

MagSi[®]

MAGAZIN



STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Das Thema

30 Jahr MagSi

Erste Leitlinie zur Diagnostik
und Therapie der Interstitiellen
Zystitis (IC)

Aktuell

Komplexes Thema Wunde –
Ein Forum, das für alle Gewinn
bringt

Weiterbildung Aktuell

Weiterbildung Wundversor-
gung

CeraPlus

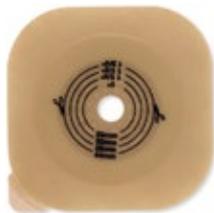
Parastomale Haut verdient Besseres.



CeraPlus als einteilige und zweiteilige Stomaversorgung sowie als Zubehör



Soft Konvex
für eine
verbesserte Passform



Durchgehender Hautschutz
für maximale Abdeckung
mit Ceramiden



Adapt Cera Ringe
Bewährte Ringe mit
Vorteilen der Ceramide



Sichtfenster
für die
regelmäßige Kontrolle

Erleben Sie den Unterschied mit CeraPlus und fordern Sie Ihr Muster an!

Tel. 0800/363 84 00 | E-Mail: beratung.ceraplus@hollister.com | www.hollister.de



Ausblick

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

der Sommer ist da und mit ihm die langen Tage, die Leichtigkeit der Urlaubs-, Bade- und Biergartenzeit. Grund genug, die Tage zu genießen, Auszeit zu nehmen und die Seele mal richtig schön baumeln zu lassen. Eine Zeit, in der das Nichtstun sein darf. Doch, was ist so begehrenswert am Nichtstun und können wir es wirklich noch in Zeiten der Geschäftigkeit, der Rationalisierung und Optimierung von allen Abläufen.

Ein paar Gedanken zum Nichtstun. Das Nichtstun bringt nicht den Stillstand, im Gegenteil. Im Nichtstun ist viel Bewegung. Manche Dinge dürfen liegen bleiben, sie dürfen ruhen oder sich sogar von alleine, ohne unser Zutun auflösen. Vielleicht zeigen sich, wenn unser Geist zur Ruhe kommt ganz andere Perspektiven, die vorher durch die ständige Betriebsamkeit gedanklich überlagert waren. Nichts zu tun ist Loslassen, weil die Arbeit auch mal an andere Menschen abgegeben werden muss. Auch darin liegt eine gute Übung, Vertrauen in andere Menschen zu haben, abzugeben, zu delegieren. Und vielleicht stellt sich eine Zeit der Besinnung und der inneren Einkehr in der Zeit des Nichtstuns ein.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen von Herzen eine schöne Sommerzeit, entspannte Urlaubstage und viel freie Zeit, die Sie für sich nutzen können.

Ihre Brigitte Sachsenmaier im Namen der Redaktion der MagSi®

Bilder: © kyslynskyv - Fotolia.com, © beholdereye - Fotolia.com

Das Thema	4	30 Jahr MagSi
	6	Erste Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Interstitiellen Zystitis (IC)
	8	Management und Durchführung des intermittierenden Katheterismus (IK) bei Neurogenen Blasenfunktionsstörungen
	16	Das Case Management für colorektale PatientInnen im Rahmen von Advanced Nursing Practice im Darmkrebszentrum des Josephs-Hospitals Warendorf/ Deutschland
Aktuell	32	Komplexes Thema Wunde – Ein Forum, das für alle Gewinn bringt
	35	Wohin damit? Leitfaden zum Umgang mit opioidhaltigen Schmerzplaster
Fachgesellschaft Aktuell	36	Termine/Kongresse Kooperationspartner/Mitgliedsverbände
Buch-Tipp	38	Buchvorstellung
Weiterbildung Aktuell	39	Hollister Et Dansac Stoma Kongress in Fulda
	40	Weiterbildung Wundversorgung
	42	Erfolgreiche 13. Tagung der Initiative in Hamburg!
Schaufenster	44	Neuigkeiten bei Produkten und Dienstleistungen
Impressum	46	Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

Herausgeber



Mitgliedsverbände






Kooperationspartner













30 Jahre MagSi®

Mit dieser Ausgabe unserer MagSi® vollenden wir 30 Jahre der Berichterstattung über Ereignisse in der Stomatherapie, der Kontinenzversorgung und dem Wundmanagement.



Es wurden viele vielseitige und spannende Beiträge aus allen Bereichen des Gesundheitswesens von zahlreichen Autorinnen und Autoren veröffentlicht. Im Vordergrund standen meist die fachlichen Artikel zu Studienergebnissen und auch Tipps und Hinweisen aus der Praxis. Viele Berichte und Reportagen befassten sich mit berufspolitischen Anliegen unserer spezialisierten Pflege. Entstanden als „ET-Journal“ wurde dieses Magazin über viele Jahre von Thomas Bölker als Initiator und verantwortlichem Redakteur konzeptionell und redaktionell bearbeitet. Seiner Idee und seinem Engagement verdanken wir, dass es diese, im deutschen Sprachraum einmalige, Zeitschrift überhaupt gibt. Thomas Bölker hat sich nicht nur mit eigenen Artikeln und Kommentaren in die Zeitschrift eingebracht, als verantwortlicher Redakteur beschaffte er auch immer die notwendigen Werbeanzeigen, ohne die eine Existenz der Zeitschrift nicht möglich gewesen wäre.

Aus dem „ET-Journal“ wurde dann das Magazin Stoma und Inkontinenz, MagSi® und nach Thomas Bölker übernahm Maria Brömmling als Redakteurin im Auftrag des damaligen

DVET-Vorstands die Redaktion der MagSi®. Auch Maria Brömmling konnte die erfolgreiche Aufbauarbeit der Zeitschrift fortsetzen und lange Jahre eine wichtige Fachzeitschrift für die beruflich Pflegenden weiter führen.

Brigitte Sachsenmaier übernahm im Jahre 2008 die Redaktion der MagSi® und verantwortet seither dieses Fachmagazin der spezialisierten Pflege. Auch sie kennt die oft beschwerliche Arbeit in der Planung der Zeitschrift, der aufwendigen Beschaffung und redaktioneller Bearbeitung der Artikel bis hin zur finalen Kontrolle der Zeitschrift vor der Druckfreigabe nur zu gut. In all den Jahren konnte sich der Vorstand der FgSKW e.V. als Herausgeber der MagSi® auf die enge und vertrauensvolle Kooperation mit Frau Brigitte Sachsenmaier jederzeit verlassen. In der Gestaltung arbeitet Frau Sachsenmaier seit vielen Jahren sehr erfolgreich mit der Firma Spectra – Design & Verlag zusammen. Ennio und Fiore Tartaglia unterstützen die MagSi® als Grafik-Designer seit nunmehr zehn Jahren und sorgen dafür, dass die MagSi® bei wechselndem Zeitgeist und veränderlichem Geschmack der Lesenden immer ein ansprechendes Layout zeigt und die Lektüre der Artikel für die Lesenden in jeder Ausgabe zu einem Vergnügen wird. Über einen Zeitraum von 30 Jahren kann eine solche Fachzeitschrift nur produziert werden, wenn die Beteiligten eng und intensiv zusammen arbeiten. Dabei gehen alle Beteiligten äußerst respektvoll miteinander um und respektieren Verantwortlichkeiten, Können und Erfahrung. Die hohe Qualität der MagSi® über diesen langen Zeitraum zu halten verlangt von den Beteiligten oft ein Engagement, das über den üblichen Rahmen vertraglicher Dienstleister weit hinaus geht. Dafür bedanken wir uns bei allen Beteiligten von Herzen!

Wir bedanken uns als Herausgeber der MagSi® insbesondere bei allen Autorinnen und Autoren für die vielen wichtigen Beiträge zur Zeitschrift. Wir wissen sehr wohl, wieviel Arbeit die Erstellung dieser vielzähligen Beiträge verursacht haben und versichern Allen unsere Hochachtung dafür und unsere große Wertschätzung!

