorgung? Oder hat Ihr Patient neben überreagierenden Atemwegen auch ebensolche Angehörige?

Es ist eben doch mehr, als nur Inspiration und Exspiration.

Mit respiratorischen Grüßen,

Ihr Peter Pulmo

SCHRITT FÜR SCHRITT AUF DEM WEG ZU MEHR SELBSTSTÄNDIGKEIT

Das „Angebot Unterstützung bei der Entwöhnung von Beatmung“ der Fürst Donnersmarck-Stiftung

Viele der Betroffenen können bei ihrem Wunsch unterstützt werden, die Trachealkanüle zu verlieren oder wieder selbstständig zu atmen.

Aufgrund des technischen Fortschritts im Bereich der Medizin gewinnt die ambulante Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Intensivpflegebedarf zunehmend an Bedeutung. Dabei handelt es sich insbesondere bei der Betreuung invasiv beatmeter Patientinnen und Patienten um wichtige Aufgaben, die ausschließlich von ausgebildeten Fachkräften ausgeführt werden müssen. Allerdings wurde in jüngster Zeit deutliche Kritik an der bundesdeutschen Versorgungsstruktur beatmungsbedürftiger Patientinnen und Patienten geübt. Aufgrund finanzieller Fehlanreize – so der allgemeine Tenor – werde diese Patientengruppe oftmals nicht angemessen versorgt und mögliche unterstützende Entwöhnungsmaßnahmen aufgeschoben oder gar gänzlich unterlassen. Hier stehen auch Ärzte und Therapeuten in der Pflicht, sich für eine angemessene Versorgung von Menschen mit Intensivpflegebedarf einzusetzen. Besonders in der Kritik stehen allerdings Pflegedienste und deren sogenannte „Beatmungs-WGs“, deren vorderstes Ziel nicht die bestmögliche Förderung der Betroffenen sei, sondern die Abschöpfung des Gewinnpotentials außerklinisch beatmeter Patientinnen und Patienten, für deren Versorgung die Krankenkassen hohe Beiträge leisten.

Allerdings ist es wichtig zu betonen, dass auch Einrichtungen existieren, die sich entschieden dafür einsetzen, beatmungsbedürftige Menschen auf ihrem Weg zurück in ein Leben ohne Trachealkanüle oder invasive Beatmung zu begleiten. Eine dieser Einrichtungen ist das Angebot des Ambulanten Dienstes der Fürst Donnersmarck-Stiftung „Unterstützung bei der Entwöhnung von Beatmung“ (UEvB) im P.A.N. Ambulant.

Für viele Menschen ist nach einem Schlaganfall, einem Unfall oder in Folge einer schweren Erkrankung eine invasive Beatmung oder die Versorgung mit einer Trachealkanüle zunächst unverzichtbar. Gelingt es den Betroffenen jedoch nicht, wieder die selbstständige Atmung aufzunehmen, bedeutet die permanente Abhängigkeit von der Trachealkanüle und/oder der invasiven Beatmung einen weitreichenden Verlust an Lebensqualität und Selbstbestimmung. Darüber hinaus sind Schluckstörungen und Atembeschwerden ein prognostisch ungünstiger Indikator für den weiteren Erfolg des Rehabilitationsprozesses. Doch viele der Betroffenen können bei ihrem Wunsch unterstützt werden, die Trachealkanüle zu verlieren oder wieder selbstständig zu atmen.

Das Konzept des Angebots „Unterstützung bei der Entwöhnung von Beatmung“

Das Angebot „Unterstützung bei der Entwöhnung von Beatmung“ in Berlin-Frohnau ist gezielt für die Therapie von Schluckstörungen, Einschränkungen der Atmungsfähigkeit und die Unterstützung bei der

Entwöhnung von der Trachealkanüle und/oder der Beatmung konzipiert. Durch spezielle Maßnahmen einer aktivierenden Pflege sowie intensive Therapien gelingt es uns, die Atemmuskulatur der Klientinnen und Klienten zu stimulieren. Die Betroffenen trainieren ihre Muskulatur, üben das Schlucken und das Atmen und werden dabei Schritt für Schritt unabhängiger von der Trachealkanüle oder von dem Beatmungsgerät. Auf diese Weise bereiten wir die Betroffenen auf die letzte Phase vor: das Weaning, die unmittelbare Entwöhnung in der Fachklinik.

Das UEvB richtet sich an Menschen, die aufgrund einer neurologischen Erkrankung in einer Klinik, einer ambulanten Einrichtung oder zuhause mit einer Trachealkanüle versorgt und/oder beatmet werden. Diese ziehen in der Regel für einen Zeitraum von 12 bis 18 Monaten in eines unserer modernen, hervorragend ausgestatteten Einzelappartements in Berlin-Frohnau ein und werden dort von einem Team aus spezialisierten Pflegefachkräften, Therapeutinnen und Therapeuten sowie Medizinern ganz nach ihren Bedürfnissen unterstützt. Ausgangspunkt unserer Maßnahmen ist dabei immer die Förderung der Selbstständigkeit der Klientinnen und Klienten, um ihnen eine möglichst selbstbestimmte Teilhabe am Leben ohne Trachealkanüle und/oder Beatmungsgerät zu eröffnen.

Vom Einzug bis zur Wohnungssuche: Ganzheitliche Unterstützung durch das UEvB

Um dies zu gewährleisten, unterstützen wir die Betroffenen bereits vor ihrem Einzug. Direkt nachdem Interessenten Kontakt mit uns aufgenommen haben, fordern wir die entsprechenden medizinischen Unterlagen an und prüfen sie genau. Dafür führen wir in jedem Fall einen Ortsbesuch durch, um ein möglichst genaues Bild von ihren individuellen Bedürfnissen zu erhalten; gegebenenfalls erfolgt im Anschluss daran eine bis zu drei Monate dauernde Vorprüfung in den Appartements des UEvB. Entspricht ein Klient oder eine Klientin den konzeptionellen Vorgaben des UEvB, zieht er oder sie für einen befristeten Zeitraum in den Norden Berlins. Aufgrund einer 24-stündigen Interventionsbereitschaft sind alle Klientinnen und Klienten ganz nach Bedarf rund um die Uhr unter spezieller Krankenbeobachtung betreut. Darüber hinaus stellen wir ein individuelles, auf die jeweiligen Bedürfnisse der Betroffenen abgestimmtes Therapieprogramm zusammen. Die Kosten für die pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen werden von der Kranken- und Pflegekasse getragen.

Während der Zeit der Behandlung und Therapie wohnen die Klientinnen und Klienten in den Appartements des UEvB, die sich in ruhiger Lage direkt am Waldrand auf dem Gelände des P.A.N. Zentrums für Post-Akute Neurorehabilitation befinden – einer modernen neurologischen Reha-Einrichtung für Menschen mit erworbenen Schädigungen des Nervensystems. Alle Einzelappartements sind hochwertig ausgestattet und verfügen über WLAN, eine eigene Terrasse, ein barrierefreies Badezimmer, Fernseher und einen eigenen Küchenbereich. Alle Klientinnen und Klienten haben die Möglichkeiten, einzelne Mahlzeiten bis hin zu einer Tageskomplettversorgung im P.A.N. Zentrum zu beziehen. Zusätzlich steht ihnen immer auch die Möglichkeit offen, sich selbst zu versorgen.

Nach dem Abschluss des Aufenthaltes im UEvB besprechen wir mit den Klientinnen und Klienten die Ergebnisse der abgeschlossenen Therapie und planen gemeinsam ihren Auszug. Sollten sie noch weitere Unterstützung und Pflege benötigen, beraten wir sie bei der Suche nach einer Anschlusseinrichtung; können die Betroffenen wieder selbstständig oder in einer betreuten Wohnform leben, unterstützen wir sie bei der Suche nach einem geeigneten Wohnangebot. Richtlinie bleiben dabei die Bedürfnisse und individuellen Wünsche der Betroffenen.

Unser Vorteil: Die räumliche Nähe zum P.A.N. Zentrum

Aufgrund der räumlichen Nähe zum P.A.N. Zentrum verfügen wir vor Ort über die idealen Voraussetzungen, um Betroffene bei der Entwöhnung von der Trachealkanüle oder der invasiven Beatmung zu unterstützen. Darüber hinaus können wir ihnen eine interdisziplinäre therapeutische wie medizinische Versorgung durch das P.A.N. Zentrum ermöglichen. Diese umfasst neben der Atmungstherapie vor allem Physiotherapie, Logopädie und Ergotherapie. Zusätzlich ist für Betroffene und ihre Angehörigen eine neuropsychologische Therapie möglich. Neben den üblichen Therapiesitzungen führen wir sowohl Ko-Therapien, bei denen mehrere Therapeutinnen und Therapeuten interdisziplinär zusammenarbeiten, als auch Gruppentherapietermine mit anderen Klientinnen und Klienten durch. Alle Disziplinen arbeiten als Einheit zusammen, um gemeinsam mit den Betroffenen Schluckstörungen zu therapieren und/oder die Belastbarkeit während der Spontanatmungsphasen zu erhöhen.

Wöchentlich findet im UEvB eine hausärztliche Visite statt, alle 14 Tage erfolgt eine neurologische Visite durch den Leitenden Arzt des P.A.N. Zentrums, Prof. Dr. Stephan Bamborschke. Für die weitergehende medizinische Betreuung arbeitet das UEvB mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten aus ganz Berlin zusammen, die besondere Erfahrungen im Umgang mit unseren Klientinnen und Klienten haben.

Unser Anspruch: Hochwertige Pflege und eine wertschätzende, teilhabeorientierte Grundhaltung

Beim Angebot „Unterstützung bei der Entwöhnung von Beatmung“ arbeiten ausschließlich Pflegefachkräfte, die mindestens den Basiskurs für Außerklinische Beatmung absolviert haben. Darüber hinaus sind weitere Fachkräfte wie beispielsweise Pflegeexperten für Außerklinische Beatmung, ein Atmungstherapeut oder eine Fachkraft für Anästhesie und Intensivpflege für das UEvB tätig.
Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter teilen eine wertschätzende Grundhaltung, die sich an den Prinzipien der Selbstbestimmung und gesellschaftlichen Teilhabe orientiert. Ziel aller Maßnahmen von uns ist es, Betroffene auf ihrem Weg zurück in ein Leben ohne Trachealkanüle oder invasive Beatmung zu unterstützen. Angehörige betroffener Menschen sind gut beraten, sich an Anbieter zu wenden, die durch den echten Willen geprägt sind, invasiv beatmete Menschen bei der Entwöhnung von der Trachealkanüle und/oder der Beatmung zu unterstützen.

Die Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin: Über 100 Jahre „Mittendrin, so wie ich bin“

Seit 1916 setzt sich die Fürst Donnersmarck-Stiftung zu Berlin für die Überwindung gesellschaftlicher Barrieren, Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderung sowie ein inklusives Miteinander ein. Über 600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter wirken in den Arbeitsbereichen Rehabilitation, Freizeit, Bildung, Beratung und Tourismus mit für eine Gesellschaft, an der alle Menschen, so wie sie sind, teilhaben können – ganz nach dem Motto „Mittendrin, so wie ich bin“. Außerdem fördert die Stiftung die Forschung auf dem Gebiet der neurologischen Rehabilitation mit einem Forschungspreis, mit Veranstaltungen und wissenschaftlichen Symposien.

Weitere Informationen finden Sie unter
www.wieder-atmen-lernen.de

12. MAIK

MÜNCHNER AUSSERKLINISCHER INTENSIV KONGRESS

Am 25. und 26. Oktober 2019 lädt die Deutsche Fachpflege Gruppe zum 12. MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress ein. Kongresspräsidenten sind Jörg Brambring und Christoph Jaschke, die Urheber des bundesweit anerkannten Fachkongresses für die außerklinische Intensivversorgung. Neben Vorträgen stehen Diskussionsrunden und Workshops auf dem Programm. Im Rahmen einer begleitenden Fachausstellung werden Innovationen vorgestellt. Die Themen des 12. MAIK erarbeitet gerade der Wissenschaftliche Beirat des MAIK, dem Expert*innen aus Wissenschaft, Medizin, Pflege und aus den Reihen der Betroffenen angehören.

Der MAIK, zu dem wieder 900 Teilnehmende aus dem ganzen Bundesgebiet erwartet werden, ist der erste interdisziplinäre Kongress für außerklinische Intensivversorgung, den Pflegende ins Leben gerufen haben. Dessen großer Erfolg führte dazu, dass in den verschiedenen Regionen ähnliche Formate entwickelt wurden. Dies zeigt, wie hoch der Gesprächsbedarf innerhalb der Berufsgruppen, die außerklinisch beatmete Kinder und Erwachsene versorgen, ist.

In den letzten Jahren wurde in der Presse viel über dieses Versorgungssegment berichtet, doch meist unter negativem Vorzeichen. Auf dem MAIK Münchner Außerklinischer Intensiv Kongress, unter der Schirmherrschaft der Bayerischen Staatsministerin für Gesundheit und Pflege, wird durchaus auch Klartext geredet, dabei stehen vor allem Zukunftsfragen im Mittelpunkt. In den Einzelveranstaltungen kommt immer wieder zum Ausdruck, wie ernsthaft und engagiert um die bestmögliche Versorgung außerklinisch beatmeter Kinder und Erwachsener gerungen wird. Neue Erkenntnisse darüber, wie diese noch besser versorgt, therapiert, gelagert und in einem selbstbestimmten Leben unterstützt werden können, sind zentrale Themen. Viele Workshops sind auch gezielte Weiterbildungen, für die Teilnehmer entsprechende Zertifikate erhalten.

Der Gesprächsbedarf ist auch deshalb so hoch, weil die Anzahl außerklinisch beatmeter Menschen, die aus den Kliniken entlassen werden, weiterhin steigt. Umgekehrt gibt es immer weniger qualifizierte Pflegekräfte, die Beatmungspflege durchführen können und dürfen. Deshalb müssen gemeinsam neue Versorgungs- und Qualifizierungskonzepte entwickelt werden. Und hierfür ist der MAIK die ideale Plattform. Medizin und Pflege, Therapie und Selbsthilfe, Leistungsträger und Fachpolitik, Medizintechnik und Home Care Provider sind hier vertreten und im regen Austausch mit betroffenen Kindern und Erwachsenen sowie ihren Angehörigen.

Eines der Highlights des MAIK ist die Diskussion konkreter Fallbeispiele mit Expertin Meike Grimm, tätig in der Patientenversorgung und -beratung bei der Börgel GmbH, und Dr. Karsten Siemon, Leitung der Abteilung Frührehabilitation im Fachkrankenhaus Kloster Grafschaft GmbH in Schmallenberg. Dieser beliebte Programmpunkt wird nach vorne geschoben und deutlich verlängert.

Am ersten Kongresstag wird der MAIK Award an eine engagierte Persönlichkeit oder ein Unternehmen vergeben. Nahezu alle bisherigen Preisträger*innen haben bereits ihr Kommen zugesagt.

Themen beim 12. MAIK werden sein: Querschnittlähmung, Therapie bei Kindern aus verschiedenen Blickwinkeln, Schluckstörungen bei beatmeten Menschen, Gewalt in der Pflege, Patientenverfügung und Behandlungsabbruch, Hygienemaßnahmen in Wohngemeinschaften sowie Veränderungen im Markt. Feststehen bereits Workshops von ResMed Deutschland GmbH und ResMed Healthcare durchgehend am ersten Kongresstag, ein Workshop der Philips Respironics GmbH, ein Workshop „Digitalisierung in der ambulanten Versorgung“ und ein weiterer der Deutschen Fachpflege Gruppe zum manuellen Sekretmanagement in der Pflege.

Wer sich als Aussteller oder Anbieter eines Workshops am MAIK beteiligen möchte, kann sich in den Ausstellerinformationen informieren unter https://www.maik-online.org/fileadmin/files/DOWNLOAD/AUSSTELLERPROSPEKT_MAIK_2019_V1.pdf

Es empfiehlt sich eine zeitnahe Buchung, da derzeit bereits viele Anmeldungen eingehen und das Ticketkontingent begrenzt ist.

Weitere Informationen und Anmeldung unter www.maik-online.org

MAIK
Münchner außerklinischer Intensiv Kongress®

25. - 26. OKTOBER 2019

HOLIDAY INN MUNICH - CITY CENTRE

MAIK PARTY
AMPERE
25.10.19

Deutsche Fachpflege Gruppe
Qualität verbindet

HiPP
Für das Wertvollste im Leben.

