

ERAS und die Herausforderung für die Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde in der Umsetzung am Beispiel im Klinikum Dachau

Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Artikel das generische Maskulinum verwendet. Die in diesem Artikel verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich – sofern nicht anders kenntlich gemacht - auf alle Geschlechter.



Klinikfoto | Helios Amper-Klinikum Dachau

ERAS (enhanced recovery after surgery) bedeutet übersetzt die rasche Erholung nach einer Operation und ist ein multidisziplinäres, multimodales Konzept in der perioperativen Behandlung von Patienten, quasi eine Weiterentwicklung der Fast-Track-Chirurgie.

Das sogenannte ERAS-Programm konnte bereits in mehreren Studien zeigen, dass Patienten eine kürzere Regenerationsphase und eine geringere postoperative Komplikationsrate in Form von Übelkeit, Schmerzen und auch weniger chirurgischen Komplikationen, wie z.B. Anastomoseninsuffizienzen haben.

Im Jahre 2010 wurde die „ERAS Society“ in Schweden offiziell gegründet. Mittlerweile hat sich das Programm auf der ganzen Welt etabliert, in 30 Ländern, über 150 Kliniken und davon 9 in Deutschland. Das Implementierungsverfahren des Programmes in der Praxis ist sehr aufwendig und hat bei uns im Klinikum in der visceralchirurgischen Abteilung 2,5 Jahre gedauert. Es wurde ein ERAS-Team gebildet, das in unserem Krankenhaus aus einem Vertreter der Visceralchirurgie, Anästhesie, ERAS-Nurse und Krankengymnastik besteht.

Dieses Team hat an vier vorgegebenen Workshops und Selbststudienphasen, die von klinischen Experten und ERAS-Coaches begleitet werden, teilgenommen. Das Ziel dabei ist es, veraltete Prozesse in der klinischen Praxis zu verbessern und eine evidenzbasierte Methodik zu fördern. Dies wird alles anhand eines ERAS-Protokolls dokumentiert und ist jährlich kostenpflichtig. Die Abrechnung der ERAS-Patienten erfolgt, wie bei allen Patienten, nach Diagnosis Related Groups (DRG).

Die Schwierigkeit in der Einführung und auch in der Umsetzung im klinischen Alltag ist die Etablierung aller ERAS-Richtlinien. Dabei ist eine einheitliche Zielverfolgung des ganzen Behandlungsteams notwendig.

Zu Beginn gab es viele Schulungen und Informationen, um die Vorteile des ERAS-Programmes zu vermitteln.

Eine Voraussetzung dafür ist, dass jeder Akteur Flexibilität und Bereitschaft zur Veränderung mitbringt.

Als praktisches Beispiel möchte ich die Erstmobilisation im Aufwachraum (AWR) nennen.

Für die Mitarbeiter des AWR ist die Erstmobilisation eine Mehrarbeit, die eventuell im ersten Moment als unnötig erscheint, allerdings gehört sie im ERAS-Protokoll zu einem wichtigen Punkt, der durchgeführt werden muss. Auch dafür waren Gespräche, Zeit und Geduld vonnöten, bis dies in einen automatischen Ablauf übergegangen ist.

ERAS kann alle klinischen Fachbereiche betreffen, wobei wir uns im Zuge des Artikels auf den kolorektalen Bereich fokussieren.