Gleichzeitig möchten wir alle potenziellen Autorinnen und Autoren ermuntern, eigene Beiträge für die Zeitschrift der spezialisierten Pflege zu verfassen und an die Redaktion der MagSi® zu senden unter: redaktion@fgskw.org

Ohne die finanzielle Unterstützung durch die Werbeanzeigen der Industrie- und Handelsunternehmen hätte unsere Fachzeitschrift gar nicht erst existieren können, geschweige denn den 30. Geburtstag feiern dürfen. Wir bedanken uns bei allen Inserierenden für dieses langjährige Engagement. Auch heute noch stellen die Einnahmen der MagSi® eine wichtige Säule der Finanzierung der Arbeit in unserer Fachgesellschaft dar.

Wir wünschen uns auch zukünftig die starke Unterstützung aller Beteiligten zur weiterhin sicheren Publikation unserer Fachzeitschrift MagSi®!

Im Namen des Vorstands der FgSKW e.V. und der Redaktion der MagSi®



Werner Droste



Thomas Bölker



Maria Brömmling



Brigitte Sachsenmaier



Fiore Tartaglia



Ennio Tartaglia



Erste Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Interstitiellen Zystitis (IC)

DGU und ICA-Deutschland setzen Meilenstein

Stechende Unterleibsschmerzen und Harndrang mit bis zu 60 Toilettengängen über Tag und Nacht: Die überwiegend weiblichen Patienten mit einer Interstitiellen Zystitis (IC) stehen unter enormem Leidensdruck; häufig führt die Erkrankung in die soziale Isolation und in die Erwerbsunfähigkeit. Zudem ist das Krankheitsbild noch immer relativ unbekannt und die chronische Entzündung der Blasenwand bis heute schwer zu diagnostizieren.

Im Durchschnitt dauert es neun Jahre bis zur Diagnosestellung; bei der Hälfte der Patienten sind mehr als 20 Arztbesuche notwendig bis ihr quälendes Leiden einen Namen bekommt. Mit der Erstellung der ersten deutschen Leitlinie zur „Diagnostik und Therapie der Interstitiellen Zystitis (IC/BPS)“ haben die Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) und der Förderverein für Interstitielle Zystitis, der ICA-Deutschland e.V. (ICA), nun einen entscheidenden Schritt für eine bessere Versorgung der Betroffenen erreicht. Die

Konsultationsfassung der Leitlinie, die unter Federführung der DGU entstand, erscheint in Kürze auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) online.

Die Diagnose „Interstitielle Zystitis“ wird nach oft jahrelanger Arzt-Odyssee schließlich zu 99 Prozent von Urologen gestellt. „Mit der interdisziplinären Leitlinie haben wir nun die Möglichkeit, über die Fachgebiete hinweg zu informieren, die Sensibilität der Ärzte für die IC in der Breite zu schärfen und

die Versorgungsqualität zu optimieren“, sagt DGU-Pressesprecher Prof. Dr. Christian Wülfing. Adressaten der Leitlinie sind vor allem Ärzte und Behandler der Fachrichtungen Urologie, Gynäkologie, Allgemeinmedizin, Schmerztherapie und Physiotherapie. Als Leitlinien-Koordinator hat sich Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Bschleipfer für die Fachgesellschaft verdient gemacht.

„Nach jahrzehntelangen Bemühungen um Standards für Diagnostik und Therapie der seltenen Krankheit ist mit einer Leitlinie der Qualität S2k ein weiterer entscheidender Meilenstein erreicht“, sagt Bärbel Mündner-Hensen. Sie ist Gründungsmitglied und Bundesvorsitzende des ICA-Deutschland, der in diesem Jahr sein 25-jähriges Bestehen begeht. Der Förderverein tritt auf wissenschaftlicher und politischer Ebene national und international für die Belange der IC-Patienten ein und hat das Leitlinien-Vorhaben bei der DGU initiiert.

Bereits 2017 hatte der ICA, der in seinem medizinischen Beirat mit



„Offenheit verändert Leben“
(Motto des diesjährigen Welt-Stoma-Tages)

Plötzlich Stomaträger

Was kommt auf mich zu
und wer hilft mir dabei?

Gemeinsam mit Pflegefachexperten des FgSKW
laden Betroffene der Deutschen ILCO e.V. zu
einem öffentlichen Informationsaustausch ein.

Wann: Samstag 10.11.2018
von 11:00 bis 16:00 Uhr
(Einlass ab 10:30 Uhr)

Wo: Haus der Universität
Schadowplatz 14
40212 Düsseldorf

- Sie selbst, oder ein(e) Angehörige(r) sind betroffen?
- Sie möchten sich informieren, weil ihnen eine solche Operation bevorsteht?
- Sie haben beruflich mit Stomaträger zu tun?

Dann kommen Sie dazu, stellen sie ihre Fragen
und beteiligen Sie sich an unseren Gesprächen.

Der Eintritt ist frei.

Programm

- 10:30 Uhr Einlass und Besuch der Infostände
- 11:00 Uhr **Begrüßung** durch
Bernd Krämer
Werner Droste
- 11:15 Uhr **Leben mit Stoma**
Vortrag Katrin Boesel und Bernd Krämer
Filmeinspieler: [ILCO-Selbsthilfe Folge 2](#)
- 11:45 Uhr **Podiumsdiskussion:** Teilnehmer:
- Dr. med. Konstantinos Zarras
- Jörg Spiekermann
- Ursula Rosenbaum
- Inga Hanke
- Werner Droste
- Katrin Boesel

Unter Einbeziehung der Fragen aus dem Publikum
- 12:30 Uhr **Stomakomplikationen: Teil 1**
Vortrag Dr. Zarras zu chirurgischen Möglichkeiten
- 13:00 Uhr **Podiumsdiskussion der Verbände:**
Krebsgesellschaft NRW (Dr. Schrader)
Deutsche ILCO e. V. (Erich Grohmann)
FgSKW (Werner Droste)
- 13:20 Uhr **Imbiss** im Foyer
Möglichkeit zu persönlichen Gesprächen mit den
Referenten, sowie Besuch der Infostände von
ILCO, FgSKW und der Krebsgesellschaft NRW
- 14:00 Uhr **Stomakomplikationen: Teil 2**
Vortrag Katrin Boesel zu versorgungstechnischen
Möglichkeiten
- 14:30 Uhr **Moderierte Unternehmenspräsentation**
der Hersteller von Stomaversorgungs-
materialien mit nachfolgender Produkt-
ausstellung. (Coloplast, Dansac/Hollister,
ConvaTec und For Life.
- 16:00 Uhr Geplantes Ende der Veranstaltung

In Zusammenarbeit mit

• Deutsche ILCO Region Düsseldorf-Neuss

• Deutsche ILCO Landesverband NRW e.V.
www.ilco-nrw.de

www.fgskw.org

• Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.
www.fgskw.org

renommierten Medizinerinnen zusammenarbeitet, zwei wichtige Ziele erreicht: So entwickelte der gemeinnützige Verein einen Anforderungskatalog für die Zertifizierung von ausgewiesenen Behandlungszentren. Im September 2017 konnte das Kontinenz- und Beckenbodenzentrum am Schwarzwald-Baar-Klinikum als europaweit erstes Kompetenzzentrum ausgezeichnet werden. Inzwischen haben auch das Marien Hospital in Herne und das Städtische Klinikum Lüneburg das Akkreditierungsverfahren erfolgreich durchlaufen; weitere Zertifizierungen stehen bevor.

Für eine erstattungsfähige Medikation hatte der ICA lange gekämpft. Mit der Zulassung des Wirkstoffs Natrium-Pentosanpolysulfat für die Therapie der IC durch die europäische Arzneimittelagentur (EMA) steht den Betroffenen seit Oktober 2017 erstmals ein Medikament zur Verfügung, das von den Krankenkassen bezahlt wird.