WZ WundZentren

smiths medical

Dr. Schumacher

azh

VIVISOL
Home Care Services

www.maik-online.org

Veranstalter: Deutsche Fachpflege Gruppe

DER WEITE WEG BIS ZUR EINSCHULUNG

DREI BEATMETE KINDER AUS DEM KINDERHAUS LUFTIKUS GEHEN ZUR SCHULE

Erster Schultag für die Luftikus-Kinder

Im Kinderhaus Luftikus in Baiersbronn im Schwarzwald sind acht Kinder zu Hause. Sie werden dort außerklinisch intensivversorgt. Bisher wurden die Kinder im schulpflichtigen Alter von Pädagog*innen in den Räumlichkeiten des Kinderhauses unterrichtet. Seit September 2018 gehen drei Kinder in die nächstgelegene KBF-Schule – eine staatlich anerkannte Ersatzschule für SchülerInnen mit körperlicher Beeinträchtigung. Der Schulbesuch ist ein Novum für die Luftikus-Kinder, der erst nach langer Planung und großem organisatorischen Aufwand möglich ist. Der Einsatz und die teils zähen Verhandlungen hätten sich aber in jeder Hinsicht gelohnt, berichten Alexander Walter, Geschäftsführer des Kinderhauses, und Christine Seid, Kinderkrankenschwester und Pflegedienstleiterin, im Gespräch. „Der 9jährige Paul hatte an seinen ersten Schultagen vor Aufregung eine sehr hohe Herzfrequenz, wenn der Schulbus vor dem Kinderhaus stand. Wir haben überlegt, woran das liegen könnte und ob die Schule das Richtige für ihn ist. Aber er brauchte einfach Zeit. Am Anfang haben wir ihn immer wieder ein paar Tage zu Hause behalten, damit er sich ganz langsam an die Schule gewöhnt. Seit Dezember läuft es für ihn richtig gut. Er steigt ganz entspannt in den Schulbus und wir merken, dass ihm die Schule guttut, das teilt er uns durch seine Mimik und Gestik mit“ erläutert Christine Seid.

Für sie, Alexander Walter und das Team des Kinderhauses war es ein weiter Weg mit vielen bürokratischen Hürden, bis der Schulbesuch der beatmeten Kinder möglich war. Zu Beginn gab es zahlreiche Gespräche im Team, mit Pflegekräften, Pädagog*innen und Kinderärzten, wie ein Schulbesuch praktisch umgesetzt werden könnte. Einige Kinder, die im Kinderhaus leben, haben keine Eltern, die für sie sorgen können. Diese Situation erfordert von Alexander Walter und Christine Seid besonderes Engagement und den Mut, neue Wege auszuprobieren, so berichten sie: „Die Betreuungssituation ist bei einigen Kindern unklar ist. Für sie ist niemand da, der Entscheidungen trifft, so liegt es in unserer Hand, ob wir aktiv werden, ansonsten passiert gar nichts. Dann geht das Kind weder in den Kindergarten noch in die Schule. Diese Chancen wollen wir unseren Kindern im Luftikus aber nicht verwehren.“

Der Schulbus der KBF-Schule holt die drei Kinder im Alter von sechs bis neun Jahren an drei Tagen in der Woche um 9 Uhr ab. Ihre Klassenkameraden sitzen da schon in der ersten Unterrichtsstunde. Dass die Luftikus-Kinder erst ab der zweiten Stunde am Unterricht teilnehmen, hat ganz praktische Gründe, die Alexander Walter erläutert: „Unsere Kinder benötigen Equipment, das auf den Touren im Bus keinen Platz hat. Deshalb haben wir in Kooperation mit der Schule eine andere Lösung gefunden. Zuerst werden alle anderen Kinder aus dem Kreis Freudenstadt eingesammelt und in die Schule gebracht, danach holt er unsere Kinder ab. Die Schule hat den Stundenplan bewusst so gestaltet, dass Unterrichtseinheiten, an denen unsere Kinder nicht teilnehmen können, in der ersten oder letzten Stunde stattfinden.“ Der Schulbus steht zur letzten Stunde bereit, um zuerst die Luftikus-Kinder nach Hause zu bringen. Alexander Walter betont, dass die Zusammenarbeit mit dem Schulleiter von Anfang an sehr kooperativ und hilfreich gewesen sei, „er hat uns unterstützt und hatte ein offenes Ohr, sodass wir gemeinsame Lösungen finden konnten.“

Der Schulweg sei aber nur eine von vielen organisatorischen Fragen gewesen, die im Vorfeld geklärt werden mussten. Christine Seid erläutert, dass z.B. die

Unterbringung eines Sauerstofftanks im Schulgebäude eine Herausforderung gewesen sei. „Es ist allein schon aus Brandschutzgründen eine heikle Frage, wo der Tank stehen kann. Er muss vor Ort sein, um den Satelliten, den das Kind immer dabei haben muss, im Notfall auffüllen zu können. Der Lieferant, der ihn regelmäßig befüllt, muss Zugang haben, der Tank darf aber nicht in einem öffentlich zugänglichen Raum stehen. Hinzukommt, dass der Tank für die Kinderkrankenschwester schnell erreichbar sein muss, damit sie nach möglichst kurzer Zeit wieder beim Kind ist. Eine Lösung zu finden, die für alle funktioniert, ist mitunter kompliziert."

Dass sich die Kinder in der Schule gut entwickeln, sei schon in dieser kurzen Zeit festzustellen: „Eines unserer Schulkinder ist kognitiv sehr fit. Es hat in der Schule gelernt, sich auf etwas zu konzentrieren, vorher war es immer schnell abgelenkt. Auch seine Kommunikation hat sich enorm verbessert. Wir hatten den Eindruck, dass er sich damit abgefunden hatte, dass es darin stark eingeschränkt ist und sich nur mit wenigen Gebärden und ein paar Lauten mitteilen kann. In der Schule hat es gemerkt, dass es sich kommunikativ nicht einschränken lassen muss und sehr schnell weitere Gebärden gelernt. Unsere Pädagog*innen sind bei seinem Tempo kaum hinterhergekommen. Es hat jetzt auch registriert, dass mit der Sprechkanüle viel mehr möglich ist. Wenn ich daran zurückdenke, wie es sich noch vor Kurzem versucht hat auszudrücken, dann ist das jetzt ein großer Fortschritt. Vorher war es mit dem zufrieden, was es konnte, weil es verstanden wurde. In der Schule reichte das aber nicht aus und es hat gemerkt, dass es sich weiterentwickeln kann. Diese Fortschritte freuen uns alle sehr und bestärken uns darin, dass die Entscheidung, die Kinder in die Schule zu schicken, richtig ist."

Alexander Walter und Christine Seid würden den Kindern gern noch mehr ermöglichen. Beide sind der Meinung, dass der Schulbesuch an drei Tagen pro Woche eigentlich zu wenig ist. „Es müsste mehr geben, aber wir bekommen allein schon das Pflegepersonal nicht zusätzlich finanziert" fügt Christine Seid hinzu und betont, dass insbesondere die sozialen Kontakte für die Kinder enorm wichtig seien. In der Schule seien die Kinder sehr gut aufgenommen worden und sowohl bei Lehrer*innen als auch den Mitschüler*innen und deren Eltern.

Aufgrund dieser positiven Erfahrungen möchte das Team des Kinderhauses Luftikus, dass die jüngeren Kinder einen Kindergarten besuchen können, um schon frühzeitig mit anderen Kindern in Kontakt zu kommen. Die Vorbereitungen hierfür laufen bereits und erfordern erneut viel Zeit und großen Einsatz. Während es bei den Schulbesuchen keine Alternative zur KBF-Schule gab, da in der Grundschule von Baiersbronn gar kein behindertengerechtes Klassenzimmer zur Verfügung gestanden hätte, gibt es nun verschiedene Optionen. Die Kinder könnten den KBF-Kindergarten besuchen oder einen Regelkindergarten. Eine Entscheidung mit Tragweite wie Alexander Walter erklärt: „Bei KBF-Kindergarten und - Schule wird der Transport übernommen und mit dem Jugendamt abgerechnet. Bei Regelkindergarten und -schule sind wir dafür verantwortlich und das ist ein großes Problem, da ein entsprechendes Fahrzeug fehlt, ein großer organisatorischer Aufwand besteht und vor allem zusätzliches Personal erforderlich ist. Aber daran soll es am Ende nicht hängen."

Neben den organisatorischen Gesichtspunkten, diskutierte das Team auch intensiv über das Thema „Inklusion" und die damit verbundene Frage, welche Einrichtung für das jeweilige Kind am besten sei – der KBF – oder der Regelkindergarten. Christine Seid merkt dazu an: „Das ist schwierig. Für gesunde Kinder ist es sicherlich eine wichtige Erfahrung, ein Kind kennenzulernen, das nicht alles kann, aber ich sehe dabei natürlich auch das beatmete Kind, das vielleicht eine große Frustration erlebt, weil es spürt: ‚Ich kann mich mündlich nicht so artikulieren und werde das auch nie können. Ich werde nie laufen lernen und brauche immer jemanden, der mich begleitet.' Für dieses Kind kann es leichter sein, wenn es mit anderen zusammen ist, die auch mit körperlichen Einschränkungen leben müssen." Christine Seid und Alexander Walter wollen aber den Besuch des Regelkindergartens ausprobieren, so fügt letzterer hinzu: „Wir diskutieren rege,

Einschulungsfeier

HELFEN SIE MIT EINER SPENDE:
Spendenkonto
Luftikus e.V.
Kreissparkasse Freudenstadt
IBAN: DE65 6425 1060 0013 1486 98
BIC: SOLADES1FDS

"Die Betreuungssituation ist bei einigen Kindern unklar. Für sie ist niemand da, der Entscheidungen trifft, so liegt es in unserer Hand, ob wir aktiv werden, ansonsten passiert gar nichts. Dann geht das Kind weder in den Kindergarten noch in die Schule. Diese Chancen wollen wir unseren Kindern im Luftikus aber nicht verwehren."

Christine Seid und Alexander Walter, Luftikus e.V.

welcher Weg der richtige ist. Dabei steht immer die Frage im Vordergrund, was für das einzelne Kind das Beste ist. Natürlich hat der KBF-Kindergarten kleinere Gruppen und eine individuellere Betreuung, auf der anderen Seite schätze ich die Fördermöglichkeiten im Regelkindergarten höher ein, weil die Kinder viel mehr mitbekommen. Bei diesen Entscheidungen versuchen wir objektiv zu sein und im Team einen Konsens zu finden. Ich habe eigene Kinder und überlege bei solchen Fragen: ‚Welche Entscheidung würde ich für mein eigenes Kind treffen?' In diesem Fall würde ich den Versuch im Regelkindergarten machen. Die Struktur des Kinderhauses bringt es mit sich, dass die Entscheidung komplizierter ist, da alle - unsere Pflegekräfte, Pädagogen und Kinderärzte - daran beteiligt sind. Wir haben uns darauf geeinigt, dass wir es im Regelkindergarten probieren. Dann schauen wir, wie es klappt und haben die Möglichkeit, günstige Betreuungszeiten zu wählen, z. B. können wir die Kinder nachmittags in den Kindergarten bringen, wenn dort ohnehin nicht mehr so viel los ist und beobachten, wie das funktioniert. Wenn wir sehen, dass es nicht klappt, reagieren wir schnell und suchen eine andere Möglichkeit."

Alexander Walter und Christine Seid wollen nichts unversucht lassen, um die Kinder zu fördern, so machen sie deutlich: „Wenn man die Kinder mag, die man betreut - und wir mögen unsere Kinder im Luftikus sehr – dann muss man versuchen, das Beste für sie zu erreichen. Im Team haben wir im Vorfeld besprochen, dass der organisatorische Aufwand sehr hoch ist und zu Anfang gar nicht abschätzbar, aber wir waren uns einig und haben gesagt: ‚Wir können das deshalb nicht unversucht lassen.'"

Die Schul- und Kindergartenbesuche hängen aber stets an einem seidenen Faden: Die personelle Situation. „Wir können keine zwei Pflegekräfte für den Schulbesuch abstellen, weil sie dann im Luftikus fehlen. Wir hatten eine Praktikantin - eine fertig ausgebildete Kinderkrankenschwester. Sie war ein Glücksfall und uns eine große Hilfe, da sie von der examinierten Fachkraft sehr schnell angeleitet werden konnte. Wir würden sofort weitere fünf bis zehn Kinderkrankenschwestern einstellen. Uns fehlt einfach Personal, und deswegen sind wir auch immer noch nicht voll besetzt. Wenn z.B. zwei Fachkräfte kündigen und ein Mitarbeiter*in krank wird, können wir die Schulbesuche nicht weiterführen."

Die Mitarbeiter des Kinderhauses sind entschlossen, sich dafür einzusetzen, dass dieser Fall nicht eintritt. Um ein Praktikum im Kinderhaus Luftikus attraktiv zu machen, organisieren sie gerade eine kleine Ferienwohnung in der unmittelbaren Nachbarschaft, die für die Dauer eines Praktikums bezogen werden kann.

Dass es immer wieder mit Kostenträgern zähe Verhandlungen gibt, empfinden Christine Seid und Alexander Walter als belastend. Sie beschreiben es als äußerst hinderlich, dass sich die verschiedenen Stellen gegenseitig die Verantwortung zuschieben, so z.B. bei der Frage der Bezahlung der Pädagog*innen, die im Kinderhaus tätig sind. So erläutern sie: „In unserem Fall bezahlt die Krankenkasse die pädagogische Betreuung der Kinder. Das ist erst einmal gut, es führt aber dazu, dass alle anderen Kostenträgern sagen: ‚Ihr bekommt Pädagogen bezahlt, damit ist gewährleistet, dass die Kinder unterrichtet werden.' Für uns bedeutet das, dass wir z.B. kein Geld über die Frühförderstelle bekommen können, wenn es um die Kindergarten- oder Schulbesuche geht." Auch wenn es um die Beantragung von notwendigen Hilfsmitteln geht, seien es oft langwierige Verhandlungen mit den Kostenträgern, ergänzt Seid. „Einer unserer Jungen ist einseitig eingeschränkt, aber sehr mobil. Er muss sein Beatmungsequipment unbedingt immer mitführen, allerdings wiegt das 7 – 8 kg. Mit seinem Aktivrollstuhl kann er sich selbständig bewegen, er bräuchte aber einen E-Rollstuhl, um auch mit dem Equipment so mobil zu sein. Wir haben viele Gespräche geführt, damit wir einen E-Rolli für ihn bekommen. Die Krankenkasse bewilligt diesen aber einfach nicht. Sie begründet das damit, dass der Junge nicht in der Lage sei, einen E-Rolli zu bedienen. Wir haben das aber mit einem Leihgerät getestet. Er kann das sehr gut. Auch die Schulbesuche wären dann kein Problem. Dennoch lehnt die Krankenkasse die Kostenübernahme seit 10 Monaten ab. In der Begründung heißt es, das Kind wachse und brauche in einem Jahr wieder einen teuren Rollstuhl. Der Rollstuhl kann aber dreimal angepasst werden, sodass das Kind sich damit drei bis vier Jahre lang bewegen könnte. Zusätzlich gibt es noch das Problem, dass die Kinder in unterschiedlichen Bundesländern krankenversichert sind und die Kassen z.T. völlig unterschiedlich mit den einzelnen Fällen umgehen. Während die eine Kasse sofort bewilligt, wird derselbe Antrag anderswo immer wieder abgelehnt."

Das Kinderhaus Luftikus freut sich jederzeit über Bewerbungen von qualifizierten Pflegekräften und natürlich über Spenden, um u.a. den Besuch des Kindergartens und der Schule zu ermöglichen.

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

- **Hayek RTX Kürass Beatmung**

Nach dem Prinzip der „Eisernen Lunge"

Nichtinvasive Alternative zur positiven Druckbeatmung ohne Nebenwirkungen
Verschiedene Modi möglich:
Kontinuierlicher Negativdruck/Kontrolliert/Getriggert/Synchronisiert/mit Vibration und Sekretbeseitigung

Nasaler High-Flow

- **MyAirvo2/prisma VENT 50-C**

Auch bei **Lungenentzündung.**
Sauerstoffbeimischung möglich.

Absaugung

- **ASSKEA /Clario/VacuAide 7314**

Saugleistung bis 30 l/min, auch mit Akku

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 €

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

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.

- **Cough Assist E70 Hustenassistent:**

von Philips Respironics

Unterstützt Patienten beim Abhusten von Bronchialsekreten. Mit Vibrationsmodus, für Kinder und Erwachsene.

Mobilität

- **Rollstuhl e-Throne**

der faltbare, elektrische Rollstuhl

Aktionspreis 2.950,00 €

Faltbar, ideal für unterwegs

- Gewicht nur 27 kg
- Passt in fast jeden PKW-Kofferraum
- Geschwindigkeit 6 km/h
- Bedienung mit Joystick
- Reichweite 28 km

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

INTENSIVkinder zuhause e.V.

Die diesjährige Elternbegegnungstagung ist am 03.-04.05.2019 in Rotenburg an der Fulda und gibt Eltern von intensivpflichtigen Kindern und Jugendlichen die Gelegenheit, mit anderen betroffenen Eltern Erfahrungen und Informationen auszutauschen und sich weiterzubilden. Eine kleine Industrieausstellung ist ebenfalls auf der Veranstaltung zu besuchen. Wir freuen uns auch über das Interesse und eine Anmeldung von Mitarbeitern von Pflegediensten und professionellen Interessierten zu dieser Tagung.
Anmeldungen bitte per Mail an info@intensivkinder.de.

Wir bieten Ihnen 2019 Vorträge zu folgenden spannenden Themen an:

Der Umgang mit multiresistenten Keimen in der Häuslichkeit
Gloria Himmelstoss, Hamburg

Inklusive Wohnformen - Möglichkeiten, Chancen, Grenzen
Christiane Strohecker, inklusiv wohnen Köln e.V.

Pflegerische Aspekte und Tracheotomiegrundlagen
Matthias Höver, smiths-medical

...und Workshops zu den Themen

Schritt für Schritt zum inklusiven Wohnprojekt
Christiane Strohecker, inklusiv wohnen Köln e.V.