Hier ein kleiner Rückblick, wie die Versorgung eines chirurgischen Patienten vor ERAS und der Fast-Track-Chirurgie aussah: Die Liegedauer von Patienten nach allgemein- visceralchirurgischen Eingriffen betrug oftmals länger als 14 Tage und der Kostenaufbau erstreckte sich über den ganzen Aufenthalt. Notwendige Drainagen sorgten für eine erschwerte Mobilisation und häufig starke Schmerzen. Ende der 90er Jahre wurde die Fast-Track-Chirurgie (sinngemäß "Schnellspur-Chirurgie") etabliert und stellte ein multimodales therapeutisches Konzept für die Patientenversorgung dar. Die Patienten bekamen einen zügigen Kostenaufbau, die Mobilisation erfolgte am 1. postoperativen Tag und auch die Schmerzen wurden mithilfe eines periduralen Schmerzkatheters minimiert. Durch all diese Aspekte verringerte sich die Liegezeit. Etwa zeitgleich wurden die Diagnosis Related Groups (DRG) in deutschen Krankenhäusern eingeführt, ein sogenannter „Festpreis für die Behandlung“. Dadurch konnten unter anderem aufgrund der kürzeren Liegezeit von Patienten Kosten für die Krankenhausverweildauer eingespart werden.

Wie sieht nun eine pflegerische Versorgung von ERAS-Patienten aus?

Die Grundprinzipien des ERAS-Programmes beinhalten unter anderen folgende Schwerpunkte:

- Ausführliche Patienteninformation und Aufklärung über den Behandlungspfad
- Risikooptimierung der postoperativen Komplikationen
- Optimale Operationsvorbereitung (inklusive Ernährung und Bewegung)
- Betont kurze Nüchternphase vor der Operation
- Präoperative Kohlenhydrat-Beladung des Darmes

- Moderne Narkoseführung
- Restriktive Infusionstherapie
- Verzicht auf Sonden, Drainagen und Katheter
- Optimale Schmerztherapie
- Rasche enterale Ernährung
- Forcierte Mobilisierung

Dies alles findet im interdisziplinären Team statt, wobei die ERAS-Nurse dabei die wichtigste Schnittstelle ist und das gesamte Team, wie Ärzte, Pflege, Krankengymnastik, Ernährungsberatung, Stomatherapie usw. koordiniert. Sie steht dem Patienten rund um den Klinikaufenthalt zur Seite und informiert ihn ausführlich über alle Schritte, motiviert ihn zur aktiven Mitarbeit, organisiert und unterstützt ihn in dieser Zeit. Auch nach dem Krankenhausaufenthalt ist sie ein Ansprechpartner für den Patienten und nimmt spätestens 4 Wochen nach der Entlassung Kontakt mit diesem auf, um sich nach seinem Befinden zu erkundigen. Die Voraussetzung für das Tätigkeitsfeld der ERAS-Nurse ist bis heute noch nicht genau beschrieben. Dies kann jede Klinik individuell gestalten. In unserem Fall ist die ERAS-Nurse eine medizinische Fachangestellte, die ein Fachwissen aus dem visceralchirurgischen Bereich mitbringt. Allerdings gibt es auch Krankenhäuser, in denen eine Pflegefachperson oder eine akademisierte Pflegefachperson die Aufgabe der ERAS-Nurse übernimmt.

Es gibt derzeit keine spezielle Ausbildung, Weiterbildung oder Lehrgang in Deutschland für die Qualifikation der sogenannten ERAS-Nurse. Am Beispiel unseres Hauses, hat diese das Implementierungsverfahren von Beginn an mit begleitet und somit ihre Kenntnisse und Erfahrungen anhand des ERAS-Protokolls ausgearbeitet. Außerdem sind die ERAS-Nurses verschiedener Häuser gut vernetzt und im regelmäßigen Austausch, um ihre Erfahrungen zu teilen.

Die präoperative Zeit

Der Patient bekommt von der ERAS-Nurse präoperativ eine ausführliche Beratung, eine Informationsbroschüre und Fragebögen bzgl. Ernährung, Bewegung und dem allgemeinen Befinden. Dieser hilft der ERAS-Nurse den individuellen Unterstützungsbedarf des Patienten einzuschätzen.