Heilbar ist die Interstitielle Zystitis nicht. Multimodale Therapien, u.a. medikamentöse Therapien, Blaseninstallatio-

nen und Schmerztherapie, können lediglich ein Fortschreiten der Erkrankung verhindern und Symptome lindern. Ursachen der IC, die mit Begleiterkrankungen wie Muskel- und Gelenkschmerzen, Migräne, depressiven Verstimmungen, Allergien, Dickdarm- und Magenproblemen einhergeht, sind nicht hinlänglich bekannt. Beschrieben wird die Erkrankung als ein Immun- und Barriere defekt im Gewebe der ableitenden Harnwege, im Besonderen der schützenden sogenannten GAG-Schicht der Harnblase, wodurch die Blasenwand vermehrt schädigenden Bestandteilen des Urins ausgesetzt ist und ein andauernder Entzündungsprozess ausgelöst werden kann. Schätzungen zufolge sind in Europa 18 von 100 000 Frauen betroffen, die Dunkelziffer gilt als sehr hoch. „Die erfolgreiche Implementierung der Leitlinie kann hier gegensteuern“, sagt DGU-Pressesprecher Prof. Wülfing.

Der Forschungsbedarf bleibt weiter hoch. „Um Therapieoptionen besser erforschen zu können, benötigen wir als nächsten Schritt einen wissenschaftli-

chen Konsens über die exakte Differenzierung der verschiedenen Ausprägungen der Erkrankung, der bei künftigen Studien eine genauere Patienten-Auswahl erlaubt“, so die ICA-Vorsitzende Bärbel Mündner-Hensen, die bereits 2013 für ihr Engagement für die IC-Forschung, Aufklärung, ärztliche Fortbildung und die IC-Selbsthilfe mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande geehrt wurde. Aktuell läuft eine klinische Medikamenten-Studie, die u.a. von DGU-Leitlinien-Koordinator Prof. Dr. med. Dr. phil. Thomas Bschiepfer geleitet wird.

Ärzte und Patienten finden auf der Homepage des ICA-Deutschland umfangreiche Informationen über die Interstitielle Zystitis: www.ica-ev.de

Weitere Informationen

DGU-Pressestelle
Bettina-C. Wahlers
Sabine M. Glimm
Tel.: 040 - 79 14 05 60
Mobil: 0170 - 48 27 28 7
E-Mail: redaktion@bettina-wahlers.de

Management und Durchführung des Intermittierenden Katheterismus (IK) bei Neurogenen Blasenfunktionsstörungen

Erarbeitet durch den Arbeitskreis Neuro-Urologie und den Arbeitskreis Pflege der
Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie (DMGP)

Leitlinie S2k der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU) AWMF-Register Nr: 043/048

Update geplant: 2019; Überarbeitung: 09/2016; Gekürzte Fassung

1. Einleitung

Der Intermittierende Katheterismus (IK) stellt seit den 60iger Jahren die Methode der Wahl zur Blasenentleerung bei neurogenen Blasenfunktionsstörungen dar [1] [2]. Es gilt festzuhalten, dass der aseptische Katheterismus auch in der Langzeitanwendung eine komplikationsarme Methode zur druck- und restharnfreien Entleerung der Harnblase für Patienten mit neurogenen Blasenfunktionsstörungen darstellt. Je nach Setting (Durchführungsort) und Anwendern werden unterschiedliche Ansprüche an die Durchführung des IK gestellt. Die bisherigen Empfehlungen basieren auf Erfahrungswerten. Mit diesem Konsensus will die interdisziplinäre, interprofessionelle Arbeitsgruppe „Intermittierender Katheterismus“ zu einer Vereinheitlichung des IK beitragen, Verunsicherungen beseitigen und den Anwendern (Fachpersonal, Betroffenen und deren betreuende Personen) eine Hilfestellung bieten. Der IK stellt niemals eine Lösung „von der Stange“, sondern immer eine individuell zu erarbeitende Therapieform für Patienten mit neurogener Blasenfunktionsstörung dar [3].

Die nachfolgenden Ausführungen gelten sowohl für den Intermittierenden Selbstkatheterismus

(ISK) als auch den Intermittierenden Fremdkatheterismus (IFK) in verschiedenen Settings (Klinik, Rehabilitation, Langzeitpflege und häuslicher Bereich). Die Indikation zum IK stellt ein Arzt aufgrund der neuro-urologischen Diagnostik und der individuellen Patientensituation.

Indikationen für den IK:

- Detrusorhypoaktivität bzw. Detrusorinkontraktilität
- durch medikamentöse (zumeist Antimuskarinika, oder auch Botulinumtoxin) oder operative Maßnahmen (z.B. Augmentation, Deafferentation) etabliertes Niederdruckreservoir bei Detrusorhyperaktivität
- chronische Harnretention/Restharnbildung
- unphysiologische Entleerung (z.B. bei Pressmiktion) mit und ohne Restharn

Materialauswahl

Die Entscheidung, mit welchem Material katheterisiert wird, trifft in Abstimmung mit dem Neuro-Urologen eine im IK erfahrene Pflegefachperson zusammen mit dem Patienten.

In diesem Dokument wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit auf die Nennung von Frau und Mann verzichtet. Da die

Anzahl der männlichen Querschnittgelähmten überwiegt, wird die männliche Bezeichnung gewählt. Selbstverständlich sind damit beide Geschlechter inbegriffen.

Die Auswahl des Materials ist abhängig von:

- Art des Katheterismus: Fremd- oder Selbstkatheterismus
- Geschlecht
- Örtlichkeit (Rollstuhl, Toilette...)
- Handling des Materials
- Handicap des Patienten
- anatomische Situation
- Materialeigenschaften (z.B. Rigidität, Typ der Katheterspitze)

2. Begriffs-Definitionen

Definitionen zur Vereinheitlichung der Begriffe

2.1 Steriler Katheterismus (sterile Bedingungen, analog OP)

- sterile Handschuhe
- sterile Ablagefläche
- steriler Einmalkatheter
- sterile Materialien (Tupfer, Pinzette, Schlitztuch etc.)
- Meatusdesinfektion
- wenn Gleitmittel verwendet wird, muss es steril sein

- Hygienische Händedesinfektion
- Mund-Nasenschutz
- Haube
- steriler Kittel

Der sterile Katheterismus findet Anwendung bei:

- Brandverletzten
- Immunsupprimierten

2.2 Aseptischer Katheterismus

- Hygienische Händedesinfektion
 - steriler Einmalkatheter
 - Meatusdesinfektion
 - wenn Gleitmittel verwendet wird, muss es steril sein
 - Einführen des Katheters in Non-Touch-Technik
 - Beim Fremdkatheterismus zusätzlich unsterile Handschuhe verwenden
- Beim Katheterismus in der urologischen Funktionsdiagnostik zur Urodynamik zusätzlich erforderlich:
- steriles Schlitztuch
 - sterile Handschuhe

Der aseptische Katheterismus findet Anwendung bei: Selbst- oder Fremdkatheterismus in der Klinik, in pflegerischen Einrichtungen oder im häuslichen Umfeld.

2.3 Hygienischer Katheterismus

- Händereinigung
- Reinigung des Meatus urethrae
- Verwendung steriler Katheter, evtl. mit sterilem Gleitmittel
- teils jedoch ohne Anwendung der Non-Touch-Technik

Anmerkung: bei dem in anderen Ländern üblichen „sauberen Katheterismus“ („clean intermittent catheterization – CIC“) werden aufbereitete, aber nicht sterile Katheter und unsterile Gleitmittel verwendet. Das ist zumindest in Deutschland laut Medizinproduktegesetz (MPG) nicht möglich und sollte daher auch begrifflich abgegrenzt werden.