Aktuelle Informationen zur Kranken- und Pflegeversicherung
Philipp Graf von und zu Egloffstein, Butzbach

Dufte Auszeiten vom (Pflege)-Alltag: Möglichkeiten der Selbstpflege mit ätherischen Ölen
Marita Hoyer, Neu Wulmstorf

MEHR INFORMATIONEN UNTER
https://www.intensivkinder.de/dld/termine/Einladung_EBT_2019.pdf

Alexandra Polentz

Die Versorgung von Kindern ist Thema beim MAIK

Für den diesjährigen MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress haben die Therapeutinnen Nicolin Bähre, Janine Ehlers und Inga Brambring einen Themenblock konzipiert, in dem es um die Versorgung von Kindern aus ärztlicher, pflegerischer und therapeutischer Sicht gehen wird.

Für den Vortrag über die pflegerische Versorgung hat bereits Alexandra Polentz, Pflegedienstleitung bei Diakonisches Werk Bethanien Iserlohn, Pflegeexpertin und Fachkraft für außerklinische Beatmung, Case Managerin DGCC und Pflegeberater nach §7a und §45a SGBXI, zugesagt. Weitere Vorträge zur adäquaten Versorgung von Kindern sind geplant. Außerdem sollen im Rahmen einer Diskussionsrunde pflegende Angehörige zu Wort kommen.

15 JAHRE AKM - JUBILÄUM DES AMBULANTEN KINDERHOSPIZES MÜNCHEN

2019 ist ein ganz besonderes Jahr für uns, denn wir feiern das 15-jährige Bestehen der Stiftung Ambulantes Kinderhospiz München. Seit 2004 betreuen wir Familien mit lebensverkürzend und/oder lebensbedrohlich schwersterkrankten Ungeborenen, Neugeborenen, Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen sowie Eltern mit Minderjährigen in München und ganz Bayern.

Unser Team besteht aus hauptamtlichen Ärzten, Psychologen, Krankenschwestern und Sozialarbeitern und wird von über 250 Ehrenamtlichen in den Bereichen Krisenintervention, Familienbegleitung und Öffentlichkeitsarbeit unterstützt. Ziel ist es, den Familien in dieser schwierigen Zeit eine feste Stütze zu sein und Momente der Sicherheit, Geborgenheit und Normalität zu schenken.

15 Jahre Stiftung AKM – dieses Jubiläum ist für uns ein guter Anlass, dankbar auf die bisherigen Jahre zurückzuschauen und Ihnen, unseren betroffenen Familien, Begleitern und treuen Unterstützern, unsere Arbeit und die Menschen, die diese täglich leisten, vorzustellen. In den kommenden Monaten werden wir auf unserer Website – www.kinderhospiz-muenchen.de - regelmäßig Beiträge präsentieren.

AKM – steht nicht nur für Ambulantes Kinderhospiz München. Es steht auch für die Eigenschaften, die unsere Arbeit und die Einstellung unserer betroffenen Kinder und Familien charakterisieren: Achtsam, Kraftvoll, Mutig! Ohne Achtsamkeit, Kraft und Mut wäre die Begleitung von Familien mit schwerst- oder unheilbar kranken Kindern nicht zu leisten. Dafür steht unsere Arbeit, davon werden wir täglich angetrieben und getragen. Im Einzelnen bedeutet dies:

Achtsam
Unser Ziel ist es, unsere betroffenen Familien umfassend zu unterstützen und ihnen einen Platz in der Gesellschaft zu geben. Hier muss achtsam hinterfragt werden: Welche individuellen Bedürfnisse haben die Betroffenen? Was wird benötigt, um den Familien Unterstützung und Halt geben zu können, damit sie auch gesellschaftlich nicht im Abseits stehen? Hier muss bei jedem einzelnen Fall sorgfältig und wachsam hingesehen werden, denn jede Familie hat andere Sorgen und Nöte – jede Familie ist einzigartig und etwas ganz Besonderes.

Kraftvoll
Schwerst- oder unheilbar kranke Kinder brauchen eine aufwändige und zeitintensive Pflege. Diese beansprucht physische, aber vor allem psychische Kräfte. Sowohl für unser Team als auch für die betroffenen Familien. Ihr Weg ist oft steinig und viele Hindernisse müssen überwunden werden. Erträglicher und etwas leichter wird es, wenn dieser Weg nicht allein beschritten werden muss, deshalb gehen wir ihn gemeinsam mit den Familien. Wir sind da, wenn es einmal steil wird, wenn die Kraft nachlässt, wenn das Ziel unerreichbar scheint.

Denn: Gemeinsam sind wir stärker!

Mutig
Unsere betroffenen Kinder und Familien beweisen jeden Tag viel Mut, um ihre schwere Situation zu bewältigen – sie alle sind mutige Kämpfer. Sie treiben uns an, die Dinge auch mutig in die Hand zu nehmen. So z.B. in politischen Diskussionen, um für bessere Bedingungen und eine noch bessere Versorgung zu kämpfen. In den vergangenen 15 Jahren ist hier zwar schon einiges auf den Weg gebracht worden, aber es gibt noch viel zu tun. Für das Wohl unserer Familien kämpft unsere Stifterin Christine Bronner stets mutig und kraftvoll in verschiedenen politischen Gremien. „Nicht aufgeben!" heißt die Devise – mit Mut und Ausdauer ist dies möglich.

Auf unserer Homepage erfahren Sie mehr über unsere Aktivitäten und gerne möchten wir Sie daran auch ganz aktiv teilhaben lassen.

Schicken Sie uns Ihre Gedanken oder Geschichten, die Sie mit der Stiftung AKM verbinden – Wir freuen uns auf alle Einsendungen an Lena Bronner *lena.bronner@kinderhospitz-muenchen.net*

WIR FREUEN UNS AUF EIN BUNTES JUBILÄUMSJAHR!

ZWEI TRADITIONEN – EIN ZIEL: DAS WOHL DES KINDES MIT BESONDEREN BEDÜRFNISSEN

FocusCP-rehaKIND Kongress 2019: Ein überwältigender Erfolg der interdisziplinären Zusammenarbeit für Kinder und Jugendliche mit Behinderungen

Die begleitende Fachausstellung zog in den Vortragspausen die Besucher an.
Quelle: rehaKIND/Jan Kobel

„Wenn es einem Kind nicht gut geht, müssen alle Disziplinen von Ärzten, über Therapeuten und Techniker zusammenarbeiten und helfen". Mit diesem einfachen, aber treffenden Satz eröffnete einer der beiden Kongresspräsidenten Prof. Florian Heinen aus München den ersten gemeinsamen Kongress von Focus Cerebralparese und rehaKIND. Als zweiter Kongresspräsident stimmte Prof. Walter Strobl aus Wien zu: „Die Zeit ist reif für ein solches interdisziplinäres Format – mit Focus CP und rehaKIND wächst zusammen, was zusammen gehört."

Die Besonderheit dieses Kongresses im historischen Kloster „Fürstenfeld" bei München bestand in seiner überzeugenden Nähe zu den Betroffenen und Angehörigen selbst. Fast 1300 Kongressteilnehmer, 150 Referenten in einem mehrzügigen Programm und eine Fachausstellung mit 60 Versorgern, Verbänden und Dienstleistern: FocusCP-rehaKIND führte im Februar 2019 das Wissen aus allen medizinischen Fachdisziplinen, der Orthopädie- und Rehatechnik und die Bedürfnisse der Betroffenen zusammen.

#Mitmachen – damit alle gewinnen

In vielen Sessions wurde die Frage "Wie geht es Dir, wie können wir helfen?" als zentrales Leitmotiv für alle professionell mit behinderten oder chronisch

kranken jungen Menschen Arbeitenden betont. Diese an den Bedürfnissen und dem Alltag orientierte Sichtweise eröffnete an allen vier Kongresstagen Dialog auf Augenhöhe und wurde von den Beteiligten begeistert aufgenommen. Familien, Kinder und Experten standen gemeinsam auf der Bühne und machten so Therapeuten, Orthopädietechniker, Orthopäden und Kinderärzte zu Lernenden.

Die bayerische Staatssekretärin Carolina Trautner aus dem Ministerium für Familie, Arbeit und Soziales erinnerte in ihrer Eröffnungsrede daran, wie wichtig echte Inklusion und gemeinsam vereinbarte Behandlungsziele für die Zukunft der jungen Menschen mit Behinderung und chronischen Krankheiten ist.

Vier Kongresstage bündelten Wissenschaft und Praxis auf eine einmalige Weise: Für das medizinisch-wissenschaftliche Fachprogramm zeichneten sich die Gesellschaft für Neuropädiatrie, die Vereinigung für Kinderorthopädie und die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin verantwortlich. Die internationale Fördergemeinschaft rehaKIND e.V. steuerte Versorgungskonzepte, psychosoziale Aspekte und alltagsrelevante Themen wie Teilhabe, Sport und Schule bei. Interdisziplinäre Sprechstunden mit Ärzten, Therapeuten, Technikern und den Familien füllten große Veranstaltungssäle; in kleinen Workshops tauschten sich alle Aktiven auf Augenhöhe aus. So manche Versorgungsidee konnte direkt in der Fachausstellung ausprobiert werden.

Das nächste Mal: Februar 2021 in den Westfalenhallen Dortmund

Dem engagierten Netzwerk von rehaKIND gelang es, auch in diesem kooperativen und anspruchsvollen Format als Gastgeber alle Beteiligten zusammen zu bringen, zum Wohle der Kinder mit besonderen Bedürfnissen. „Die überwältigend positive Rückmeldung der Kongressbesucher bestärkt uns darin, mit diesem Konzept auf dem richtigen Weg zu sein. Diejenigen, die das Kind lebenslang im Alltag begleiten, müssen wir ermutigen, sich zukünftig noch mehr bei diesem Kongress einzubringen“, fordert Christiana Hennemann von rehaKIND e.V.

Bereits jetzt gibt es viele Themenwünsche, Konzeptideen und Freiwillige, die den nächsten Kongress im Februar 2021 in Dortmund mitgestalten werden.

Im historischen Ambiente der Klosteranlage Fürstenfeld fand eine hochkarätige Fachausstellung für Hilfsmittel für behinderte Kinder und Jugendliche Platz.
Quelle: rehaKIND/Jan Kobel

Kommunikation bei erhaltenem Sprachverständnis – Hilfsmittel nach Schlaganfall und ALS

Karl-Heinz Pantke
LIS e.V. & Christine Kühn Stiftung

Bei einem schweren Schlaganfall mit erhaltenem Sprachverständnis liegt der geschädigte Bereich oft im Klein- und/oder Stammhirn. Betroffene sind klar und bei vollem Bewusstsein, aber von den Augen abwärts gelähmt, was auch als klassisches Locked-in Syndrom (LIS) bezeichnet wird. Dieser Zustand ist transient und wandelt sich oft in ein inkomplettes LIS um, bei dem wiedererlangte Minimalbewegungen für Kommunikationshilfsmittel genutzt werden können. Anders ist die Situation bei amyotropher Lateralsklerose (ALS). Die Erkrankung ist progredient, d.h. schreitet immer weiter fort und die Lähmung erfasst den gesamten Körper. Die Beweglichkeit der Augen bleibt jedoch meistens erhalten.
In dem vorliegenden Aufsatz werden Methoden Unterstützter Kommunikation für den oben beschriebenen Personenkreis vorgestellt. Ein Partnerscanning mit Buchstabentafeln kann kostenneutral bei einem klassischen oder inkompletten LIS eingesetzt werden. Bei Scanningmethoden ersetzt man die menschliche Assistenz durch einen Computer, der z. B. durch die Bewegungen des Kopfes oder einen Lidschlagsensor angesteuert wird. Bei ALS kann die Kommunikation über ein Eyegaze System (Augensteuerung) erfolgen. Dessen Einsatzmöglichkeit nach einem Schlaganfall hängt davon ab, ob die Bewegungskoordination erhalten geblieben ist. Bei einem totalen LIS ist zusätzlich die Okularmotorik gelähmt und die Kommunikation erfolgt über ein Brain-Computer-Interface (BCI), bei dem ein Computer ohne jegliche Motorik nur über die Kraft der Gedanken angesteuert wird. Zum Abschluss des Artikels werden die Kommunikationsgeschwindigkeiten verglichen.

1. Von welchem Personenkreis können die hier vorgestellten Hilfsmittel genutzt werden?
2. Verschiedene Hilfsmittel:
- **Partnerscanning**
- **Elektronisches Scanning**
- **Kopfmaus**
- **Eye-Gaze**
- **Brain-Computer-Interface**

3. Vergleich der Kommunikationsgeschwindigkeiten und Schluss

1. VON WELCHEM PERSONENKREIS KÖNNEN DIE HIER VORGESTELLTEN HILFSMITTEL DER UNTERSTÜTZTEN KOMMUNIKATION GENUTZT WERDEN?

Besonders schmerzlich wird von Betroffenen nach einem Schlaganfall der Verlust verbaler Kommunikation empfunden. Geht dieser einher mit einer Lähmung von den Augen abwärts, bei gleichzeitig erhaltenem Bewusstsein, so spricht man auch von einem Locked-in Syndrom ([Pantke 2011a] und Zitate darin; ein Patientenbericht ist in [Pantke 1999] zu finden). Patienten können nicht sprechen oder schlucken, müssen beatmet werden und sind wie in sich eingemauert.

Dieser Zustand nach einem Schlaganfall ist in der Regel transient und ein Teil der Betroffenen erlernt sogar das Sprechen wieder. Aus einer Umfrage von LIS e.V. unter Betroffenen des Locked-in Syndroms aus dem Jahr 2005 geht hervor, dass dies für 67 % zutrifft, 33% können nicht sprechen. Der Anteil von Personen, die auf Unterstützte Kommunikation angewiesen sind, ist jedoch doppelt so hoch, da wegen der Lähmung oft kein Schreibgerät oder eine Tastatur bedient werden können. Er liegt bei 68% [Krüger-Brand 2008]. Nach einem Schlaganfall findet eigentlich immer eine Verbesserung des gesundheitlichen Zustands statt. Diese führt bei nichtsprechenden Betroffenen dazu, dass zumindest sogenannte Restmotorik vorliegt. Das kann die Bewegung eines Fingers, des Knies usw. sein, die genutzt wird, um einen Kommunikationskanal aufzubauen.

Ganz anders ist die Situation bei einer progredienten, immer weiter fortschreitenden Erkrankung, wie z.B. ALS (weitere Informationen auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke DGM [Download 1]). Es findet eine stete Verschlechterung des Gesundheitszustands statt. Was nach einem Schlaganfall der Anfangszustand ist, wird jetzt zum Endzustand. Dieser besteht in einer von Kopf bis Fuß reichenden Lähmung. Durch in Augenschein nehmen lässt sich kein Unterschied zu einem klassischen Locked-in Syndrom erkennen. Da die Ursache jedoch eine andere ist als bei einem Schlaganfall, spricht man auch von einem Pseudo-Locked-in Syndrom. Eine Kommunikation kann jetzt nur

Anschriften: *LIS e.V. am ev. Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge (Haus 30), Herzbergstr. 79, 10365 Berlin*
Christine Kühn Stiftung, Mansteinstr. 3, 10783 Berlin

über die erhalten gebliebene Beweglichkeit der Augäpfel mithilfe eines Eye-Gaze Systems hergestellt werden.

Seltene Verlaufsformen von ALS enden in einer völligen Bewegungslosigkeit. Bis vor wenigen Dekaden war es unmöglich, zu diesen Betroffenen Kontakt aufzunehmen. Mittlerweile wurden Verfahren entwickelt, die es ermöglichen, Gedanken zur Generierung eines Kommunikationscodes zu benutzen[1]. Mit dem notwendigen Brain-Computer-Interface (BCI) können zwar keine Gedanken sichtbar gemacht werden, wir können jedoch dem Gehirn bei der Arbeit zuschauen oder wie ein Neurowissenschaftler die Situation umriss: „Wir hören das Motorengeräusch des Gehirns." [Curio 2009]

Die hier vorgestellten Hilfsmittel der Unterstützten Kommunikation betreffen Menschen mit rein körperlichen Einschränkungen. Ein Sprachsystem ist vorhanden und in keiner Weise durch die Krankheit beeinträchtigt, wobei die Person wach und bei klarem Verstand ist.