Die Selbstverantwortung für den Patienten beginnt bereits ab diesem Zeitpunkt in der präoperativen Phase, da er die Tage bis zur Operation aktiv verbringen sollte, um seine körperliche Fitness zu verbessern. Sofern er keinen eigenen Schrittzähler hat, wird dieser von unserer Klinik bereitgestellt, damit er mindestens 10.000 Schritte täglich geht.

Das Rauchen sowie Trinken von Alkohol sollte vor dem operativen Eingriff eingestellt werden. Außerdem könnte der Patient bereits jetzt eine Unterstützung in Form von Pflege oder Haushalt für die Zeit nach der Entlassung planen. Dies erfragt die ERAS-Nurse und stellt bei Bedarf den Kontakt zu unserem Sozialdienst her.

Am Tag vor der Operation müssen kohlenhydratreiche Getränke zu sich genommen werden, um den Kohlenhydratspeicher aufzufüllen, damit der Körper mit ausreichend Energie versorgt ist. Ein gut aufgefüllter Kohlenhydratspeicher sorgt für weniger postoperative Komplikationen.

Es kann einer Hypoglykämie vorgebeugt werden. Eine gute Energie-

versorgung stärkt das Immunsystem, das wiederum die Wundheilung positiv beeinflusst. Außerdem kommen die Patienten schneller zu Kräften, wenn der Körper weiterhin über ausreichend Energiereserven verfügt.

Bis 2 Stunden vor der Operation darf getrunken werden, das Essen ist ab Beginn der Abführmaßnahmen einzustellen, sofern diese vonnöten sind.

Der OP-Tag

In der Regel kommt der Patient am Operationstag in das Krankenhaus. Die Operation mit der dazugehörigen Anästhesie erfolgt schonend, um postoperativ Übelkeit und Schmerzen zu reduzieren.

Die zusätzliche minimalinvasive Chirurgie mit dem Da-Vinci-Roboter ermöglicht einen präzisen Eingriff mit kleineren Schnitten, was wiederum die Heilung beschleunigt. Welcher Patient für die Operationsmethode in Frage kommt, entscheiden die Ärzte. Außerdem gilt bei uns der Leitsatz, „no drain, no pain.“ Postoperativ werden bei den ERAS-Patienten, die Infusionen im Aufwachraum entfernt und ab diesem Zeitpunkt erhält der Patient nur noch eine orale Flüssigkeitszufuhr, sofern er diese verträgt, um eine Flüssigkeitsüberladung zu vermeiden. Zu den Toilettengängen wird der Patient mobilisiert, zudem sollen zusätzlich immer wieder selbstständig Beinübungen durchgeführt werden, die von der Krankengymnastik nach der Operation angeleitet werden. Am selbigen Abend gibt es flüssige Kost, zudem wird das Kauen eines Kaugummis zur Darmanregung empfohlen.

Das Schmerzmanagement ist absolut wichtig, denn ohne Schmerzen ist die Mobilisation einfacher und ermöglicht das tiefe Durchatmen. Die Lungen werden dadurch besser belüftet und es kann einer Pneumonie vorgebeugt werden. Der Schlaf ist besser, die Erholung tritt schneller ein und der Patient ist dadurch motiviert, sich aktiv zu verhalten. Das Schmerzempfinden wird regelmäßig anhand der numerischen Schmerzskala abgefragt und darauf individuell reagiert und agiert – nach Anordnung des Arztes.

Die postoperativen Tage

Die postoperative Zeit ist von der körperlichen Aktivität geprägt. Dadurch ist weiterhin auf eine geringe Schmerzbelastung zu achten, damit die meiste Zeit außerhalb des Bettes verbracht werden kann. Dies dient unter anderem der Thrombose und Pneumonieprophylaxe. Der Kostaufbau wird zügig gesteigert, sofern dieser gut vertragen wird und die Mahlzeiten werden optimalerweise sitzend am Tisch eingenommen.