Der Hygienische Katheterismus mit graduellen Abstrichen beim aseptischen Vorgehen kann als Selbstkatheterismus nur dann akzeptiert werden, wenn Patienten aufgrund funktioneller oder kognitiver Einschränkungen den Aseptischen Selbstkatheterismus nicht durchführen können oder ansonsten von Fremdhilfe abhängig würden (Fremdkatheterismus). Dieses Vorgehen kann bei Kindern zu einem möglichst

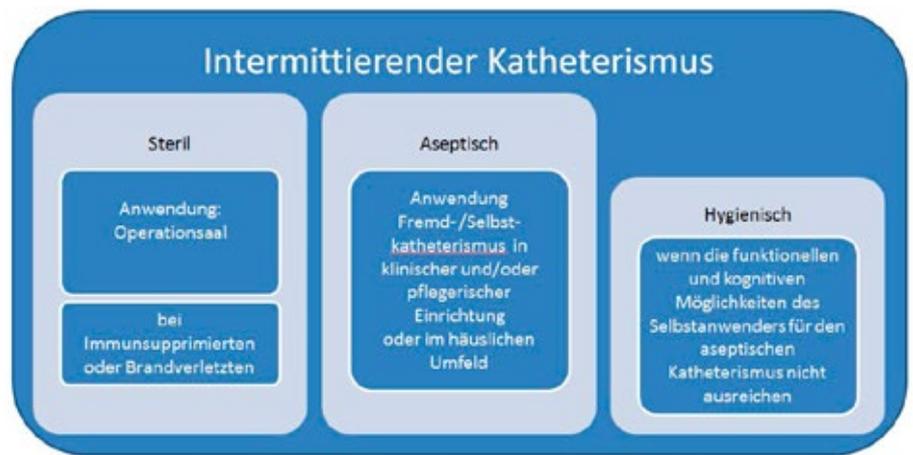


Abb. 1: Übersicht – Varianten des Intermittierenden Katheterismus

frühzeitigen Beginn des Selbstkatheterismus beitragen. Die daraus resultierenden Empfehlungen für die Anwendung des IK sind in nachfolgender Grafik dargestellt.

3. Material für den Intermittierenden Katheterismus

3.1 Katheterlänge

Die Katheterlänge variiert von 7 – 50 cm.

3.2 Katheterdurchmesser

Der Katheterdurchmesser wird in Charrière (CH oder Charr.) angegeben. Die Katheter sind international farblich kodiert.

- Der Standarddurchmesser für Erwachsene beträgt Charr. 12–14. Bei Veränderungen der Harnröhre oder bei Hypersensibilität können jedoch auch andere Größen erforderlich werden.
- Der Katheterdurchmesser bei Kindern richtet sich nach dem Alter und der Körpergröße und wird individuell ausgewählt und der Entwicklung angepasst.

3.3 Katheterspitze

- Nelaton-Spitze
Katheter mit gerader abgerundeter Spitze

Kathetergröße in Charrière (1–1/3 mm)	6	8	10	12	14	16	18	20
Farbe	Orange	Blau	Schwarz	Grün	Rot	Blau	Rot	Grün
Katheteraußendurchmesser in mm	2,2	2,7	3,3	4	4,7	5,3	6	6,7

Abb. 2: Übersicht Farbcodierung Katheter (in Österreich Charr.6 = Grün)

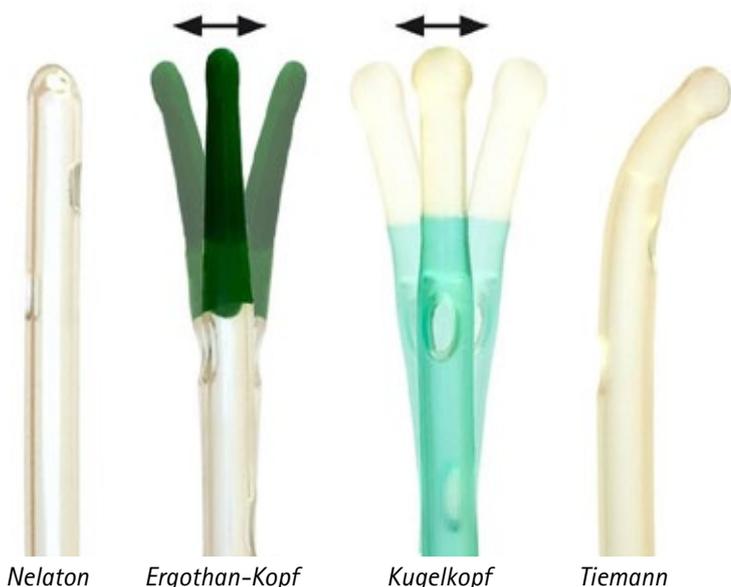


Abb. 3: Übersicht Katheterspitzen

- Ergothan-Kopf
Katheter mit flexibler, konisch verjüngter Spitze.
- Kugelkopf
Katheter mit einer Kugelkopfspitze.
- Tiemann-Spitze
Katheter mit leicht gebogener Spitze. Die Spitze zeigt beim Einführen nach oben.

Nichtbeschichtete Einmalkatheter, insbesondere Produkte mit ausgestanzten scharfkantigen Katheter-Augen und/oder hochgezogenen Spitzen, sind wegen ihres hohen Traumatisierungspotentials nicht geeignet für Patienten, die sich dauerhaft mehrmals täglich katheterisieren müssen. Die Gleiteigenschaften solcher Katheter wurden nicht ausreichend untersucht und mit dem erforderlichen Gleitmittel abgestimmt.

Empfehlung zum Einsatz der Katheterspitzen

Problem	Katheterspitze
Problemloser IK	Nelaton-Spitze
Spastischer Beckenboden	Ergothan-Kopf Kugelkopf
Urethrale Passagestörung, Prostata-Obstruktion	Tiemann-Spitze Kugelkopf, Ergothan-Kopf

3.4 Kathetergruppen

Generell kann man zwei Gruppen von Kathetern unterscheiden (siehe nachfolgende Grafik):

- nicht beschichtete Einmalkatheter
- beschichtete Einmalkatheter

Beide sind mit und ohne integriertem Urinauffangbeutel erhältlich.

Besondere Merkmale der Katheter für die Daueranwendung sind eine atraumatische Spitze, abgerundete Katheter-Augen ohne scharfe Kanten und eine Oberfläche, die zusammen mit den speziellen Gleitsubstanzen ein Optimum an Gleitfähigkeit besitzt.

Es stehen unter anderen folgende Gleitmittel zur Verfügung:

- Instillagel® (Chlorhexidin und Lidocain), nicht verschreibungs-, aber apothekenpflichtig
- Endosgel® (Chlorhexidin), frei verkäuflich
- Cathejell® (wirkstofffrei oder mit Chlorhexidin oder mit Chlorhexidin und Lidocain), apothekenpflichtig
- Lubricano® (wirkstofffrei), frei verkäuflich

- Zur Langzeitanwendung bei Patienten mit neurogener Blasenfunktionsstörung sollten ausschließlich Katheter aus der Gruppe der beschichteten

Einmalkatheter gewählt werden oder solche, deren Gleiteigenschaften untersucht worden sind.

- Die Verwendung von Kathetern mit integriertem Urinauffangbeutel sollte nicht nur auf mobile Patienten beschränkt werden, da diese Katheter auch bei Patienten mit funktionellen (z.B. Tetraplegiker) oder kognitiven Einschränkungen das selbständige Katheterisieren aufgrund des erleichterten Handlings überhaupt erst ermöglichen können.