2. VERSCHIEDENE HILFSMITTEL

Partnerscanning

Nach dem Ereignis Schlaganfall oder in der Endphase von ALS bietet sich als einfaches Hilfsmittel zur Kommunikation die sog. Buchstabentafel an. Dabei müssen Betreuer und Patient eng zusammenarbeiten und mindestens ein Lidschluss muss möglich sein. Jeder Satz wird in Worte und die Worte in Buchstaben zerlegt. Das Alphabet ist auf einer einfachen Papptafel aufgeschrieben. Der Betreuer zeigt nacheinander auf die einzelnen Buchstaben. (Geübte Nutzer können auf die Papptafel verzichten und das Alphabet aufsagen). Ist der entsprechende Buchstabe erreicht, so schließt der Patient das Augenlid, siehe Abb. 1. Dieses sog. Partnerscanning setzt neben dem Lidschluss lediglich voraus, dass der Patient bereits eine Sprache erworben und diese auch behalten hat.[2]

Verschiedene Anordnungen des Alphabetes sind denkbar. Die Buchstaben können in alphabetischer Reihenfolge oder entsprechend ihrer Häufigkeit angeordnet und dann zu Blöcken oder Zeilen zusammengefasst sein. Anstatt alle 26 Buchstaben einzeln anzutippen, wird erst auf die einzelnen Zeilen/Blöcke und dann auf die Buchstaben gedeutet, sodass bei vier Zeilen/Blöcken jeder Buchstabe maximal nach 4 + 8 = 12 Versuchen gefunden wird. Verschiedene Exemplare einer Buchstabentafel sind auf der Homepage von LIS e.V. zu finden [Download 2].
Dieses Hilfsmittel bietet sich am ehesten an, wenn der Zustand wie nach einem Schlaganfall nur transient, d.h. vorübergehend ist. Bei ALS wird es häufig ergänzend zu einer elektronischen Methode für kurze Mitteilungen verwendet. Die Vorteile liegen auf der Hand: Keine Kosten, keine Einarbeitungszeit und es funktioniert immer und überall, z.B. auch im Schwimmbad, wo elektronische Hilfsmittel ihren Dienst versagen könnten. Als Nachteil ergibt sich, dass es viel zu langsam für eine Konversation ist, da eigentlich nur basale Wünsche und Bedürfnisse mitgeteilt werden können. Weiterhin muss bei dem Patienten und dem Betreuer ein hohes Maß an Konzentration bestehen, welches erfahrungsgemäß nach 10 - 20 Minuten Kommunikation merklich abfällt.

Elektronisches Scanning

Ein großer Nachteil des Partnerscannings ist, dass der Betroffene hierbei einen Kommunikationspartner benötigt, der das Verfahren beherrscht. Dieser wird beim elektronischen Scanning durch einen Computer ersetzt. Abb. 2 zeigt einen Patienten, der mit einem Taster ein Programm im Scanning-Modus bedient. In diesem Fall leuchten nacheinander zu Zeilen angeordnete Buchstaben auf. Die Auswahl einer Zeile erfolgt durch Warten und einen einfachen Klick. Durch einen zweiten Klick erfolgt die Auswahl eines Buchstabens innerhalb einer Zeile. Bedingung für diese Methode ist der Lidschluss oder das Vorhandensein von Restmotorik, mit der ein Schalter bedient werden kann. Verschiedenartige Taster sind denkbar (ohne Anspruch auf Vollständigkeit): Lidschlagschalter, Gesichtsmuskelschalter, Wangenschalter, Schalter für die Betätigung mit der Zunge, Saug-Blas-Schalter und natürlich einfache mechanische Schalter, die mit einem Finger, Arm oder Bein bedient werden können. Diese Methode wird vornehmlich von Schlaganfallpatienten genutzt. ALS-Patienten[3] nutzen stattdessen meistens Eye-Gaze Systeme, die weiter unten erklärt sind. Eine selbständige Kommunikation ohne Kommunikationspartner ist möglich. Für eine Konversation ist diese Methode jedoch viel zu langsam [ISAAC 2004].

Kopfmaus

Gelingt es, die Kontrolle über die Feinmotorik der Kopfbewegung zu erlangen, so kann diese als Mausersatz genutzt werden. Abb. 3 zeigt eine einfache mechanische Ausführung, bei der Betroffene mit einem Mundstab eine normale PC-Tastatur bedienen. Kopfmäuse werden ausnahmslos von Schlaganfallpatienten genutzt. Neben der Beweglichkeit des Kopfes ist Voraussetzung, dass die Bewegungskoordination nicht gestört ist (siehe auch „Eye Gaze"). Der progrediente Krankheitsverlauf bei ALS-Patienten mit einem Endzustand völliger Bewegungslosigkeit lässt keinen Raum für eine zeitlich stabile Restmotorik.
Eine einfache mechanische Ausführung ist nicht sehr schnell, auch besteht bei intensivem Gebrauch die Gefahr der Deformation des Kiefers. Deutlich schneller sind elektronische Methoden, bei denen mittels eines Lichtstrahls berührungsfrei eine Bildschirmtastatur be-

1 Es sei an dieser Stelle auf das Buch von Niels Birbaumer hingewiesen [Birbaumer 2014], der sowohl eine Kommunikation zu derartig völlig eingeschlossenen Menschen herstellt, wie auch deren Lebensqualität untersucht.
2 Nach einem Schlaganfall mit Locked-in Syndrom diktierte der 1997 [Bauby 1998] verstorbene Franzose Jean-Dominique Bauby sein Buch „Schmetterling und Taucherglocke" per Lidschluss.
3 Der an ALS erkrankte und 2018 verstorbene britische Physiker Steven Harwking war zu Gast in der ARD-Sendung „Beckmann" [Hawking 2005]. Er nutzte zur Kommunikation ein Scanning System, dass durch einen Lidschlagschalter angesteuert wurde.

dient werden kann. Hierbei sind verschiedene Ausführungsformen denkbar: Der Lichtstrahl wird von einem Laserpointer erzeugt, der am Kopf des Betroffenen befestigt ist. Oder aber dieser wird erzeugt, indem ein am Kopf befestigter Reflektor, z.B. an einem Brillengestell, mit Infrarotstrahlung beleuchtet wird. Ob die Bedienung einer Kopfmaus möglich ist, kann nur durch Ausprobieren, z.B. in Zusammenarbeit mit einem Logopäden oder Ergotherapeuten, festgestellt werden. Kostenlose Software für Kopfmäuse ist auf der Homepage von kommhelp zu finden. [Download 3]

Eye-Gaze

Ein Eye-Gaze System ist das Standardhilfsmittel bei ALS. In Abb. 4 ist eine Betroffene mit ihrem Eye-Gaze System zu sehen. Die Dame ist im Endstadium der Krankheit völlig gelähmt und kann lediglich ihre Augen bewegen. Sie fixiert einen Buchstaben auf einer Bildschirmtastatur und die Position der Pupille wird von einem Kamerasystem beobachtet. Aus der Geometrie der Anordnung kann geschlossen werden, welcher Buchstabe ausgewählt wurde. Die Bildschirmtastatur ist als Projektion im Hintergrund sichtbar.

Ob Schlaganfallpatienten ein derartiges System nutzen können, muss von Fall zu Fall geklärt werden. Bei manchen Schlaganfallpatienten ist die Bewegungskoordination gestört und sie sind nicht in der Lage, einen Buchstaben zu fixieren (Ataxie). Bei anderen ist der Muskel, der den Augapfel bewegt, teilweise gelähmt und als Folge das Gesichtsfeld eingeschränkt. Wie gravierend das Problem ist, zeigt die folgende kleine Abschätzung. Im Buch „Das zweite Leben“ [Pantke 2018] berichten elf Patienten von ihrem Leben nach einem Schlaganfall mit Locked-in-Syndrom. Sieben nutzen Hilfsmittel der Unterstützten Kommunikation. Davon sind zwei Personen nicht in der Lage, einen Punkt zu fixieren, bei einer Dritten ist das Gesichtsfeld eingeschränkt. D.h. aber, fast die Hälfte aller Schlaganfallpatienten nach einem Locked-in-Syndrom, die Unterstützte Kommunikation nutzen, könnten kein Eye-Gaze System bedienen.

Der Rückgewinn der verbalen Kommunikation hat absolute Priorität. Ein derartiges Hilfsmittel sollte frühestens 1-2 Jahre nach dem Ereignis Schlaganfall angeschafft werden. Die Hilfsmittelfirma sollte gebeten werden, das Gerät zum Probieren zu entleihen. In der Ergotherapie oder Logopädie sollte dann getestet werden, ob eine Nutzung überhaupt möglich ist.

Vor jeder Benutzung ist eine Kalibrierung des Systems notwendig. Diese kann jedoch in 1-2 Minuten vom Patienten selbständig durchgeführt werden. Mit geübten Nutzern ist eine langsame Konversation möglich. Als größter Nachteil ergibt sich, dass eine nicht mehr ganz einfache Technik auch recht anfällig für Störungen ist.

Brain-Computer-Interface

Bei ALS gibt es auch seltene Verlaufsformen, bei denen mit fortschreitender Erkrankung die Beweglichkeit der Augenmuskulatur nicht erhalten bleibt, d.h. die in einer kompletten Lähmung enden. Bis vor einigen Jahren war es nicht möglich, mit Betroffenen, bei denen jegliche Willkürmotorik erloschen ist, zu kommunizieren. Es ist der Pionierarbeit des Neurowissenschaftlers Niels Birbaumer [Birbaumer 1999] zu verdanken, dass Methoden entwickelt werden, die eine Kommunikation allein durch die Kraft der Gedanken ermöglichen. Es mutet futuristisch an. Ein vollständig gelähmter Mann, der Kraft seiner Gedanken ein Lichtsignal einmal blinken lässt für „ja“ und zweimal für „nein“, taucht auch bereits in den 80er Jahren in der Serie Raumschiff Enterprise [Download 4] auf. Ein Brain-Computer Interface [übersetzt: Gehirn-Computer-Schnittstelle] stellt eine Verbindung zwischen dem Gehirn und einem Computer her, ohne die Nutzung der Extremitäten oder irgendeiner motorischen Aktivität. Mit einem BCI können völlig Gelähmte einen Sprachcomputer bedienen, ihren Rollstuhl steuern oder anderweitig mit ihrer Umwelt in Interaktion treten. Zur Vertiefung sei [Pantke 2010] empfohlen. Vom Gehirn ausgehende Informationen sind als bioelektrische Impulse codiert. Damit wird klar, welche Möglichkeiten bestehen, dem Gehirn beim Denken „zuzuschauen“. Eine Methode besteht darin, die Hirnfelder zu beobachten. Als Beispiel für ein elektrophysikalisches System ist in Abb. 5 ein BCI zu sehen, das über ein EEG (Elektroenzephalografie) arbeitet[4]. Eine weitere Methode besteht darin, den Energieverbrauch des Gehirns mit einem bildgebenden Verfahren sichtbar zu machen. Möglich wird dies durch den Umstand, dass Hämoglobin, welches den Sauerstoff im Blut transportiert, seine physikalischen Eigenschaften mit der Oxidation ändert und dies mit einem hämodynamischen System beobachtet werden kann. Wir unterscheiden zwischen funktioneller Magnet-Resonanz-Tomographie (fMRT) und funktioneller Nahinfrarotspektroskopie (fNIRS).

In der fMRT können physiologische Abläufe von Hirnfunktionen sichtbar gemacht werden, da oxydiertes und nicht oxydiertes Hämoglobin das angelegte Feld unterschiedlich schwächen. Arterielles, also sauerstoffreiches Blut, unterscheidet sich in seiner Farbe von venösem, also sauerstoffarmen Blut. Arterielles Blut hat eine hellrote und venöses Blut eine dunkelrote Farbe. Sichtbares Licht wird vollständig von unseren Schädelknochen absorbiert. Nicht so die nahe Infrarotstrahlung; diese kann einige Zentimeter in un-

4 Die Abbildung zeigt eine Person beim Brainpaiting. Brainpainting ist das „Malen mit der Kraft der Gedanken“. Aus dem EEG wird von einem Computer ermittelt, auf welche dargebotenen Symbole (z.B. Farbwahl, Wahl der Pinselgröße, Wahl der Form) der Malende blickt. Die Auswahl erfolgt mittels evozierende Potentiale P300 (siehe Ende dieses Kapitels). Der Erfinder des Brainpainting ist Adi Hoesle.

sere Schädeldecke eindringen. Bei der fNIRS wird die Schwächung von naher Infrarotstrahlung gemessen. Hieraus kann auf das Verhältnis von venösem zu arteriellem Blut geschlossen werden. Mit diesen Techniken kann zwar nicht festgestellt werden, was gedacht wird, aber es wird sichtbar, wo im Gehirn gedacht wird. Das generelle Prinzip von einem BCI, wie es für die bewegungsunabhängige Kommunikation zum Einsatz kommt, wird in Abb. 6 verdeutlicht: Zwei unterschiedliche Gehirnaktivitätsmuster, die durch zwei verschiedene mentale Prozesse, z.B. sich „in Gedanken bewegen" oder „sprechen", erzeugt werden können, werden als zwei unterschiedliche Informationsinhalte interpretiert (z.B. „ja" und „nein"). Hiermit kann ein ja-nein code, entsprechend einem Morsealphabet zur Kommunikation entwickelt werden.
Es wäre müßig, über Nachteile dieser Technik zu spekulieren. Für einen völlig eingeschlossenen Patienten gibt es z. Z. kein alternatives Hilfsmittel. Kommerzielle Systeme sind derzeit nicht verfügbar. Eine Nutzung ist nur in einem Forschungsprojekt an einer universitären Einrichtung oder Klinik möglich. Gegenwärtig kommerziell erhältliche BCI-Systeme erzeugen mit einem optischen Reiz eine Antwort im EEG. Dies geschieht über sog. evozierende Potentiale P300, mit denen ein Kommunikationskanal aufgebaut wird. Diese Geräte werden deshalb auch visuelller P300-Speller genannt. Einzige Voraussetzung zur Nutzung ist, dass der Patient in der Lage ist, einen optischen Reiz wahrzunehmen. Im Rahmen meiner Beratungstätigkeit für den Verein LIS e.V. erhalte ich regelmäßig eine Rückmeldung über die Praxistauglichkeit von Kommunikationssystemen. Die Antwort ist bei P300-Spellern fast immer die gleiche: Das BCI-System funktioniert anstandslos, wird aber wegen der Vorbereitung[5], die vor jeder Kommunikation zu erfolgen hat, nicht genutzt. Die Vorbereitung zur Benutzung des Systems kann nicht selbständig vom Betroffenen durchgeführt werden.

Die Alltagsrelevanz von BCI-Techniken wird von Außenstehenden viel zu hoch eingeschätzt. Obwohl die Versorgung mit Hilfsmitteln ein Schwerpunkt der Beratungstätigkeit im Verein LIS e.V ist, sind hämodynamische Kommunikationssysteme lediglich aus der Literatur bekannt. Unter den Vereinsmitgliedern sind einige Dutzend Betroffene. Eine BCI-Technik wird von niemandem genutzt. In den letzten Jahren wurde der Verein mit hunderten von Schicksalen konfrontiert. Darunter war nicht einmal eine Hand voll von P300-Speller-Nutzern. In der geringen Verbreitung drückt sich die fehlende Alltagstauglichkeit von BCI-Techniken aus. Entscheidend für die Aufnahme in diese Übersicht war der Umstand, dass BCI-Techniken eine Kommunikation bei einem totalen Locked-in-Syndrom möglich machen sowie das große Potential, das in dieser Technik steckt.

3. VERGLEICH DER KOMMUNIKATIONSGESCHWINDIGKEITEN UND SCHLUSS

Zum Abschluss dieser Arbeit werden die Kommunikationsgeschwindigkeiten der hier vorgestellten Hilfsmittel verglichen. Bei Eye-gaze Systemen, Kopfmäusen, Scanning-Systemen und Buchstabentafeln wurde diese von Mitgliedern des Vereins LIS e.V. und Personen aus dessen Umfeld ermittelt. Die Nutzer der Kommunikationshilfsmittel wurden gebeten, einen kurzen Text zu schreiben/buchstabieren und die dafür benötigte Zeit gemessen, Details können [Pantke 2011b] entnommen werden. Das Ergebnis ist in Tab. 1 zu finden.

Nutzer und Geschwindigkeiten verschiedener Kommunikationshilfsmittel **TABELLE 1**

HILFSMITTEL	KÖRPERLICHE MINDESTVORAUSSETZUNG	GENUTZT VON PATIENTENGRUPPE	KOMMUNIKATIONSGESCHWINDIGKEIT [ZEICHEN PRO MINUTE]
EYE-GAZE SYSTEME	*Beweglichkeit der Augen, sowie Fähigkeit, einen Punkt zu fixieren*	*Standarthilfsmittel bei ALS; wird auch nach Schlaganfall genutzt*	*60 - 120[a]*
KOPFMÄUSE	*Beweglichkeit des Kopfes, sowie Koordination von Bewegungen*	*ausnahmslos Schlaganfall*	*60 - 120[a]*
SCANNING-SYSTEME	*Restmotorik*	*vorwiegend Schlaganfall, wenig ALS*	*6 - 12[a]*
BUCHSTABENTAFELN	*Lidschluss möglich*	*ALS und Schlaganfall*	*6 - 12[a]*
BCI (VISUELLLER P300 SPELLER)	*Teilbeweglichkeit der Augen*	*wenig Praxisrelevanz, Aussagen über Nutzergruppen nicht möglich*	*ca. 10[b]*
BCI (HÄMODYNAMISCHE SYSTEME)	*keine*	*Nutzung nur im Rahmen von Forschungsprojekten möglich*	*1 - 2[c]*

a: siehe [Pantke 2011b]
b: persönliche Mitteilung von Andrea Kübler (Psychologin und Neurowissenschaftlerin), 2019.
c: persönliche Mitteilung von Niels Bierbaumer, 2018. Er gibt an, dass für eine ja-nein Kommunikation 5 - 10 Sekunden benötigt werden. Nimmt man diese als Grundlage eines Binärcodes, so folgt, dass zur Darstellung des Alphabetes 5 Bit notwendig sind und für einen Buchstaben 25 - 50 Sekunden benötigt werden.