Falls Drainagen vorhanden sind, werden diese baldmöglichst vom ärztlichen Personal oder nach Delegation vom pflegerischen Personal entfernt. Sobald die Schmerzen unter Kontrolle sind, der Patient körperlich aktiv ist, die Verdauung eingesetzt hat, der Stuhlgang funktioniert und sich keine weiteren Komplikationen im Genesungsprozess zeigen, ist eine Entlassung ab dem 4. postoperativen Tag möglich.

Herausforderung für die Pflegeexperten SKW

Sollte der ERAS-Patient eine Stomaneuanlage erhalten, stehen wir als Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde (PE SKW) vor einer neuen Herausforderung, um eine bestmögliche Versorgung im Rahmen der Anleitung,

Schulung und Beratung zu gewährleisten. Im Zuge des ERAS-Programmes kann der Patient bereits am 4.-5. postoperativen Tag entlassen werden. Unser Ziel ist es, die Patienten möglichst selbständig hinsichtlich der Stomaversorgung in das häusliche Umfeld zu entlassen.

Die größte Priorität hat nun das präoperative Beratungsgespräch. Wenn möglich, wird hierfür ein separater Termin ausgemacht, um dem Patienten viele Informationen zukommen zu lassen. In der Vergangenheit fiel das präoperative Gespräch - je nach Wunsch des Patienten - eher kurz aus, weil der Patient sich lieber erst postoperativ mit dem Thema Stoma auseinandersetzen wollte, oftmals in der Hoffnung, dass doch keine Stomaanlage vonnöten ist. Im Zuge des ERAS-Programms muss dies nun unbedingt präoperativ stattfinden. Dem Patienten werden dabei Materialien zur Stomaversorgung vorgestellt, alle relevanten Beratungsthemen angesprochen und idealerweise kann ein Versorgungswechsel besprochen werden.

Die Stomamarkierung wird nach den hausinternen Richtlinien durchgeführt. Dabei kann sich schon ein Bild gemacht werden, ob die Versorgung voraussichtlich selbständig durchgeführt werden kann, oder ein eventueller Unterstützungsbedarf notwendig ist. Zudem kann geklärt werden, ob An- und Zugehörige in der Nähe wohnen und diese bereit für eine Hilfestellung sind, oder ob ein Pflegedienst hinzugezogen werden sollte. Ebenso kann der Nachversorger im Vorfeld involviert werden.

Nun stellt sich die Frage, inwiefern die Selbstversorgung bei der kurzen Liegedauer im Krankenhaus gewährleistet werden kann?

In unserer Klinik ist die Stomatherapie nur an 3 Tagen in der Woche besetzt. Dadurch sehe ich die Patienten nur 2- bis 4-mal postoperativ. Somit ist eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit verschiedenen Schnittstellen gefragt, damit auch diese den Patienten bestmöglich betreuen in Beratung, Schulung und Anleitung. Die Pflegefachpersonen erhalten in dem Zusammenhang regelmäßige Schulungen, so dass auch sie eine Anleitung übernehmen könnten, wenn kein PE SKW im Haus ist.

Bei jedem Beutelentleeren versuchen sie den Patienten zur Selbstversorgung zu animieren, um ihn so in den ersten Schritt der Selbständigkeit zu begleiten.

Doch auch hier ist oftmals zu beobachten, dass die Bereitschaft zur Veränderung von Seiten der Pflegefachpersonen nur langsam in Gang kommt.

Die Ernährungsberatung ist bei jedem Patienten involviert und klärt diese hinsichtlich Ernährungsempfehlungen für Stomaträger auf. Des Weiteren steht der Sozialdienst zur Seite, wenn Unterstützungsbedarf für zu Hause benötigt wird.

Wann findet der erste Wechsel der Stomaversorgung statt?

Im sektorenübergreifenden Leitfaden der Stomatherapie wird der erste Versorgungswechsel für den circa 3. postoperativen Tag empfohlen.