4. Katheterisierungsfrequenz

- Laut einer Datenerhebung bei Querschnittgelähmten in Deutschland [4] lag die tägliche Katheterisierungsfrequenz zwischen 2 und 10. Am Häufigsten wurden 6 Katheter pro 24 h benötigt.
- Die Blasenfüllung sollte bei Erwachsenen 500 ml pro Katheterisierung nicht überschreiten.
- Die tägliche Ausscheidungsmenge sollte 1500 ml bis 2000 ml betragen.
- Bei Urinmengen pro Katheterisierung kleiner 100 ml und größer 500 ml sollte das Harnblasenentleerungsregime überprüft werden (siehe Abb.5).
- Zur individuellen Einstellung der Katheterisierungsfrequenz, der Urinmenge und der Katheterisierungszeiten ist ein Miktions- (Katheter-) Trinkprotokoll notwendig.
- Gegebenenfalls sollte auf einen möglichen Zusammenhang zwischen Veränderungen der Körperlage und vermehrter Harnproduktion (z.B. im Liegen – orthostatische Reaktion) hingewiesen werden.

- Die Katheterauswahl und die Katheterisierungsfrequenz können von Patient zu Patient aufgrund von medizinischer Situation und persönlichem Lebensumstand variieren.

- Jeder 4. Patient benötigt neben dem Kathetermaterial aufsaugende (Vorlagen und Pants) oder ableitende Kontinenzhilfsmittel (Kondomurinale, Bein- und Bettbeutel) [4].

- Eine Limitierung des Kathetermaterials oder der Katheterisierungsfrequenz aus ökonomischen Gründen ist nicht zu vertreten, da die Konsequenzen medizinisch nicht zu rechtfertigen sind [5].

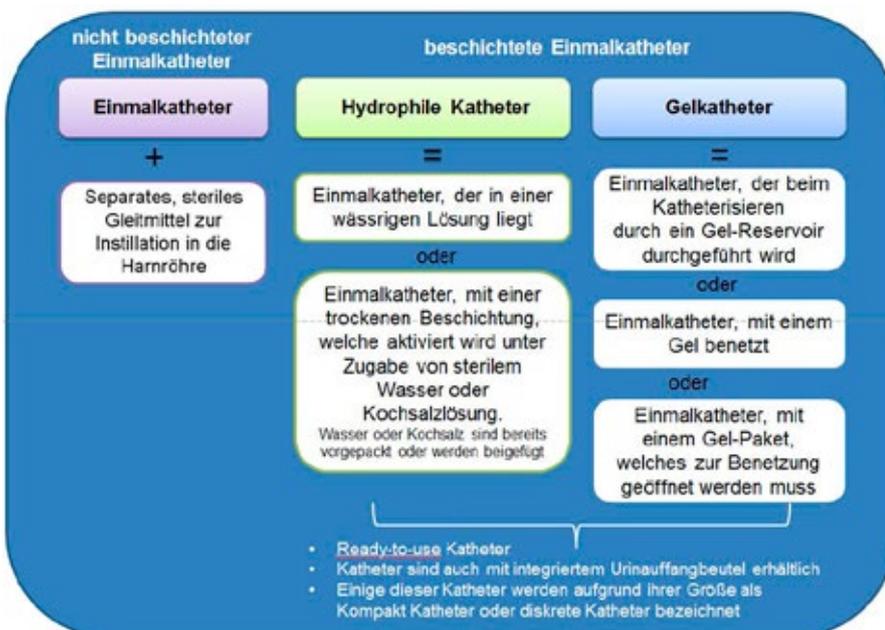


Abb. 4: Einteilung der Einmalkatheter

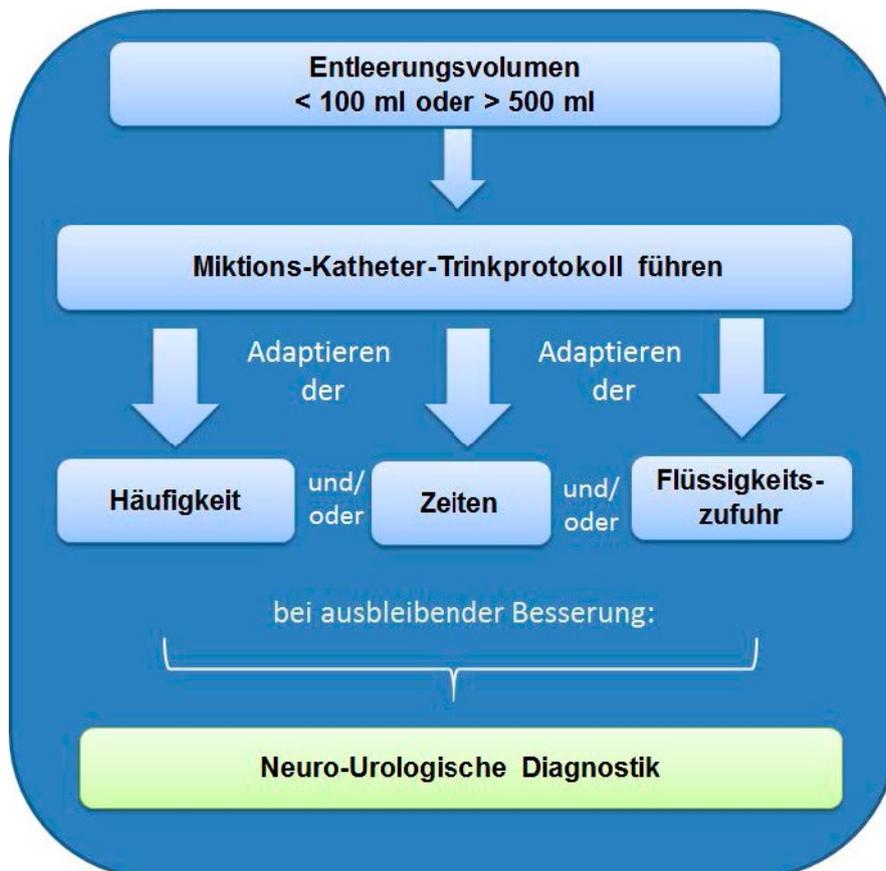


Abb. 5 : Harnblasenentleerungsregime bei zu geringem oder zu hohem Entleerungsvolumen

5. Durchführung des intermittierenden Katheterismus

5.1 Desinfektion

5.1.1 Händedesinfektion

Die hygienische Händedesinfektion wird für den Sterilen und Aseptischen Katheterismus im Rahmen der Infektionsprävention als obligatorisch angesehen [6].

Eine Händereinigung unmittelbar vor dem IK, die vielerorts als ausreichend propagiert wird, ist für den Rollstuhlfahrer in vielen Situationen nicht möglich. Eine Händedesinfektion kann dagegen auch in folgenden Situationen durchgeführt werden:

- wenn der Rollstuhlfahrer nach dem Händewaschen vom Waschbecken zur Toilette rollt,
- sich zum Erreichen der richtigen Sitzposition auf den Rädern abstützt,
- der IK aufgrund unerreichbarer Toiletten in Nischen durchgeführt wird.

5.1.2 Desinfektion des Meatus urethrae

5.1.2.1 Desinfektionsmittel und desinfizierende Reinigungsmittel

Es werden sog. Schleimhaut-Desinfektionsmittel und desinfizierende Reinigungsmittel unterschieden [7].

A) Desinfektionsmittel

a) Octenidin (Octenisept®), Octenidindihydrochlorid, Phenoxyethanol, farblos; zugelassenes Schleimhautdesinfektionsmittel; Sprüh- und Wischdesinfektion möglich. Octenidin wird als Mittel der ersten Wahl eingesetzt. Es kann erfahrungsgemäß zeitlich unbegrenzt benutzt werden, wenn keine lokale Hautreaktion eintritt (obwohl es laut Fachinformation „ohne ärztliche Kontrolle nicht länger als 2 Wochen eingesetzt werden“ sollte). Ein routinemäßiger Wechsel des Desinfektionsmittels ist daher nicht erforderlich.

b) PVP-Iod-Lösung (Betaisodona®, Braunol®) Zugelassenes Schleimhautdesinfektionsmittel; wird eingesetzt, wenn eine Unverträglichkeit von Octenisept® vorliegt. Wisch- und Sprühdesinfektion möglich.