5 Bei der Einrichtung wird mit einem Gel der Übergangswiderstand Elektrode-Kopfhaut verringert.

Weiterhin dort eingetragen sind die Zeiten bei BCI-Systemen, ermittelt von Entwicklern derartiger Geräte. Abschließend sei darauf hingewiesen, dass die Kommunikationsgeschwindigkeiten in Tab. 1 grobe Richtwerte sind. Diese hängen stark davon ab, wie vertraut der Nutzer mit dem Gerät ist, ob der gesundheitliche Zustand die Nutzung beeinträchtigt und natürlich von der speziellen Ausführungsform des Hilfsmittels. Nicht nur die Kommunikationsfähigkeit geht bei einem Locked-in-Syndrom verloren. Eine der schlimmsten Erfahrungen ist die Abwesenheit jeglicher Ausdrucksmöglichkeit. Bewusst und unbewusst stellen wir uns durch Mimik, Gestik und Sprache dar. Wir könnten sagen, dass wir unserer Seele ständig ein Gesicht geben. Der Patient mit einem Locked-in-Syndrom ist jedoch bewegungslos, ohne Sprache und mit versteinerter Miene in sich, d.h. in seinem Körper wie in einem Gefängnis gefangen.

Nach Aristoteles' berühmten Diktums ist es die Sprache, die aus Lebewesen Individuen entstehen lässt. Menschen, die nicht sprechen können, werden nur sehr eingeschränkt als soziale Wesen wahrgenommen. Der Wiedergewinn der Kommunikation bei einem Locked-in-Syndrom ist der wohl wichtigste Schritt aus dem Gefängnis.

Danksagung
Bei Frau Prof. Andrea Kübler möchte ich mich für wertvolle Hinweise zu dieser Arbeit bedanken. Frau Linda Loschinski sei für die sorgfältige Durchsicht des Manuskripts gedankt. Mein ganz besonderer Dank an alle Nutzer von Hilfsmitteln, die bei der Bestimmung der Kommunikationsgeschwindigkeiten geholfen haben.

Zur Person:
Dr. Karl-Heinz Pantke, geb. 1955 in Braunschweig, wohnt in Berlin. Bis 1995 arbeitete er als Physiker in Lehre und Forschung an in- und ausländischen Universitäten. 1985–1990 wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Technischen Universität Berlin. 1990–1992 »Danish Research Fellowship« an der Universität Odense (Dänemark). 1994–1995 Assistenzprofessor an der Technischen Universität Dresden. 1995 beendet ein schwerer Schlaganfall mit Locked-in-Syndrom die Hochschullaufbahn. 2000 gründete er den Verein LIS e.V., den er seitdem leitet. Seit 2008 Lehraufträge in Unterstützter Kommunikation an Hochschulen und berufsbildenden Schulen. Publikationen zum Locked-in-Syndrom und zur Unterstützten Kommunikation nach Schlaganfall. Seit 2015 Vorstandsvorsitzender in der Christine Kühn Stiftung.

Abb. 1: Der Patient kommuniziert mit Buchstabentafel. Die Buchstaben sind in Zeilen angeordnet. Foto: Erich Meyer

Abb. 2: Herr M., dessen Sprach/Schreib-Computer im Scanning Modus Zeilen-Spalten arbeitet. Zu sehen sind der Computerbildschirm und der Taster in der linken Hand des Betroffenen. Foto: Gudrun Müller

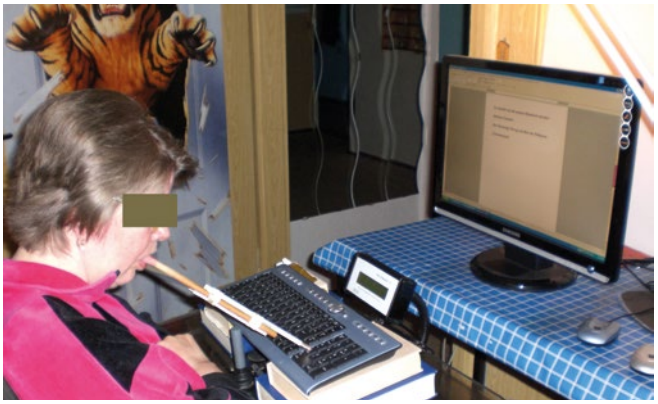


Abb. 3: Einfache mechanische Ausführung einer Kopfmaus. Frau U. bedient mithilfe eines Mundstabes eine normale PC-Tastatur. Foto: Wolfgang Ufer

Abb. 4: Frau J. mit ihrem eye-gaze System. Vorne am Rollstuhl befestigt sind der Computerbildschirm, die Beleuchtungseinheit sowie die Kameraeinheit. Im Hintergrund ist eine Projektion des Bildschirms zu sehen. Foto: Farah Lenser

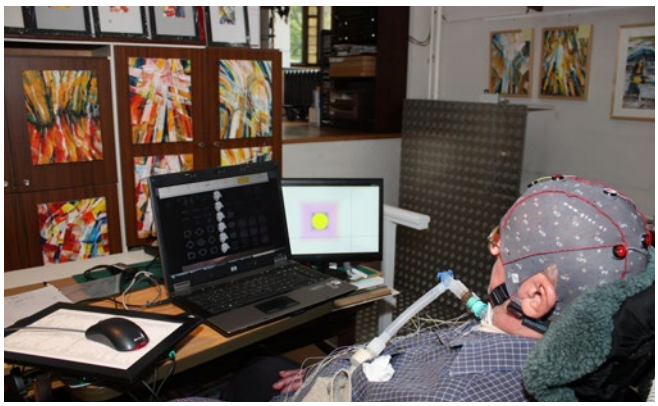


Abb. 5: ALS-Betroffener beim Brain-Painting mit einem BCI-System. Copyright: Jürgen Thiele und Andrea Kübler

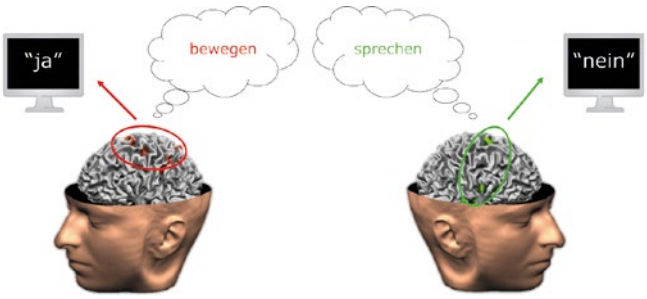


Abb. 6: Prinzip des Brain-Computer-Interface zur Kommunikation, siehe Text. Copyright: Bettina Sorger

LITERATUR

Bauby J D: Schmetterling und Taucherglocke, dtv Verlag, München, 1998.

Birbaumer N, Ghanayim N, Hinterberger T, Iversen I, Kotchoubey B, Kübler A,

Perelmouter J, Taub E, Flor H : A spelling device for the paralysed. Nature. 1999 Mar 25;398(6725):297-8.

Birbaumer N: Dein Gehirn weiss mehr, als du denkst - Neuste Erkenntnisse der Hornforschung, Ullstein, Berlin, 2014.

Curio G, persönliche Mitteilung, 2009.

Download 1 vom Februar 2019 http://www.dgm.org

Download 2 vom Januar 2019: http://www.locked-in-syndrom.org

Download 3 vom Januar 2019: http://www.kommhelp.de

Download 4 vom Januar 2019: http://www.trekkiesworld.de
Hawking S: Steven Hawking zu Gast in der ARD-Sendung „Beckmann". Ausgestrahlt am17.10.2005.

ISAAC: Handbuch der Unterstützten Kommunikation, Loeper Literaturverlag, Karlsruhe, 1. Auflage, 2004.

Krüger-Brand H: Kommunikation bedeutet Lebensqualität. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 17, 24. April 2009.

Pantke K H (Hrsg.): Mensch und Maschine. Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main, 2010.

Pantke K H, Kühn C, Mrosack G, Scharbert G & LIS e.V. (Hrsg.): Das Locked-in-Syndrom. Geschichte, Erscheinungsbild, Diagnose und Chancen der Rehabilitation. Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main, 2011a.

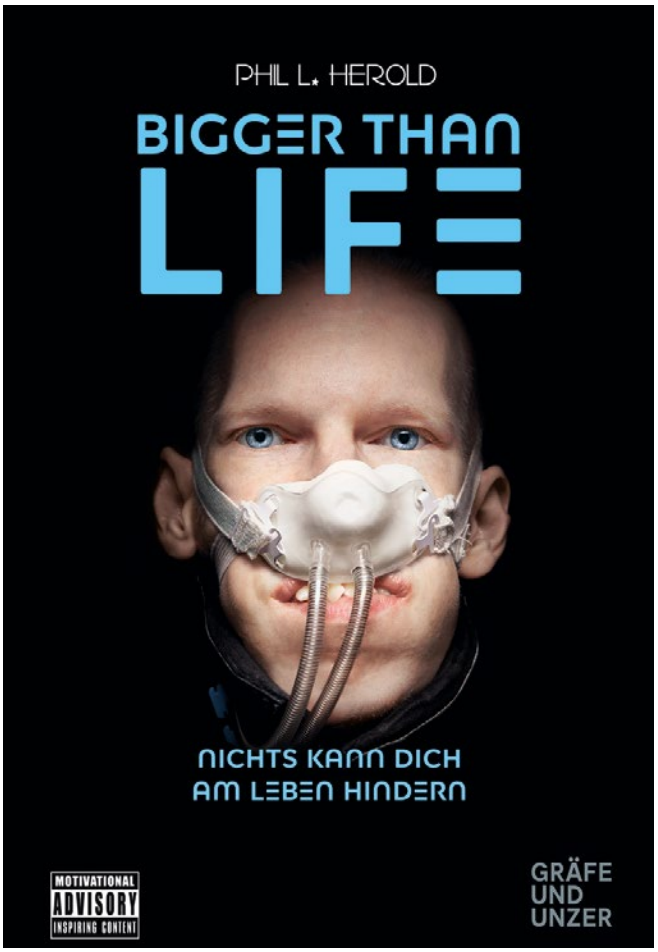
Pantke K H, Kühn C, Mrosack G: Unterstützte Kommunikation nach Schlaganfall oder degenerativen Erkrankungen des motorischen Nervensystems – Vergleich der Kommunikationsgeschwindigkeiten, in Bollmeyer H, Engel K, Hallbauer A & Hüning-Meier M (Hrsg.): UK inklusive, Loeper Literaturverlag, Karlsruhe, 2011b.

Pantke K H, Loschinski L, LIS e.V., Christine Kühn Stiftung (Hrgs.): Das zweite Leben, Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main, 2018.

Pantke K H: Locked-in - Gefangen im eigenen Körper, Mabuse-Verlag, Frankfurt/Main, 1999.

Interview mit dem PopArt-Künstler Phil Herold, der in seiner Autobiographie aus seinem Leben mit SMA berichtet.

„DU MUSST ES NUR WOLLEN, DANN KANNST DU ALLES ERREICHEN!“



Phil Herold, geboren 1980, ist PopArt-Künstler, Münchner, Wahlamerikaner, Buchautor und Lebemann, um nur ein paar wenige Eigenschaften dieses vielseitigen Multitalents zu nennen. Phil Herold hat SMA – Spinale Muskelatrophie Typ II – eine neuromuskuläre Erkrankung, die nicht heilbar ist. Durch die Rückbildung der Muskulatur sind Betroffene auf fachpflegerische Unterstützung und den Einsatz von Hilfsmitteln und -technologien angewiesen. Phil Herold hat im Herbst 2018 seine Autobiografie „BIGGER THAN LIFE – Nichts kann dich am Leben hindern“ veröffentlicht. Er schildert darin sehr persönlich sein bisheriges Leben. Von der Kindheit und Jugend in München, über Ski-Urlaube mit seinen Eltern bis zur ersten Reise in die USA, die ihm zur zweiten Heimat wurden. Er berichtet über die Höhen und Tiefen seiner Schul- und Ausbildungszeit und seine Anfänge als PopArt-Künstler. Das Buch ist auch eine Hommage an seine Eltern, die ihn nicht nur stets engagiert unterstützen, sondern mit bewundernswertem Einsatz versuchten, ihrem Sohn alles zu ermöglichen. Phil Herold hat sich inzwischen einen Namen als internationaler Künstler gemacht – am Computer entwirft er großformatige Kunstwerke, die bunt, manchmal auch schrill, den Betrachter in ihren Bann ziehen. Phils Bilder lassen sich nicht mit einem flüchtigen Blick erfassen. Immer wieder entdeckt man neue Details, die sich zu einem großen Ganzen zusammenfügen.

G.D.: „Phil, mit einem Mini-Joystick kreieren Sie poppig-bunte Werke am Computer und bezeichnen sich als ‚Cyberspace-Expressionist des 21. Jahrhunderts‘, was hat Sie inspiriert, Pop-Art-Künstler zu werden und was drücken Sie mit Ihrer Kunst aus?“

P.H.: „New York, Jazz und mein guter Freund James Rizzi. Pop-Art trifft den Nerv unserer Zeit und noch dazu macht es unheimlich viel Spaß, ich mag es, wenn es ‚poppt und rockt!‘ Auch die Fotografie und das Schreiben lassen sich wunderbar mit der Pop-Art vereinbaren. An der Kunst begeistert mich, dass sie mir die Freiheit gibt, alles tun und lassen zu können, was ich will und mich darin verwirklichen zu dürfen. Ich bin Künstler geworden, weil es die wichtigste Form der Freiheit ist, sich selbst verwirklichen und derjenige sein zu können, der man ist. Unsere Gesellschaft zwingt uns, den eigenen Willen aufzugeben und eine bestimmte Rolle zu übernehmen. Sie zwingt uns, die Realität gegen ein Spiel auszutauschen. Jeder verzichtet zugunsten einer Maske auf die Fähigkeit, Gefühle auszuleben. Der Entzug der Gefühlsfreiheit kann einen Menschen zerstören. Das wollte ich auf keinen Fall erleben müssen. Seit ich zum ersten Mal einen Magic Marker zwischen den Fingern hatte, war mir klar, dass ich Künstler werde.
Kunst ist für mich ein Ausdruck von Emotionen. Schon Leonardo da Vinci nannte Musik und Malerei Geschwister. Farben und Musik gehorchen ähnlichen Gesetzen und haben eine vergleichbare Wirkungsweise. Beide bestehen aus Wellen, aus Frequenzen. Ihre Schwingungen bringen etwas ganz Bestimmtes im Menschen zum Klingen. Jede Art von Kunst erweckt bei Menschen Emotionen und das schon seit tausenden von Jahren. In meiner Kunst breite ich vor allen aus, was ich mir ausgedacht habe. Ich liebe es, Magie zu erschaffen, etwas zusammenzufügen, das vollkom-

men ungewöhnlich und so unerwartet ist, dass es den Leuten den Atem raubt. Etwas, das der Zeit voraus ist. Fünf Schritte dem voran, was die Menschen denken. Hinzu kommt, dass meiner Meinung nach eine verborgene Welt existiert, in der alles schläft. Eine Welt, an die wir uns erinnern, die aber jeder zu vergessen sucht. Die Leute lieben dieses Spiel, doch niemand wird zugeben, dass es ein Spiel ist. Wenn es jemand tun würde, wäre es zu Ende. Die Ideen zu meinen Bildern gehen aus den vielen Eindrücke hervor, die auf mich einprasseln. Das kann z.B. ein beliebiges Bild aus dem Fernsehen sein, ein intensiver Kuss von einer guten Freundin oder irgendein Fetzen von einem Lied, das ich gerade aufgeschnappt habe. Das brennt sich dann wie eine Blaupause in meinem Kopf ein. So habe ich eine Art Bauplan, von dem aus ich anfange, ein Konstrukt zu erstellen und davon habe ich tausende im Kopf."

G.D.: „Haben Sie Vorbilder im Leben oder in der Kunst?"

P.H.: „Im Leben wäre es reine Zeitverschwendung, aber ich habe ein Vorbild, das mich künstlerisch inspiriert! Walt Disney. Er war größenwahnsinnig und hat seine Visionen umgesetzt. Genau wie ich. Es macht riesigen Spaß, etwas zu erschaffen, das niemand je erwartet hätte und von dem keiner geglaubt hat, dass es möglich sei. Ich werde mich z.B. demnächst ins All schießen lassen, um ein paar Runden zu drehen. Das glaubt mir zwar niemand, aber es ist so!"

G.D.: „Wenn Sie mit einem Projekt beginnen, wissen Sie dann schon genau, wo es Sie hinführt?"

P.H.: „Ja und nein. Ich glaube, dass es ein weites Feld von Bildern und Gefühlen in uns gibt, welches wir in unserem Alltag selten hinauslassen können. Und wenn diese Gefühle hervorbrechen, können sie perverse Formen annehmen. Es handelt sich um unsere dunkle Seite, die jeder, der sie erkennt, auch in sich selbst wiederfindet. Es ist das Zurschaustellen von Kräften, die selten das Tageslicht erblicken. Meine Arbeiten wirken deshalb am besten in der Dunkelheit, angeleuchtet mit nur einem Spot, zeigen sie sich in ihrer vollständigen Pracht."

G.D.: „Durch Ihr Fotoprojekt ‚The Skills Project' sind Sie in Kontakt mit vielen prominenten Menschen. Sie nutzen Ihre Kunst aber vor allem auch für soziale Projekte?"