Das bedeutet für uns, dass wir nur noch 2 Tage zum Üben des Versorgungswechsels haben. Allerdings kann bereits am ersten postoperativen Tag auch während einer Beratung die Versorgung theoretisch mit dem Patienten durchgesprochen werden oder ein Beutelwechsel geübt werden, sei es am Bauch oder als „Trockenübung“ an einem Modell.

Welches Versorgungssystem ist für den Patienten geeignet?

Ein einteiliges oder ein zweiteiliges System? Ist noch genügend Zeit vorhanden, um beide Systeme vorstellen und ausprobieren zu können?

In unserem Haus hat sich dadurch der Einsatz des einteiligen Systems, auch hinsichtlich der materialwirtschaftlichen Sicht, bewährt.

Wie geht es zu Hause weiter?

Die enge Zusammenarbeit mit einem Nachversorger spielt eine besondere Rolle, damit die Stomapatienten übergangslos eine gute und sichere Betreuung haben. Wir legen viel Wert darauf, dass der Patient spätestens am Tag nach der Entlassung seinen ersten Besuch des Nachversorgers bekommt.

Dieser wird in der ersten Zeit, durch den kurzen Krankenhausaufenthalt, mehr Hausbesuche zur Anleitung durchführen dürfen.

In den Verträgen der Krankenkassen mit dem Nachversorger sind die Leistungen, die erbracht werden müssen, nachzulesen. Unter anderem ist eine umfassende Beratung im Umgang mit den Hilfsmitteln sicherzustellen. Dies vergüten die meisten gesetzlichen Krankenkassen mit einer Pauschale. Die Einbindung eines Pflegedienstes für die Übernahme und Unterstützung bei der Stomaversorgung könnte dadurch häufiger vonnöten sein. Sofern der Patient keinen Pflegegrad besitzt, ist das Involvieren eines Pflegedienstes ein selbst zu zahlender Betrag. Nicht jeder kann sich das leisten, zumal in manchen Regionen in Deutschland auch die pflegerische Versorgung aus Mangel an Pflegediensten und Personal nicht abgedeckt werden kann.

Nach Rücksprache mit der AOK Bayern könnte mit einer ausführlichen Begründung die Unterstützungspflege §37, Abs.1a im SGB 5, die für 4 Wochen von der Krankenkasse übernommen wird, beantragt werden.

Dies könnte man bei den jeweiligen Krankenkassen nochmal anfragen.

Zusammenfassung

ERAS ist ein patientenorientiertes Konzept, das eine schnellere Genesung mit einem kürzeren Krankenhausaufenthalt und einer minimierten Komplikationsrate ermöglicht. Die Pflegeexperten SKW werden in diesem Konstrukt dazu angeregt, das bisherige Tun zu evaluieren und ggf. umzustrukturieren, um dem Patienten eine bestmögliche Anleitung in kürzester Zeit zu ermöglichen. Dazu müssen die passenden Rahmenbedingungen in der Klinik geschaffen werden, wobei alle an einem Strang ziehen sollten.

Die Pflegeprozessqualität aus dem sektorenübergreifenden Leitfadens müsste unter den ERAS-Bedingungen nochmals überdacht und überarbeitet werden, da die zeitlichen Angaben, wie sie 2010 beschrieben wurden, so nicht eingehalten werden können.

Wir sollten auf alle Fälle versuchen, auf dem neuesten Stand zu bleiben und dabei offen für Veränderungen zu sein. Offenheit für Veränderung lässt uns schnell und effektiv an die Gegebenheiten anpassen, bietet Chancen für berufliches Wachstum und fördert dabei die eigene Kreativität.

Literatur bei der Verfasserin



Portraitfoto | Helios Amper-Klinikum Dachau (Andreas Köhler)

*Alexandra Keuthen, Autorin
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde
Helios Klinikum Dachau, das seit Januar 2023 ERAS implementiert hat.*

*Kontakt
alexkeuthen@googlemail.com*