Vorteile: sehr rascher Wirkeintritt, breites Wirkspektrum, gute Gewebeerträglichkeit

Nachteile: Wäscheverfärbung möglich
Der Einsatz sollte aus folgenden Gründen begrenzt werden:

- Entwicklung allergischer Reaktion auf Iod
- „Eiweißfehler“ (Iod-Inaktivierung durch Eiweiß, z. B. Blut, Eiter, Exsudat)
- Resorptionsproblematik, Einfluss auf Schilddrüsenfunktion, daraus abgeleitet: keine Anwendung bei Schwangeren, Stillenden, bestehender Hyperthyreose etc.

c) Skinsept® Mucosa (Chlorhexidingluconat, Ethanol, Wasserstoffperoxid, farblos), zugelassenes Schleimhautdesinfektionsmittel.

Grundsätzlich ist ein Ethanol-H₂O₂-Chlorhexidin-Gemisch wegen Lücken im Wirkspektrum erheblich problematischer als eine PVP-Iod-Lösung.

Skinsept® Mucosa sollte nur eingesetzt werden, wenn die Wirkstoffe Octenidin und PVP-Iod-Lösung nicht vertragen werden und keine Unverträglichkeit gegenüber Skinsept® Mucosa besteht. Skinsept® Mucosa kann nur als Wischdesinfektion angewendet werden, da dieses Desinfektionsmittel nicht in Sprühflasche erhältlich ist und das Umfüllen laut Medizinproduktegesetz nicht erlaubt ist.

B) Desinfizierende Reinigungsmittel

d) Polihexanid (Prontosan® Wound Spray)

Prontosan® Wound Spray (Polihexanid, farblos) ist „zur Reinigung von Eintrittspforten für z.B. transurethrale Katheter“ (Fachinformation) zugelassen und ist ein Medizinprodukt. Es ist jedoch kein zugelassenes Schleimhautdesinfektionsmittel. Es kann zur Reinigung des Harnröhreneingangs verwendet werden, wenn die oben angeführten Präparate (a-c) in Frage kommen. Sprüh-Wisch-Anwendung möglich.

e) Decontaman liquid® basiert ebenfalls auf Polihexanid und ist eine antimikrobielle Reinigungslösung für die Haut und die Schleimhaut und kein Medizinprodukt und kein zugelassenes Schleimhautdesinfektionsmittel (das Gleiche gilt für Prontosan C®). Es wirkt keimreduzierend gegen Bakterien inkl. MRSA/ORSA/VRE. Es kann zur Reinigung des Harnröhreneingangs verwendet werden, wenn keines der oben angeführten Präparate (a-c) in Frage kommt.

Zur Entfernung der Desinfektionsmittelrückstände kann klares Wasser verwendet werden.

5.1.2.2 Einwirkzeit

Die Einwirkzeit für die Desinfektionsmittel und desinfizierende Reinigungslösungen richtet sich nach den Herstellerangaben.

Mindest-Einwirkzeit laut Herstellerangaben (Stand 2013):

- Octenisept® – mindestens 1-2 min
- PVP-Iod-Lösung (z.B. Braunol®) – mindestens 1 min
- Skinsept® Mucosa – mindestens 1 min
- Prontosan® Wound Spray – keine Angaben
- Decontaman liquid® – 30 sec (MRSA) bzw. 1 min (VRE)

Haltbarkeit des geöffneten Gebindes: Octenisept® – 3 Jahre; PVP (Braunol®) – 3 Jahre (bis 250ml), 5 Jahre (> 250 ml); Skinsept® Mucosa – 8 Wochen(!); Prontosan® Wound Spray – 1 Jahr; Decontaman® liquid – 1 Jahr

5.1.2.3 Durchführung der Desinfektion

Die derzeit angewendeten Methoden:

- Wischdesinfektion: Wischen, Verwendung von getränkten sterilen Tupfern/Kompressen
 - Frauen mindestens 3 separate Tupfer für die großen Labien, kleine Labien und Urethra-Eingang, Wischrichtung beachten (von Symphyse zum Anus)
 - Männer: mindestens 2 Tupfer für Glans und Meatus urethrae (möglichst spreizen)
- Sprühdesinfektion: 2 Sprühstöße – einwirken lassen
- Sprüh-Wischdesinfektion: „sprühen-wischen-sprühen-einwirken“ – 1 Tupfer ausreichend

- Die Arbeitsgruppe „Intermittierender Katheterismus“ empfiehlt aufgrund einer Konsensusentscheidung die Desinfektion des Meatus urethrae im Rahmen des aseptischen IK (auch wenn hierfür keine studienbasierte Evidenz existiert).
- Desinfektion mit Octenisept®, PVP-Iod-Lösungen oder Skinsept® Mucosa als zugelassene Schleimhaut-Desinfektionsmittel, bei Desinfektions-

mittelunverträglichkeit alternativ desinfizierende Reinigungsmittel wie Prontosan® Wound Spray oder Decontaman® liquid.

- Als Desinfektionsmethode wird die Sprüh-Wischdesinfektion empfohlen.
- Wichtig ist die Einhaltung der Einwirkzeit (gemäß Herstellerangaben).

5.2 Wichtige Aspekte zur Durchführung des Intermittierenden Katheterismus

Die Durchführung des Intermittierenden Katheterismus richtet sich u.a. nach den Spezifika des verwendeten Katheters oder Kathetersystems. Hierzu geben die Firmen detaillierte Angaben zu den jeweiligen Produkten.

Prinzipiell gilt: Der Katheter muss ohne Gewalt eingeführt werden!

Aspekte, die unabhängig vom gewählten Material beim IK zum Tragen kommen:

- Entfernung/Kürzung der Schamhaare bei Bedarf
- Katheterisieren ist stehend, sitzend und liegend möglich. Im Sitzen kann es hilfreich sein, im Stuhl nach vorn zu rutschen um eine Beckenkipfung zu erreichen
- Mann:
 - Vorhaut zurückziehen
 - eine Streckung des Penis ist für das Einschieben des Katheters und zur Vermeidung von Harnröhren-Verletzungen notwendig
- Frau:
 - Labien spreizen
 - bei Bedarf Spiegel und Beinspreizer verwenden

- langsames Einführen des Katheters bis Urin läuft – dann den Katheter noch ca. 1 cm weiterschieben
- warten bis der Urinfluss stoppt – Katheter dann in kleinen Etappen langsam zurückziehen
- ISK bei unzureichender Handfunktion: Hilfsmittel mit einbeziehen (Einführungshilfen, Penisstütze usw.), die den ISK – u.U. mit graduellen Abstrichen an der aseptischen Technik – ermöglichen
- ev. Anpassung der häuslichen Situation (z.B. Toilettensitzerhöhung, Haltegriffe, Ablagemöglichkeiten)

Medikamenteninstillation bei IK
Wenn nach dem IK Medikamente in die Blase instilliert werden (z.B. Oxybutynin®), muss der Katheter-Konus steril bleiben. Dies wird erreicht, indem ein steriler Urinbeutel zum Ablassen des Urins an den Katheter angeschlossen wird oder ein Katheter mit integriertem Urinauffangbeutel (der vor der Instillation entfernt wird) zur Anwendung kommt.

6. Management von Komplikationen beim IK

- Beim Auftreten von Komplikationen ist immer eine ärztliche Vorstellung notwendig.
- Die regelmäßigen neuro-urologischen Kontrolluntersuchungen (in risikoadaptierten Intervallen) einschließlich der Evaluierung des IK tragen zur Erkennung und Vermeidung von Komplikationen im Langzeitverlauf bei.