P.H.: „Das Wort Philanthropie steckt in meinem Namen. Man versteht darunter ein menschenfreundliches Denken und Verhalten. Als Motiv wird manchmal eine die gesamte Menschheit umfassende Liebe genannt, die ‚allgemeine Menschenliebe'. Gerade in der heutigen Zeit – ich denke da an die vielen Flüchtlinge, die geplante Mauer zu Mexiko usw. - sollten wir alle etwas mehr davon zeigen."

G.D.: „Schon von frühester Kindheit an mussten Sie lernen, dass bei Ihnen alles anders ist als z.B. bei den Nachbarskindern. Inklusion war in den 1980er Jahren in Deutschland noch kein zentrales Thema, dennoch haben Sie immer gekämpft, um Ihre Träume zu verwirklichen."

P.H.: „Integration und Inklusion sind nur schön klingende Wörter. Wir brauchen das nicht, denn wir Menschen sind in dem Moment, in dem wir auf die Welt kommen, alle gleich. So sollten wir uns auch gegenseitig behandeln und dies für eine Selbstverständlichkeit halten."

G.D.: „Phil, wenn man sich auf der Homepage *phil.ph* durch die Fotos Ihrer Clients & Friends scrollt, sieht man Sie an der Seite von Aerosmith, Sting, Snoop Dogg, Kiss, Christo und Jeanne-Claude, Leonardo di Caprio, Gerhard Polt, Juliette Lewis uvw. Wie haben Sie diese Künstler kennengelernt?"

P.H.: „Ich mochte schon als Jugendlicher gute Musik und schöne Kunst. Es war naheliegend, irgendwann persönlich auf die Künstler zuzugehen. Man braucht dafür ein bisschen Selbstvertrauen, dann klappt das! Wir spielen alle in derselben Liga. Mit vielen Künstlern bin ich sehr gut befreundet."

G.D.: „Woher nehmen Sie die Kraft für Ihre künstlerischen Projekte, Ihr soziales Engagement und Ihre Reisen in die USA, die mit der ein oder anderen Hollywood-Party verbunden sind?"

P.H.: „Aus meiner Arbeit, den Niederlagen und den Erfolgen. Aber auch aus der guten Energie, die mir meine Freunde und das Reisen geben."

G.D.: „Sie sind, so oft es geht, in den USA. Warum ist Amerika so ein Sehnsuchtsort für Sie?"

P.H.: „Ich liebe das Land und die Menschen und habe dort mehr Freiheiten als hier. Restaurants, Kinos, Bars, Geschäfte, Arenen usw. – es ist alles barrierefrei!"

G.D.: „Sind Sie glücklich?"

P.H.: „Sehr sogar. Wenn ich mittags aufwache, überlege ich zuerst, was der Tag bringen wird und darauf freue ich mich. Manchmal wache ich neben einer wunderschönen Frau auf, dann freue ich mich natürlich umso mehr. Oder ich bekomme Besuch von Freunden, wie Sting, Kris Kristofferson oder Stefanie Germanotta. Ich fotografiere sie für mein ‚The Skills Project'. Es ist ein Privileg, mit den größten Künstlern unserer Zeit zusammenzuarbeiten. Mir wurde ein großartiges Leben gegeben und ich verleugne nicht, dass ich in den letzten Jahren sehr viel Spaß hatte. Ich traf interessante Menschen und habe in kurzer Zeit Dinge gesehen, die ich normalerweise in 20 Jahren

nicht gesehen hätte. Nichtsdestotrotz, leben ist anstrengend. So ein intensives Leben wie ich es führe, ist manchmal sehr anstrengend. Aber was soll's, ich lebe nur einmal und so wie ich lebe, ist einmal dann auch genug."

G.D.: „Haben Sie das Gefühl, dass Sie manche Menschen auf Ihre Krankheit reduzieren und Ihre Kunst nur in diesem Zusammenhang betrachten?"

P.H.: „Es ist für mich einfacher, durch meine Krankheit Aufmerksamkeit zu bekommen, aber ich möchte nicht, dass die Krankheit meine Geschichte dominiert. Wenn ich tot bin, erwachen meine Bilder zum Leben. Dann müssen sie nicht mehr mit meiner Geschichte konkurrieren. Natürlich kann man ein Kunstwerk nicht von dem Künstler trennen, der es erschaffen hat. Deshalb reden wir nach mehr als hundert Jahren noch über van Goghs Ohr. Jeder Mensch ist ein Lebensgesamtkunstwerk. Das gilt auch für mich. Meine Krankheit stört mich nicht. Ich bin so auf die Welt gekommen. Das bin ich. Und alles, was ich nicht bin, hat mich zu dem gemacht, was ich bin."

G.D.: „Phil, Sie haben sich zur Behandlung mit dem Medikament ‚Spinraza' entschieden, das möglicherweise zur Verlangsamung des Krankheitsverlaufs bei SMA beträgt. Welche Erfahrungen haben Sie mit dem Medikament gemacht?"

P.H.: „Bisher ganz gute, vor allem die Zwischenrippenmuskulatur hat sich etwas verbessert, sodass das Atmen ohne Beatmung sogar problemlos wieder mehrere Stunden am Tag möglich ist. Allerdings muss ich auch sagen, dass der Körper durch den Muskelaufbau und die neuen Verknüpfungen, die im Gehirn entstehen, um die Muskeln wieder anzusteuern, durchaus einer hohen Belastung ausgesetzt wird. Hohe Dosen an Koffein und Protein helfen etwas, um dies auszugleichen."

G.D.: „Tauschen Sie sich mit anderen Menschen, die SMA haben, aus? Z.B. über Hilfsmittel oder neue Therapieansätze?"

P.H.: „Nein. Dafür ist die SMA im Verlauf zu individuell."

G.D.: „In ‚BIGGER THAN LIFE' schreiben Sie: ‚In diesem Buch soll es nicht vordergründig um meine Krankheit/Handicap gehen. Ich will die Geschichte meines Lebens erzählen. Wie ich mit Willenskraft und mit Hilfe von Freunden, Gefährten und Familie die Welt eroberte.' Was möchten Sie den Lesern mit auf den Weg geben?"

P.H.: „Du musst es nur wirklich wollen, dann kannst Du alles erreichen!

Zurzeit bereite ich mehrere Projekte vor, die insbesondere in Europa stattfinden werden. 2020 ist für mich ein besonderes Jahr - mein Jubiläumsjahr. Lassen Sie sich überraschen!"

ZUM BUCH

Phil L. Herold
BIGGER THAN LIFE: Nichts kann dich am Leben hindern
Gräfe und Unzer Verlag GmbH 2018, 240 Seiten
Preis: 16,99 Euro

Mehr Infos auf phil.ph

Phil L. Herold & Steven Tyler, Copyright: Aaron Perry

HAUPTSTADTKONGRESS 2019

GESUNDHEITSPOLITIK, GESUNDHEITSVERSORGUNG, GESUNDHEITSBERUFE IN ZEITEN DES DIGITALEN WANDELS

Schwerpunktthema beim Hauptstadtkongress 2019 werden die weitreichenden Veränderungen sein, die der digitale Wandel in Gesundheitspolitik, Gesundheitsversorgung und Gesundheitsberufen auszulösen begonnen hat.

Die digitale Revolution macht Unglaubliches in der Medizin möglich: Diagnostik schaut in Echtzeit zelluläre Prozesse im lebenden Organismus an und entschlüsselt genetische Krankheitsursachen. Therapien werden auf das Genom einzelner Individuen zugeschnitten und tödliche Krankheiten zu chronischen Leiden reduziert. Es kommt zu überwältigenden Verbesserungen und Qualitätssteigerungen. Der Kongress schaut auf die Konsequenzen für die Gesundheitsversorgung. Die digitale Medizin verändert auch die Arbeitsplätze der sechs Millionen Beschäftigten im Gesundheitswesen auf gravierende Weise. Künstliche Intelligenz ersetzt zunehmend menschliche Entscheidungen. Was bedeutet es, so fragt der Kongress, wenn Maschinen lernen, und zwar immer schneller, und sie wohl in naher Zukunft sogar andere Maschinen, Robots, selber bauen können?

Neuerdings geht es auch mit dem einst so zähen Projekt der elektronischen Patientenakte zügig voran. Drei Krankenkassenkonsortien führen sie gerade ein. Doch was fehlt, sind gesetzliche Leitplanken. Denn bislang ist eine Interoperabilität zwischen den verschiedenen Patientenakten nicht sichergestellt – Patienten können ihre gespeicherten Gesundheitsdaten beim Kassenwechsel unter Umständen nicht einfach mitnehmen. Zu wirkungsvollen Rahmenbedingungen des Gesetzgebers gehört aber die Festlegung technischer Standards ebenso wie die Anpassung von Berufsbildern in Medizin und Pflege. Auch das steht auf der Kongress-Agenda.

Seit die digitale Revolution das Gesundheitswesen erfasst hat und der Fortschritt neue Möglichkeiten schafft, entstehen zunehmend innovative Modelle der Integrierten Versorgung und Systempartnerschaften. Die Überwindung der Sektorengrenzen wird möglich. Neue Berufe und Berufszweige entstehen. Die Herausforderungen an die Politik wachsen damit. Der Kongress blickt in die Zukunft eines digitalisierten Gesundheitswesens.

Der Hauptstadtkongress nimmt sich darüber hinaus aber, wie in jedem Jahr, die ganze Bandbreite gesundheitspolitischer Themen vor. Darunter: die Fachkräftelücke, Maßnahmen gegen den Pflegenotstand, die Debatte um die Gemeinsame Selbstverwaltung, die Finanzierung onkologischer Innovationen, das DRG-System und die Reform des Morbi-RSA.
Der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit ist mit mehr als 8.000 Entscheidern aus Politik, Verbänden, Gesundheitswirtschaft und -management, Versicherungen, Wissenschaft, Medizin und Pflege die jährliche Leitveranstaltung der Branche. Im Mai 2019 wird es wieder drei Tage lang im Berliner CityCube in rund 150 Einzelveranstaltungen mit über 600 Referenten um alle Facetten des Gesundheitswesens gehen.
Der Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit findet vom 21. bis 23. Mai 2019 statt.

www.hauptstadtkongress.de

ERFOLGREICHE AMBULANTE SCHLUCKENDSOKOPIE IN BEATMUNGS-WG

Am 29. Januar 2019 fand zum ersten Mal in der Wohngemeinschaft für Menschen mit Beatmung in Kerpen, gemeinsam mit dem Therapieteam Rhein-Erft und der Schluckambulanz der GFO Kliniken Troisdorf, unter der Leitung von Ulrich Birkmann, Dipl.-Heilpädagoge, Fachlicher Leiter der Schluckambulanz, sowie Dr. med. Lisa Bohnemann, Fachärztin Neurologie, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie, eine ambulante Schluckendsokopie (FEES) der betroffenen Bewohner*innen statt. Seit Dezember 2010 gibt es die „Schluckambulanz im MVZ" in der Betriebsstätte St. Johannes der GFO Kliniken Troisdorf. Schwerpunkte sind die klinische und apparative Diagnostik und die Behandlung von Kau- und Schluckstörungen.

Schon dieser erste Termin in der Wohngemeinschaft der Heimbeatmungsservice Brambring Jaschke GmbH hat gezeigt, wie vorteilhaft ein solches Vorgehen für alle Beteiligten ist. Diese sind:

- Keine Einzeltransporte
- Keine Einzeltermine
- Geringerer Zeitaufwand für die Mitarbeiter*innen
- Weniger Stress für die WG-Bewohner*innen
- Erhebliche Kostenersparnis für den jeweiligen Leistungsträger.

Niederlassungsleiterin Beate Block-Theißen ist begeistert und bedankte sich im Namen aller beim Therapie Zentrum Rhein-Erft, der Schluckambulanz und dessen Team sowie den Mitarbeiter*innen in der Wohngemeinschaft. Ihrer Meinung nach sollte es, abhängig vom jeweiligen Bedarf, solche Termine öfter geben. Denn es sei bekannt, dass eine gute fachärztliche Versorgung innerhalb von Wohngemeinschaften für Menschen mit Beatmung häufig schwierig sei. „Es wäre hervorragend, eine solch gute Zusammenarbeit auch auf neurologischem Fachgebiet zu schaffen, um z.B. ambulant eine neurologische Statuserhebung, wie sie von vielen Kassen und Versicherungen mindestens einmal im Jahr gefordert wird, gebündelt - durch eine solche Kooperation - durchführen zu können. Die Vorteile wären genauso hoch wie bei der Schluckdiagnostik.

Mehr zur Schluckambulanz unter www.johannes-krankenhaus.com und zum Therapiezentrum unter http://www.verego-konzept.de/

ZU HERRN BIRKMANN

Ulrich Birkmann ist Diplom-Sprachheilpädagoge und staatlich anerkannter Rettungsassistent. Seit 2008 leitet er die „Abteilung für Dysphagiologie und die Schluckambulanz Troisdorf-Sieglar" im Sankt Johannes Krankenhaus in Troisdorf-Sieglar und ist Gründungsmitglied des „A.D.R. - Arbeitskreis Dysphagie Rheinland". Seit 2001 ist er Lehrbeauftragter der Universitäten zu Köln, Hannover Bielefeld und Bochum sowie Gutachter für Bachelor- und Masterarbeiten zum Thema „Dysphagie". Er ist Autor des „Kölner Befundsystems für Schluckstörungen - Kö.Be.S." (Pro-Log, 2007). 2015 veröffentlichte er gemeinsam mit Dr. med. Ch. Kley das Buch „FEES: Die funktionelle Schluckuntersuchung in der Neurologie - Ein Videolehrgang" (Hippocampus, 2015). Seit 2015 ist Ulrich Birkmann zertifizierter FEES-Ausbilder (Deutsche Gesellschaft für Neurologie, Deutsche Schlaganfall Gesellschaft, Deutsche Gesellschaft für Geriatrie und Arbeitskreis FEES) und zertifizierter FEES-Ausbilder der „European Society of Swallowing Disorders". Birkmann ist auch Referent beim diesjährigen MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress.

PATIENTENSICHERHEIT AMBULANTE PFLEGE: BLINDER FLECK IM GESUNDHEITSWESEN

In Deutschland fehlen bislang Wissen und Instrumente, um die Patientensicherheit in der ambulanten Pflege zu stärken. Nun hat das ZQP hierzu gemeinsam mit Experten aus Praxis, Wissenschaft und Politik sieben zentrale Handlungsfelder identifiziert. Dazu zählen die Sicherheitskultur sowie die Risikobereiche Medikation, Hygiene und außerklinische Beatmungspflege.

Ein Viertel der pflegebedürftigen Menschen in Deutschland wird unter Beteiligung eines ambulanten Pflegedienstes versorgt. Das waren 830.000 Personen im Jahr 2017. Insgesamt wird von einem hohen Risiko für die Patientensicherheit in der häuslichen Versorgung ausgegangen – insbesondere, wenn mehrere Akteure wie pflegende Angehörige, professionell Pflegende und Ärzte zusammenwirken. Ungenügende Kommunikation, fehlendes Wissen, Unachtsamkeit und Zeitdruck sowie unklare Prozesse erhöhen gesundheitliche Risiken, etwa für Infektionen, Medikationsschäden und Stürze. Maßnahmen zur Patientensicherheit können hingegen dazu beitragen, Risiken frühzeitig zu erkennen, Fehler zu vermeiden und Schäden abzuwenden. Doch bislang ist das Thema Patientensicherheit in der ambulanten Pflege, empirisch betrachtet, ein kaum bekanntes Terrain im deutschen Gesundheitssystem. Unter anderem mangelt es an Erkenntnissen über Sicherheitsrisiken sowie an wissenschaftlich fundierten oder fachlich konsentierten Instrumenten zur Verbesserung der Patientensicherheit in der ambulanten Pflege.

Vor diesem Hintergrund hat das Zentrum für Qualität in der Pflege (ZQP) eine Perspektivenwerkstatt mit ausgewiesenen Expertinnen und Experten aus Wissenschaft, Praxis und Politik zur Patientensicherheit in der ambulanten Pflege durchgeführt. Das Institut für Public Health und Pflegeforschung der Universität Bremen hat die Durchführung wissenschaftlich begleitet. Beteiligt waren unter anderem das Aktionsbündnis Patientensicherheit, der AOK-Bundesverband, die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, der bpa, das Bundesministerium für Gesundheit, das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, ambulante Pflegedienste sowie Pflegeforscherinnen und -forscher.

Nach einer wissenschaftlichen Literaturstudie und vier Expertenkonferenzen wurden sieben zentrale Handlungsfelder identifiziert, die für eine Verbesserung der Patientensicherheit in der ambulanten Pflege hoch bedeutsam sind: Wissen und Kompetenz von beruflich Pflegenden (1), Personaleinsatz (2), Verantwortung ambulanter Pflege im komplexen Setting (3), Kommunikation an der Schnittstelle im Versorgungsprozess (4), Gesundheitskompetenz Pflegebedürftiger und ihrer Angehörigen (5), Sicherheitskultur in der ambulanten Pflege (6) sowie die speziellen Risikobereiche: Medikation, Hygiene, außerklinische Beatmungspflege (7).

„Die Verankerung von Patientensicherheits-Management in der Langzeitpflege – insbesondere im ambulanten Bereich – steckt in Deutschland im Jahr 2019 immer noch in den Kinderschuhen. Dabei wird seit Jahrzehnten über Pflegequalität diskutiert. Patientensicherheit ist aber eine zentrale Bedingung für Pflegequalität", unterstreicht Dr. Ralf Suhr, Vorstandsvorsitzender des ZQP, die Ergebnisse. Das bedeute nicht, dass sich in der Praxis bis jetzt niemand um Patientensicherheit kümmert." Aber es gäbe zu wenig spezifische Erkenntnisse und auch Anreize, um systematisch besser zu werden und aus kritischen Ereignissen zu lernen, so Suhr weiter.

Gerade im Handlungsfeld „Sicherheitskultur" wird deutlich, wie wichtig systematisches Erfassen von kritischen Ereignissen und das Lernen aus Fehlern wäre. Hierbei spielen die Leitungspersonen in der Pflege eine entscheidende Rolle, denn sie sollten maßgeblich zur Etablierung einer offenen und konstruktiven Kultur im Umgang mit Fehlern beitragen. In diesem Zusammenhang rät die Perspektivenwerkstatt auch, Berichts- und Lernsysteme (CIRS) auf Organisationsebene einzuführen. Hinzu kommt unter anderem die Empfehlung, Pflegevisiten weitaus konsequenter als bisher in der ambulanten Pflege zu etablieren.

„Pflegenden muss ermöglicht werden, aus Fehlern zu lernen. Denn Fehler gehören leider zur Arbeit – deren Fortführung aber nicht. Ich erwarte von der Politik, dass sie für die Einrichtungen stärkere Anreize setzt, eine systematische Fehlerkultur zu etablieren und CIRS-Systeme zu etablieren", fordert Suhr.

Das vollständige Ergebnispapier mit einer detaillierten Beschreibung der Handlungsfelder und Schlussfolgerungen für die Verbesserung der Patientensicherheit in der ambulanten Pflege ist kostenfrei auf der Webseite des ZQP unter www.zqp.de/portfolio/patientensicherheit-ambulante-pflege/ verfügbar. Das ZQP (Zentrum für Qualität in der Pflege) wird beim diesjährigen DIGAB-Kongress am 23. Mai 2019 eine neue Broschüre zur „Qualität in der außerklinischen Intensivpflege für Patienten und Angehörige" vorstellen.

Quelle: Zentrum für Patientensicherheit (ZQP)

PROPHYLAXEN FÜR DIE PFLEGEPRAXIS

Das Buch „Prophylaxen für die Pflegepraxis“ von Kay Peter Röpke wurde vom Autor für den Pflegealltag geschrieben. Es ist sowohl Auffrischung als auch für Berufseinsteiger*innen interessant, um in der Pflegepraxis bestehen zu können. Dieser Ratgeber erläutert die Prophylaxen kurz und prägnant.

ZUM BUCH:
Kay Peter Röpke
Prophylaxen für die Pflegepraxis
Risikofaktoren kennen – Symptome richtig deuten – Kompetent vorbeugen
Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co.KG, 2017, 3., aktualisierte Auflage
100 Seiten, Paperback
Preis: 14,95 Euro

„Prophylaxe“ bedeutet im medizinischen Bereich die Vorbeugung und Verhinderung von schädlichen Ereignissen und Erkrankungen. Um Risikofaktoren zu erkennen, die Symptome zu deuten und zu beurteilen und daraus die richtigen Schlussfolgerungen ziehen zu können, bedarf es eines umfangreichen Wissens.

In diesem Buch sind prophylaktische Maßnahmen von „A“ wie „Aspiration“ bis „U“ wie „Ulcus“ in kompakter Form eingebunden. In vier Punkten werden Gefährdungen, Risikopersonen, Risikofaktoren und Prophylaxen zum leichten Verständnis dargestellt. Grundlagen und Symptome werden erfasst und mit dem weiteren Geschehen bis zur Maßnahme weitergeführt.

Der rote Faden ist in allen Prophylaxen ersichtlich. Das Ganze wird durch schematische Darstellungen ergänzt.

Mein Fazit: Eine fundierte und gut ausgearbeitete Darstellung, die durch die Gliederung im Praxisalltag auch schnell zu finden ist. Mir fällt zum Thema Prophylaxe noch sehr viel mehr ein, aber das würde den Rahmen dieses Buches sprengen. Denn der Anspruch von Kay Peter Röpke ist es, sich auf das Wesentliche zu beschränken, kurz und prägnant zu informieren, ohne etwas Wichtiges zu vergessen. Der Autor hat sich dabei sehr viel Mühe gegeben. Ich kann das Buch gut weiterempfehlen und hoffe, dass es vielen Kolleg*innen im Alltag eine Hilfe ist.

Angelika Rathgeber

GESTALTUNGSKOMPETENZEN IM PFLEGEALLTAG STÄRKEN

Das vorliegende Buch stellt die Ergebnisse des Forschungs- und Entwicklungsprojekts „Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzaktivierung und -entwicklung in der Pflege“ (AKiP) vor. In diesem Projekt wurden Instrumente und Methoden entwickelt, die Führungskräfte und Pflegepersonen unterstützen, auf die aktuellen Herausforderungen in der Pflege nicht nur zu reagieren, sondern selbstbegrenzende Handlungsstrategien zu erkennen und eigene Gestaltungsräume und Lösungen zu finden.

AKiP wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) gefördert und hatte fünf Forschungspartner: zwei universitäre Einrichtungen und drei Praxispartner aus den drei wichtigsten pflegerischen Bereichen (Krankenkaus, stationäre Langzeitpflege und ambulante Pflege).
Ausgangspunkt der Projekts waren die aktuellen Herausforderungen in der Pflege: demografischer Wandel, Mangel an Pflegekräften und klamme finanzielle Mittel – bei gleichzeitig hohen formalen Anforderungen an die Qualität der pflegerischen Versorgung.
Führungskräfte sind also stark gefordert, Vorgaben von außen mit internen Zielen und Möglichkeiten in Beziehung zu setzen, unter Beachtung eines pflegerischen Berufsethos. Das führt nicht selten zu belastenden Diskrepanzerfahrungen – auch weil Führungs- und Pflegepersonen die notwendigen spezifischen Kompetenzen für die aktuellen Herausforderungen fehlen. Das Forschungsprojekt AKiP hat genau diese Einflussgrößen untersucht: die Ebene der Führungskräfte, die Ebene der Mitarbeiter und die Ebene der Rahmenbedingungen bzw. Arbeitsorganisation.
Übergeordnete Zielsetzung von AKiP war, einen Beitrag zur Fachkräftesicherung sowie zur Fachkräfteentwicklung und -bindung zu leisten. Dafür sollten spezifische Konzepte entwickelt und erprobt werden, mit denen Führungs- und Pflegepersonen berufliche Kompetenzen entwickeln und aktivieren können – integriert in betriebliche Arbeitsprozesse.
Wie es sich für das Ergebnis eines Projektes gehört, werden theoretischer Rahmen, entwickelte Instrumente, methodische Umsetzung und die Ergebnisse der Umsetzung differenziert vorgestellt. Es ist aber

nicht nur eine rein theoretische Abhandlung. AKiP liefert auch ganz konkrete Instrumente für Innovationsprozesse, z.B. einen Leitfaden für Reflexionsgespräche. Zudem werden viele Lernformate und Methoden beschrieben sowie Empfehlungen, mit denen Veränderungsprozesse in einer Einrichtung gemeinsam mit den Mitarbeitern durchgeführt werden können – und eben nur noch von oben nach unten angeordnet. Im letzten Kapitel bewerten die Projektteilnehmer das Projekt insgesamt und das Erreichen der zu Anfang gesetzten Ziele positiv.

Ich kann dieses Buch allen Führungskräften und Change-Managern in Gesundheitseinrichtungen empfehlen, all denjenigen, die sich der Verantwortung stellen, bei den schwierigen äußeren Rahmenbedingungen eine bestmögliche pflegerische Qualität zu erreichen und eine hohe Berufszufriedenheit bei den Mitarbeitern. Das Projekt macht Mut, nicht nur zu jammern, sondern ressourcen- und lösungsorientiert die aktuellen Herausforderungen anzugehen.

Christine Keller

ZUM BUCH:
Hömann, U., Lauxen, O., Schwarz, L. (Hrsg.): Gestaltungskompetenzen im pflegerischen Alltag stärken – Arbeitsprozessintegrierte Kompetenzentwicklung in der Pflege, 2018, 235 Seiten, Mabuse-Verlag, 34,95 €

Kliniken Köln
Beste Medizin für alle.

ATMUNGSTHERAPEUT (M/W/D) VOLLZEIT | UNBEFRISTET | BERUFSGRUPPE: PFLEGE UND FUNKTIONSDIENST

KLINIKINFORMATION

Die Kliniken der Stadt Köln gGmbH ist der größte Anbieter stationärer Gesundheitsdienstleistungen in Köln und einer der größten Gesundheitsversorger des Rheinlands. Jährlich werden an den Standorten Köln-Merheim, Kinderkrankenhaus Amsterdamer Straße und Köln-Holweide etwa 180.000 Patienten versorgt.

Die Lungenklinik innerhalb des Krankenhauses Köln-Merheim ist ein großes pneumologisch-thoraxchirurgisch geleitetes, überregionales Zentrum für Lungenerkrankungen mit dem ausgewiesenen Spezialbereich der Beatmungsmedizin.

STELLENPROFIL

Das Tätigkeitsfeld beinhaltet im Wesentlichen:

- Kontrolle und Optimierung der Beatmungstherapie bei invasiv und nichtinvasiv beatmeten Patienten in enger Kooperation mit dem äztlichen und pflegerischen Team
- Etablierung/Optimierung von Hustenassistenzsystemen/Sekretmanagment (b. Bed. inklusive Bronchoskopien)
- Mitbetreuung der NIV-Patienten in der NIV-Ambulanz in Zusammenarbeit mit dem ärztlichen Team
- Administrative Aufgaben (u.a. Dokumentation WeanNet)
- Schulung/Anleitung der Mitarbeiter

Ihr Profil (u. a.):

- Abgeschlossene Berufsausbildung als Krankenpfleger(in) oder Physiotherapeut(in)
- Abgeschlosse Ausbildung zum Atmungstherapeuten/in (DGP)
- Erfahrung im Management von Beatmungspatienten ist wünschenswert
- Bereitschaft zum Ausbau und zur Weiterentwicklung der Beatmungseinheit in der Lungenklinik
- Teamfähigkeit und hohes Engagement im interdisziplinären und Berufsgruppen überschreitenden Arbeiten

Bitte bewerben Sie sich bis zum **31.05.2019**

KONTAKT

Für Rückfragen steht Ihnen der Chefarzt der Lungenklink Herr Prof. Dr. Windisch, Tel. 0221/8907-18929 sowie schmidthe@kliniken-koeln.de , gerne zur Verfügung.

Eine ausführliche Version dieser Stellenanzeige finden Sie in unserem **Online-Karriereportal** auf **www.kliniken-koeln.de**.

ANLEITUNG ZU KOLLEGIALER BERATUNG FÜR GESUNDHEITSBERUFE

Das Buch von Marion Roddewig zum Erlernen von Kollegialer Beratung wurde unter wissenschaftlichen Bedingungen entwickelt und evaluiert. Die positiven Effekte hinsichtlich Stressreduzierung sind in einer Langzeitstudie bereits nachgewiesen worden. Für Teams, die in Gesundheitsberufen arbeiten, kann es sehr hilfreich sein.

Das kollegiale Miteinander ist eine Dauerbaustelle, nicht nur in den Gesundheitsberufen. Aber gerade hier ist gute Teamarbeit besonders wichtig. Im Rahmen einer Kollegialen Beratung können unterschiedlichste Themen angesprochen werden, also z.B. Konflikte mit Kolleg*innen, Vorgesetzten oder Auszubildenden, gruppendynamische Prozesse, die ein ganzes Team betreffen oder Überlastungssituationen Einzelner. Es muss nicht ausschließlich um die Lösung von Problemen oder die Selbstreflexion gehen, Kollegiale Beratung kann auch eingesetzt werden, um Veränderungsprozesse oder die Bewältigung neuer Aufgaben zu begleiten. Sie zielt darauf ab, eine Gruppe in die Lage zu versetzen, sich selbst, ohne dauerhafte Begleitung, zu steuern. Wichtige Bausteine in diesem Prozess sind beratende Expert*innen, klares Setting, Transparenz der Methodik, Gleichberechtigung aller Gruppenmitglieder, wechselnde Rollenverteilung und eine wertschätzende Grundhaltung.
Zunächst stellt Roddewig die Grundlagen der Kollegialen Beratung vor. Was ist unter dem Begriff zu verstehen? Was kann diese leisten und was nicht? Der zweite Teil des Buchs besteht aus einem Anleitungsprogramm. Die Autorin zeigt, wie eine Kollegiale Beratung durchgeführt werden kann und aus welchen Übungssequenzen (Sitzungen) sie sich zusammensetzt. Verschiedene Methoden wie z.B. Rollenspiele, System-Struktur-Zeichnung und Reflecting Teams können sehr hilfreich sein. Für jede Sitzung liefert Roddewig in Form einer Tabelle mit zusätzlichen Erklärungen, Zeitangaben Arbeitsblättern und Beispielen einen genauen Ablaufplan.
Während der Lektüre schwankte ich oft zwischen Begeisterung und Zweifel. Begeisterung, da Kollegiale Beratung mit Sicherheit eine gute Methode ist, die man allen Schüler*innen nahelegen kann und ihnen die Chance geben sollte, diese zu erlernen. Denn erst, wenn alle Pflegenden die Kollegiale Beratung kennen und praktizieren, wäre die Kommunikation auf Station oder in kleineren Teams sehr viel entspannter. Probleme könnten mit Hilfe der verschiedenen Methoden spielend im Team bewältigt werden, es gäbe keine Herabsetzung oder Bevormundung von Hilfesuchenden mehr. Voraussetzung jedoch ist, dass sich alle Beteiligten an die Regeln der Kollegialen Beratung halten und die Struktur der Teams stabil bleibt. Es müsste ein absolutes Vertrauensverhältnis zwischen den Beteiligten herrschen und die Gruppen dürften in ihrer Zusammensetzung nicht wechseln. Denn je sicherer jedes Gruppenmitglied in der Durchführung der jeweiligen Methode ist, desto höher liegen die Erfolgschancen.
Ich habe allerdings Zweifel daran, dass eine Kollegiale Beratung in den Lehrplan integriert werden kann und in meiner alltäglichen Arbeit, in der ich ständig mit vielen verschiedenen Kolleg*innen zu tun habe, ist sie schlichtweg zu aufwändig. Allein das Erlernen der Anleitung, mit deren Hilfe dann die Kollegiale Beratung ohne eine Moderation mögliche wäre, beträgt ca. 17 Stunden. Frau Roddewig hat auf ihrer Homepage www.marionroddewig.de/seminare-trainings/kollegiale-beratung sogar 20 Stunden angesetzt. Aufgrund des Schichtdienstes in der Pflege ist es kaum machbar, eine konstante Gruppe zusammenzuhalten, und schon gar nicht über einen langen Zeitraum.
Die Autorin wendet sich in diesem Buch vor allem an Menschen, die im Gesundheitswesen tätig sind, besonders an Lehrende, Aus- und Fortbildende und Lernende in Gesundheitsberufen. Es ist vor allem für Lesende geeignet, die schon über pädagogische und kommunikative Vorkenntnisse verfügen, da es ansonsten nicht immer leicht ist, den Erklärungen zu folgen, ohne die Quelltexte nachzuschlagen.