6.1 Mögliche Komplikationen und deren Management

Mögliche Komplikationen	Mögliche Vorgehensweisen
Hautveränderungen (am Meatus urethrae)	<ul style="list-style-type: none"> - Wechsel des Desinfektionsmittels - Kontrolle der Hautreinigungsmittel und deren Zusätze - Entfernen von Desinfektionsmittelresten/Gleitmittel mit Wasser - evtl. dermatologische Vorstellung
Probleme beim Einführen des Katheters	<ul style="list-style-type: none"> - Handling überprüfen - Wechsel des Katheters (Spitze, Beschichtung etc.) - bei Frauen alternativ Tiemann-Spitze verwenden - ggf. Urethrabougierung - ggf. Röntgen-Diagnostik der Harnröhre oder Zystoskopie

Beckenboden-Spastik/ spastischer Sphinkter	<ul style="list-style-type: none"> - für Entspannung sorgen (Atemtechnik, Hustenstoß) - Lagerung (z.B. Froschlagerung) - evtl. Adaption der Katheterauswahl und Katheterspitze - meist hilft Abwarten, bis sich die Spastik löst
Schmerzen	<ul style="list-style-type: none"> - Handling überprüfen - Urindiagnostik - gegebenenfalls Wechsel der Katheter-Art, der Spitze, der Beschichtung - evtl. Benutzen von anästhesierendem Gleitmittel (z.B. Instillagel®) - psychische Aspekte berücksichtigen
Inkontinenz	<ul style="list-style-type: none"> - Urindiagnostik - Überprüfen von Katheterisierungszeiten und jeweiliger Füllmenge der Harnblase - Miktions-Trinkprotokoll führen (s. Pkt. 4) - passagere Versorgung mit aufsaugenden oder ableitenden Hilfsmitteln - Blasenfunktionsdiagnostik
Veränderung von Aussehen und Geruch des Urins	<ul style="list-style-type: none"> - Urindiagnostik - Überprüfen der täglichen Trinkmenge - an mögliche Ernährungsfaktoren und Medikamente denken

6.2 Autonome Dysreflexie

Eine Aktivierung des sympathischen Nervensystems kann bei Schädigung des Rückenmarks oberhalb des 6. thorakalen Rückenmarksegmentes (zum Teil auch bis zum 9.) zu lebensbedrohlichen Komplikationen infolge einer Autonomen Dysreflexie führen. Es kann zu schweren Bluthochdruckkrisen und bradykarden Herzrhythmusstörungen kommen.

Klinische Zeichen einer Autonomen Dysreflexie:

- klopfende Kopfschmerzen
- starkes Schwitzen und gerötete, überwärmte Haut speziell im Gesicht (Flush), im Nacken und an den Schultern (oberhalb des Lähmungsniveaus)
- Gänsehaut, „aufgestellte Haare“
- Angst und Zittern
- verschwommenes Sehen, Schleier vor den Augen
- verstopfte Nase
- Enge-Gefühl in der Brust, Arrhythmie und Atembeschwerden

Wichtig:

- Der häufigste Auslöser einer Autonomen Dysreflexie ist die Dehnung von Blase (oder Darm).
- Jede Manipulation am unteren

Harntrakt wie z.B. die Beckenboden-Passage des Katheters beim IK kann eine Autonome Dysreflexie auslösen.

- Wichtigste Maßnahme ist die Beseitigung der Ursache: Blase (bzw. Darm) entleeren und dann evtl. nach weiteren Ursachen suchen.
- Blutdruckkontrolle und evtl. Blutdrucksenkung nach ärztlicher Anordnung.

6.3 Harnwegsinfektionen

Harnwegsinfektionen (HWI) stellen die häufigsten Komplikationen im Rahmen des Intermittierenden Katheterismus dar.

Unsere Empfehlungen und die unten angeführten Definitionen orientieren sich am „Manual zur neuro-urologischen Diagnostik und Therapie Querschnittgelähmter“ des Arbeitskreises Neuro-Urologie der DMGP (2014) [8].

Besonderheiten von HWI bei Neurogenen Blasenfunktionsstörungen (NBFS)

- Jeder HWI bei NBFS ist ein „komplizierter Harnwegsinfekt“ [9].
- Harnwegsinfekte bei NBFS sind gekennzeichnet durch klinische Symptome und / oder paraklinische Befunde (Leukozyturie, Bakteriurie,

positive Urinkultur) [10].

- HWI kann Zeichen einer nicht ausreichend behandelten neurogenen Blasenfunktionsstörung sein.
- Bei nicht neurogenen Harnblasenfunktionsstörungen sind andere Definitionen gebräuchlich.
- Vor Beginn einer antibiotischen Therapie sollte eine Urinkultur mit Resistenzprüfung erfolgen.
- Ca. 3-5 Tage nach Beenden einer antibiotischen Therapie (cave Hemmstoffe) sollte eine Urinkultur zur Überprüfung des Therapieerfolges angelegt werden.
- Wichtig: Unterscheidung zwischen „asymptomatischer Bakteriurie“, „asymptomatischem HWI“, „symptomatischem HWI“.
- Für Patienten mit intermittierendem Katheterismus trifft die Definition eines katheterassozierten Harnwegsinfektes (Infektion bei liegendem Dauerkatheter) nicht zu.

7. Anhang

7.1 Rechtliche Situation

Die Durchführung des Katheterismus ist (in Deutschland) nach der gegenwärtigen Rechtsauffassung eine ärztliche Tätigkeit, die an dreijährig ausgebildete, examinierte Pflegekräfte delegationsfähig ist. Die Handhabung dieser Delegation obliegt den Einrichtungen selbst, dazu kann daher keine allgemeingültige Aussage getroffen werden [22] [23]. Einzige Voraussetzung für die Durchführung des IK ist eine gute Einweisung in den Katheterismus. Selbstverständlich können auch Angehörige den IK bei Betroffenen durchführen. Sie werden dann individuell in den Katheterismus des einzelnen Betroffenen eingewiesen.

7.2 Anleitung zum Intermittierenden Katheterismus

Für den IK stehen eine Vielzahl an verschiedenen Kathetern und Systemen zur Verfügung. Über die erforderliche Beschaffenheit der Systeme wurde in vorherigen Kapiteln bereits ausführlich Stellung genommen.

Die Kathetersysteme unterscheiden sich in der Handhabung zum Teil erheblich. Die Auswahl des geeigneten Katheters muss individuell auf die motorischen und kognitiven Ressourcen der betroffenen Patienten abgestimmt werden [24].

Im Verlauf der Schulung sollte der Alltag soweit möglich nachgestellt werden, z.B. der Katheterismus auf dem WC oder im Rollstuhl. Die Materialauswahl sollte darauf abgestimmt werden. Es kann erforderlich sein, für verschiedene Situationen unterschiedliche Systeme zu verwenden, z. B. Katheter mit und ohne (integrierten) Beutel.

Man sollte das Training mit einem System beginnen, mit dem erfahrungsgemäß viele Patienten katheterisieren können. Im Verlauf sollte dann die Möglichkeit bestehen, andere Systeme auszuprobieren. Eine Auswahl an verschiedenen Systemen sollte überall dort vorgehalten werden, wo Patienten den Intermittierenden Katheterismus erlernen. Ist eine Bevorratung mit verschiedenen Produkten nicht möglich oder sinnvoll, sollten zumindest Ansichtsmuster zur Verfügung stehen, die dann bei Bedarf zur individuellen Erprobung bestellt werden sollten.

Des Weiteren sollten auch Muster von Hilfsmitteln oder Materialien zur Anwendungserleichterung (z.B. Spiegel, Penisstütze) für den Patienten bereitgestellt werden:

- evtl. Erprobung von Hilfsmitteln bei eingeschränkter Handfunktion durch Ergotherapeuten
- evtl. Unterstützung durch Physiotherapeuten – im Hinblick auf Sitzposition, Transfer etc. Darüber hinaus ist es hilfreich, wenn zur Schulung anatomische Tafeln und/oder Demonstrationsmodelle Anwendung finden.