Piroschka Jansen

▶ ZUM BUCH:

Marion Roddewig
„Kollegiale Beratung für Gesundheitsberufe“ – Eine Anleitung
Mabuse-Verlag 2018
166 Seiten
Preis: 29,95 Euro

April 2019

02.-04.04.2019 in Nürnberg
Altenpflege - Die Leitmesse 2019
http://altenpflege-messe.de

03.04.2019 in Münnerstadt
9. Intensivpflegetag Nordbayern
Thoraxzentrum Bezirk Unterfranken
www.intensivpflege-nordbayern.de

08.04.2018 in Mössingen
Konstruktive Konfliktklärung
Referent: Rüdiger Schäfer
Kontakt:
Marion Morgenroth, Tel: 089-599189613
Mail: akademie@deutschefachpflege.de

08.-12.04 .2019 in München
Expertenkurs 1 (Teil 2 von 3)
Kontakt:
Gisela Krug, Tel: 0176-10081968
Kurs 1: Fortsetzung vom 04.03.-08.03.2019

08.-11.04.2019 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege (Teil 1), DFG-Akademie
www.dfg-akademie.de

09.04.2019 in Hagen
Grundlagentag (Kurs 2)
Kontakt:
Stefan Kliemek, Tel: 02331-3401054
Mail: stefan.kliemek@holas-hagen.de
Anita Kliemek, Tel: 02331-3401053
Mail: anita.kliemek@holas-hagen.de

09.-11.4.2019 in Berlin
DMEA – Connecting Digital Health
www.dmea.de

10.04.2019 in Hagen
Pflichtfortbildungen Arbeits- und Infektionsschutzgesetz & Basic life Support
Pflichttag 2 (Kurs 4)
Kontakt:
Stefan Kliemek, Tel: 02331-3401054
Mail: stefan.kliemek@holas-hagen.de
Anita Kliemek, Tel: 02331-3401053
Mail: anita.kliemek@holas-hagen.de

April 2019

10.04.2019 in München
Mobilisationsworkshop
Referent: Florian Kuers
Kontakt: Simone Saleh,
Tel. 089-452055116
Mail: SSaleh@akb-pflegedienst.de

10. April 2019 in Kassel
8. Weaning-Symposium am Marienkrankenhaus unter der Schirmherrschaft der DIGAB e.V.
https://digab.de/veranstaltungen/

12. - 13.04.2019 in Ulm
CUWI / CNI - Competenz Netzwerk Ausserklinische Intensivversorgung 2019
https://cni-net.de/cuwi/

15.04.2019 in Hannover
Konstruktive Konfliktklärung
Referent: Rüdiger Schäfer
Kontakt: Marion Morgenroth, Tel. 089-18961813
Mail: akademie@deutschefachpflege.de
www.dfg-akademie.de

15.-18.04.2019 in Stuttgart
Expertenkurs (Block 3)
Kontakt: Ale Dervisevic,
Tel: 0711-8820076 16
Mail: ad@fachpflege-stuttgart.de

24.4.2019 in Hannover
Seminar zur Ausbildung hygienebeauftragter Pflegekräfte in der außerklinischen Intensivmedizin, Anmeldung unter https://www.fortbildung.nlga.niedersachsen.de/detail.php?k_id=231

24.-26.04.2019 in Bremen
Basiskurs 1 (Teil 2 von 2)
Fortsetzung von Basiskurs 1 vom 01.04.-03.04.2019
Kontakt:
Viktoria Hemprich, Tel: 0511-22 87 760
Mail: viktoria.hemprich@bipg.de
Oliver Schmitz, Tel: 0511-22 87 760
Mail: oliver.Schmitz@bipg.de

Mai 2019

02.05.2019 in Hagen
Pflichtfortbildungen nach dem Wohn- und Teilhabegesetz (WTG/NRW)
Pflichttag 1 (Kurs 5)
Kontakt:
Stefan Kliemek, Tel: 02331-3401054
Mail: stefan.kliemek@holas-hagen.de
Anita Kliemek, Tel: 02331-3401053
Mail: anita.kliemek@holas-hagen.de

3.- 4.05.2019 in Rotenburg an der Fulda
Elternbegegnungstagung des INTENSIVkinder zuhause e.V.
https://www.intensivkinder.de/dld/termine/Einladung_EBT_2019.pdf

03.05.2019 in Hagen
Fortbildung Expertenstandards & Strukturierte Informationssammlung
Pflichttag 3 (Kurs 5)
Kontakt:
Stefan Kliemek, Tel: 02331-3401054
Mail: stefan.kliemek@holas-hagen.de
Anita Kliemek, Tel: 02331-3401053
Mail: anita.kliemek@holas-hagen.de

06.-10.05.2019 in Hagen
Basiskurs (Kurs 4)
Kontakt:
Stefan Kliemek, Tel: 02331-3401054
Mail: stefan.kliemek@holas-hagen.de
Anita Kliemek, Tel: 02331-3401053
Mail: anita.kliemek@holas-hagen.de

06.-09.05.2019 in Stuttgart
Expertenkurs (Block 4)
Kontakt:
Ale Dervisevic, Tel: 0711-8820076 16
Mail: ad@fachpflege-stuttgart.de

06.-09.05.2019 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege (Teil 2)
DFG-Akademie
www.dfg-akademie.de

Mai 2019

06.-10.05.2019 in Nürnberg
Expertenkurs (Kurs 1, Teil 3 von 3)
Fortsetzung vom 18.03.-22.03.2019
Kontakt: Gisela Krug,
Tel: 0176-10081968

07.05.2019 in München
Führen von Teamgesprächen
Referent: Rüdiger Schäfer
Kontakt: Marion Morgenroth,
Tel. 089-18961813
Mail: akademie@deutschefachpflege.de
www.dfg-akademie.de

08.-10.05.2019 in Hannover
Basiskurs (Kurs 2, Teil 1 von 2)
Kurs 2: 08.05.-10.05. / 15.05.-17.05.2019
Kontakt:
Viktoria Hemprich, Tel: 0511-22 87 760
Mail: viktoria.hemprich@bipg.de
Oliver Schmitz, Tel: 0511-22 87 760
Mail: oliver.Schmitz@bipg.de

08.-10.05.2019 in Celle
1. Strategiekonferenz - Außerklinische Intensivpflege 2019
http://www.vincentz-akademie.de/Ambulantes-Management/Haeusliche-Pflege-Tagen-im-Schloss-2019

09.-10. Mai 2019 in Berlin
14. Jahrestagung des Aktionsbündnisses Patientensicherheit e.V. (APS)
www.aps-jahrestagung.de

13.-17.05.2019 in München
Expertenkurs 1 (Teil 3 von 3)
Kontakt:
Gisela Krug, Tel: 0176-10081968
Kurs 1: Fortsetzung vom 08.04.-12.04 .2019

14.05.2019 in Nürnberg
Werte- und haltungsorientierte Führung
Referent: Wolf-Dietrich Groß
Kontakt: Marion Morgenroth, Tel. 089-18961813
Mail: akademie@deutschefachpflege.de
www.dfg-akademie.de

Mai 2019

15.-17.05.2019
Basiskurs (Kurs 2, Teil 2 von 2)
Fortsetzung von Kurs 2 vom 08.05.-10.05.2019
Kontakt: Viktoria Hemprich, Tel: 0511-22 87 760
Mail: viktoria.hemprich@bipg.de
Oliver Schmitz, Tel: 0511-22 87 760
Mail: oliver.Schmitz@bipg.de

16.-18.05.2019 in Karlsruhe
REHAB 2019 - 20. Auflage der Fachmesse für Rehabilitation, Therapie, Pflege und Inklusion, www.rehab-karlsruhe.com

21.-23.05.2019 in Berlin
Hauptstadtkongress Medizin und Gesundheit 2019
www.hauptstadtkongress.de

22.05.2019 in Hagen
Pflichtfortbildungen Arbeits- und Infektionsschutzgesetz & Basic life Support
Pflichttag 2 (Kurs 5)
Kontakt:
Stefan Kliemek, Tel: 02331-3401054
Mail: stefan.kliemek@holas-hagen.de
Anita Kliemek, Tel: 02331-3401053
Mail: anita.kliemek@holas-hagen.de

22.-25.05.2019 in Koblenz
32. Jahrestagung der Deutschsprachigen medizinischen Gesellschaft für Paraplegiologie e. V., Querschnittlähmung im Alter. Abschieben oder Rehabilitieren
www.dmgp-kongress.de

23.-25.05.2019 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.
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

Juni 2019

03.-06.06.2019 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege (Teil 3)
DFG-Akademie
www.dfg-akademie.de

03.-06.2019 in Berlin
5. Entscheiderkonferenz Außerklinische Intensivpflege.
Die Plattform für Politik und Praxis
http://www.vincentz-akademie.de/Ambulantes-Management/5.-Entscheiderkonferenz-Ausserklinische-Intensivpflege

03.06.2019 in Hagen
Pflichtfortbildungen nach dem Wohn- und Teilhabegesetz (WTG/NRW)
Pflichttag 1 (Kurs 6)
Kontakt:
Stefan Kliemek, Tel: 02331-3401054
Mail: stefan.kliemek@holas-hagen.de
Anita Kliemek, Tel: 02331-3401053
Mail: anita.kliemek@holas-hagen.de

03.-07.06.2019 in Nürnberg
Basiskurs (Kurs 2, Teil 1 von 2)
Kurs 2: 03.06.-07.06.2019 und 15.07.-19.07.2019
Kontakt: Gisela Krug,
Tel: 0176-10081968

05.06.2019 in München
Expertenkurs (Block 3)
Trachealkanülen-Workshop (Kurs 2)
Referent: Agnetha Radatz
Kontakt: Simone Saleh,
Tel. 089-452055116
Mail: SSaleh@akb-pflegedienst.de

18.06.2019 in Hagen
Pflichttag 3 (Kurs 6)
Kontakt:
Stefan Kliemek, Tel: 02331-3401054
Mail: stefan.kliemek@holas-hagen.de
Anita Kliemek, Tel: 02331-3401053
Mail: anita.kliemek@holas-hagen.de

Juni 2019

19.06.2019 in Hagen
Pflichtfortbildungen Arbeits- und Infektionsschutzgesetz & Basic life Support
Pflichttag 2 (Kurs 6)
Kontakt:
Stefan Kliemek, Tel: 02331-3401054
Mail: stefan.kliemek@holas-hagen.de
Anita Kliemek, Tel: 02331-3401053
Mail: anita.kliemek@holas-hagen.de

21.06.2019 in Hannover
Basiskurs 1 (Teil 2 von 2)
Arbeitsrecht – Grundzüge und Grundlagen
Referent: Dr. Ruth Hoh
Kontakt: Marion Morgenroth,
Tel. 089-18961813
Mail: akademie@deutschefachpflege.de
www.dfg-akademie.de

24.-28.06.2019 in München
Basiskurs (Kurs 2, Teil 1 von 2)
Kurs 2: 24.06.-28.06. / 08.07.-12.07.2019
Kontakt: Gisela Krug,
Tel: 0176-10081968

Juli 2019

01.07.2019 in Hagen
Pflichtfortbildungen nach dem Wohn- und Teilhabegesetz (WTG/NRW)
Pflichttag 1 (Kurs 7)
Kontakt:
Stefan Kliemek, Tel: 02331-3401054
Mail: stefan.kliemek@holas-hagen.de
Anita Kliemek, Tel: 02331-3401053
Mail: anita.kliemek@holas-hagen.de

02.07.2019 in Hagen
Fortbildung Expertenstandards & Strukturierte Informationssammlung
Pflichttag 3 (Kurs 7)
Kontakt:
Stefan Kliemek, Tel: 02331-3401054
Mail: stefan.kliemek@holas-hagen.de
Anita Kliemek, Tel: 02331-3401053
Mail: anita.kliemek@holas-hagen.de

Juli 2019

03.07.2019 in München
Kinästhetik (Kurs 1)
Referent: Klaus Förster
Kontakt: Gisela Krug,
Tel: 0176-10081968

03.07.2019 in München
Kinästhetik (Kurs 1)
Referent: Klaus Förster
Kontakt: Gisela Krug,
Tel: 0176-10081968

04.07.2019 in Nürnberg
Kinästhetik (Kurs 2)
Referent: Klaus Förster
Kontakt: Gisela Krug, T
el: 0176-10081968

04.07.2019 in Hagen
Grundlagentag (Kurs 3)
Stefan Kliemek, Tel: 02331-3401054
Mail: stefan.kliemek@holas-hagen.de
Anita Kliemek, Tel: 02331-3401053
Mail: anita.kliemek@holas-hagen.de

08.-12.07.2019 in Hagen
Basiskurs (Kurs 5)
Kontakt:
Stefan Kliemek, Tel: 02331-3401054
Mail: stefan.kliemek@holas-hagen.de
Anita Kliemek, Tel: 02331-3401053
Mail: anita.kliemek@holas-hagen.de

08.-12.07.2019 in München
Basiskurs (Kurs 2, Teil 2 von 2)
Fortsetzung Kurs 2 vom 24.06.-28.06.
Kontakt: Gisela Krug,
Tel: 0176-10081968

15.-19.07.2019 in Nürnberg
Basiskurs (Kurs 2, Teil 2 von 2)
Fortsetzung Kurs 2: 03.06.-07.06.2019
Kontakt: Gisela Krug,
Tel: 0176-10081968

15.-17.07.2019 in Stuttgart
Basiskurs (Kurs 2, Teil 1 von 2)
Fortsetzung 22. - 23.07.2019
Kontakt: Ale Dervisevic, Tel: 0711-8820076 16
Mail: ad@fachpflege-stuttgart.de

Juli 2019

22.-24.07.2019 in Landsberg
Praxisanleiter*in für die außerklinische Intensivpflege (Teil 4)
DFG-Akademie
www.dfg-akademie.de

22.-23.07.2019 in Stuttgart
Basiskurs (Kurs 2, Teil 2 von 2)
Fortsetzung von Kurs 2: 15.-17.07.2019
Kontakt: Ale Dervisevic, T
el: 0711-8820076 16
Mail: ad@fachpflege-stuttgart.de

Vorschau

07.09.2019 in Bremerhaven
NEURO 2019
www.neuro2018.de

18.-19.09.2019 in Leipzig
MEDCARE - Kongress mit Fachausstellung für klinische und außerklinische Patientenversorgung
www.medcare-leipzig.de

26.-27.09.2019 in München
18. Europäischer Gesundheitskongress
www.gesundheitskongress.de

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

12.-13.10.2019 in Hamburg
11. Jahrestagung der Atmungstherapeuten (DGP)
atmungstherapeuten@intercongress.de
www.jt-atmungstherapeuten-dgp.de

25.-26. 10.2019 in München
12. MAIK Münchner außerklinischer Intensiv Kongress
www.maik-online.org

GD - Fachzeitung für außerklinische Intensivversorgung

Herausgeber
DEUTSCHE FACHPFLEGE GRUPPE
Bavariaring 16
80336 München
Vertreten durch: Hartmut Hain, Bruno Crone, Dr. Othmar Belker
Telefon: 089 217 688 92
Telefax: 089 599 18 96 25
www.deutschefachpflege.de
info@deutschefachpflege.de

www.gepflegt-durchatmen.de
gd@deutschefachpflege.de

Impressum: Beate Block-Theißen, Dr. Jens Geiseler, Annette Geißler, Maria-Cristina Hallwachs, Piroschka Jansen, Christoph Jaschke, Christine Keller, M.A., David Lebuser, Marcel Renz, Heinrich Recken, Ottmar Miles-Paul, Dr. Karl-Heinz Pantke, Peter Pulmo, Angelika Rathgeber, Hans-Joachim Wöbbeking, Zentrum für Patientensicherheit (ZQP), Patrick Ziech, Dorothee von Zobel
deutschefachpflege.de, rehakind.de, hauptstadtkongress.de, intensivpflegeklinik.de, wieder-atmen-lernen.de, fachkrankenhaus-coswig.de, kobinet.de, dbfk.de, charta-der-Vielfalt.de, elfmeterstiftung-duesseldorf.de, aps-ev.de, gnpi-dgpi2019.de, maik-online.org, digab.de, aktion-kindertraum.de, evangelischeskrankenhaus.de, intensivkinder.de

Das Titelfoto zeigt Marcel Renz
Foto: Florian Müller, https://cosmochrome.de/

Redaktionsleitung: Dr. Maria Panzer
Stellvertretende Redaktionsleitung: Dr Lena-Panzer-Selz
Anzeigenleitung: Christoph Jaschke
Grafik und Layout: Christina Gordia Büsch
Druck: HOLZMANN DRUCK GmbH & Co. KG
Derzeit gilt die Anzeigenpreisliste vom 1. Januar 2019
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.

GD

Bitte nehmen Sie mich in den Verteiler für ein kostenloses Abonnement der Fachzeitung GD 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:

DEUTSCHE FACHPFLEGE GRUPPE
Bavariaring 16
80336 München

Telefax: 089 599 18 96 25

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.

ACAPELLA® CHOICE.
BEWÄHRT. EFFEKTIV. EINFACH.

Sekretmanagement kann schwierig sein... acapella® Choice hilft

Bei Symptomen von COPD, erhöhter Sputum-Produktion, Atemwegsinfektionen und Kurzatmigkeit...

Sekretmobilisation ist essentiell um die Bronchialtoilette zu unterstützen, Infektionen vorzubeugen und die Atmung zu erleichtern.

Smiths Medical hat es sich seit langer Zeit zur Aufgabe gemacht, effektive Hilfsmittel zur PEP (Positiv Expiratory Pressure) Therapie herzustellen und damit die Lebensqualität von Patienten mit Lungenerkrankungen zu verbessern. Das acapella® Choice kombiniert die Vorteile einer PEP-Therapie mit einer oszillierenden Vibration des Bronchialsystems, sowie mit der Möglichkeit das System mit einem Vernebler zu kombinieren, um die Therapie noch mehr zu optimieren. Es bietet dem Anwender die Unabhängigkeit und Flexibilität die Therapie im Krankenhaus anzuwenden und im häuslichen Umfeld fortzuführen.

acapella® Choice

Hilfsmittelnummer: 1424080006
PZN / Stück: 12387665
VE=10, einzeln unterverpackt

smiths medical
portex®

Besuchen Sie www.smiths-medical.com/de oder rufen Sie +49 (0)89 242959 370 an um mehr über acapella® Choice zu erfahren

Portex and the Smiths Medical design mark are trademarks of Smiths Medical. ©2018 Smiths Medical. All rights reserved.

NEU!
Mit PDMS Anbindung über Philips IntelliVue Patientenmonitor.

Am Tag und in der Nacht... immer bestens versorgt mit

prisma VENT 50-C und prisma VENT AQUA.

Löwenstein Medical
Arzbacher Straße 80
D-56130 Bad Ems
Internet: hul.de

LÖWENSTEIN medical

HOSPITAL HOMECARE DIAGNOSTICS