Anforderungen an die mit der Schulung beauftragte Person

Außer dem Fachwissen über die Blasenentleerungsstörung und den Katheterismus sind pädagogische Fähigkeiten unerlässliche Voraussetzungen für einen nachhaltigen Schulungserfolg. Die mit der Schulung beauftragte Person sollte die gängigen Kathetermaterialien und Hilfsmittel kennen, um die bei der Schulung festgestellten funktionalen Defizite des Patienten ausgleichen zu können.

7.3 Verordnungsfähigkeit und Kostenübernahme des Kathetermaterials (Deutschland)

Darstellung der allgemeinen Situation der Verordnungsmöglichkeit in Deutsch-

land und der damit ggf. verbundenen Einschränkungen der Versorgung der Patienten.

7.3.1 Einschränkung der Materialien zum IK durch die Krankenkassen

Versuche von Krankenkassen, die Anzahl der Katheter einzuschränken (z.B. durch Verweis auf sogenannte Produkt-Richtmengen, Verbrauchsrichtwerte, Mengenangaben für Standardversorgung) und/oder die Art des Katheters vorzuschreiben, sind grundsätzlich abzulehnen. Hierzu wird auf die „Stellungnahme des Arbeitskreises Neuro-Urologie der DMGP zu Bestrebungen einiger Krankenkassen in Deutschland, urologische Hilfsmittel für Patienten mit neurogenen Harnblasenfunktionsstörungen über „Versorgungspauschalen“ abzurechnen und den intermittierenden Einmalkatheterismus auf eine Dauerkatheterbehandlung umzustellen“ verwiesen [5].

7.3.2 Budgetrelevanz

Man unterscheidet im ambulanten Bereich bei der Verordnung folgende Gruppen mit unterschiedlicher Budgetrelevanz.

Material	Budgetrelevanz
Verbandsstoffe (Tupfer; Kompressen)	budgetrelevant
Desinfektionsmittel (u.a. Octenisept®, Braunol®, Skinsept® Mucosa)	budgetrelevant
Arzneimittel (Instillagel®, Endosgel®)	budgetrelevant
Hilfsmittel (Katheter, Bettbeutel, Beinbeutel, Pants, Vorlagen)	nicht budgetrelevant
Pflegehilfsmittel (nur mit Pflegestufe), unsterile Handschuhe, Händedesinfektionsmittel, Bettschutzeinlagen	nicht budgetrelevant

7.3.3 Erstattung der Desinfektionsmittel/desinfizierende Reinigungsmittel durch die Kostenträger

- In Deutschland können zugelassene Schleimhautdesinfektionsmittel (siehe 5.1.2.1) durch die Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) erstattet werden. Dies ergibt sich aus der sogenannten „OTC Ausnahmeliste“.
- Antimikrobielle Reinigungsmittel wie Prontosan Wound Spray® oder Decontaman liquid® werden von der GKV nicht erstattet. Bei Unverträglichkeit der zugelassenen Schleimhautdesinfektionsmittel ist ein Sonderantrag zur Erstattung durch die

GKV im Einzelfall möglich.

- Bei der Berufsgenossenschaftlichen Unfallversicherung (BG) werden erfahrungsgemäß alle Präparate bezahlt.
- Bei Privaten Krankenversicherungen richtet sich die Erstattung nach dem individuellen Vertrag des Versicherten.
- In Österreich und der Schweiz erfolgt die Erstattung durch die Kostenträger nach anderen Kriterien.

7.3.4 Situation niedergelassener Vertragsärzte

Katheter sind „Hilfsmittel“ und als solche weder budget- noch richtgrößenrelevant. Da jedoch ansonsten alle Verordnungen (außer Hilfsmittel und Pflegehilfsmittel) in das vorgegebene ärztliche Budget fallen, wird im niedergelassenen Bereich häufig über die Verordnung von Desinfektionsmittel diskutiert! Die Verordnung wird nicht selten mit dem Verweis abgelehnt, Desinfektionsmittel seien „nicht-verschreibungspflichtig“ und somit nicht verordnungs- bzw. erstattungsfähig. Das ist nicht richtig! Wir verweisen an dieser Stelle auf die sogenannte OTC (over the counter)-Ausnahmeliste. Es handelt sich hier um eine Liste der ausnahmsweise

verordnungsfähigen und somit erstattungsfähigen Arzneimittel bei bestimmten Indikationen [25].

OTC-Ausnahmeliste 2016:

„Schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung sind: 8. Antiseptika und Gleitmittel nur für Patienten mit Katheterisierung.“

Das heißt, normalerweise müssten Desinfektionsmittel komplett vom Betroffenen selbst getragen werden. Wenn aber eine Indikation zum Intermittierenden Katheterisieren gegeben ist, kann ein entsprechendes Rezept ausgestellt werden. Die Kosten werden



Care Abteilung

Frau Christina Mayer
Geschäftsleitung
Schneider & Piecha GmbH
Spremlinger Landstraße 9-11
D-63069 Offenbach am Main
christina.mayer@schneider-piecha.de
www.schneider-piecha.de

Zur Erweiterung unseres motivierten Teams suchen wir für sofort oder später:

Pflege Experte (in)
Wundtherapeut (in)
Gesundheit- und Krankenpfleger (in)
Altenpfleger (in)
Arzthelfer (in)

Es erwarten Sie beste Konditionen, motiviertes Team, gute Arbeitsbedingungen, geregelte Arbeitszeit (kein Nacht-Spät-Wochenenddienst). 40 Stunden Woche, Dienstwagen, betriebl. AV, Hilfe bei der Wohnungssuche.

Wir erwarten

- Fachliche Kompetenz
- Freude bei der Arbeit mit Menschen
- Teamfähigkeit
- Dienstleistungsorientiert

Wir freuen uns auf ihre aussagekräftige Bewerbung mit Bild per Mail oder Postweg.

dann von der Krankenkasse übernommen. Eine Ablehnung der Verordnung unter Verweis auf das Budget ist bei nachgewiesener Notwendigkeit daher grundsätzlich nicht akzeptabel (teure Arzneimittel fallen auch ins Budget und werden trotzdem verordnet!). Das Gleiche gilt für Gleitmittel.

Probleme bei der adäquaten Versorgung bereiten Regressandrohungen, zeit- aufwändige Bürokratie und vor allem der strenge Budgetrahmen der niedergelassenen Ärzte, der sich nicht an medizinischen individuellen Gegebenheiten der Patienten ausrichtet, sondern an einem verhandelten Wert. Bei drohender Überschreitung einer "arztgruppenspezifischen fallbezogenen Richtgröße" kann der niedergelassene Vertragsarzt eine sog. „Praxisbesonderheit“ beantragen. Eine solche Praxisbesonderheit kann beantragt werden, wenn in einer Praxis mehrere „kostenintensive Patienten“ betreut werden. Unter Umständen muss an eine Praxis verwiesen werden, die über das Merkmal der Praxisbesonderheit verfügt.

7.4 Verordnungsfähigkeit und Kostenübernahme des Kathetermaterials (Schweiz)

Krankenkasse Grundversicherung und Zusatzversicherung

Im ambulanten Bereich regelt die Liste der Mittel und Gegenstände, kurz „MiGeL“, eine Positiv-Liste, was von der Kasse bei nachgewiesener Indikation via Krankengrundversicherung vergütet werden muss. Diese Liste enthält

- die sterilen Einmalkatheter. Bei erhöhter Infektionsgefahr dürfen auch

Ready-to-use-Katheter (Katheter, die bereits in sterile Kochsalzlösung oder in Gel eingebettet sind) angewendet werden.

- Separates Gleitmittel bei unbeschichteten Kathetern

Finanzierung Schleimhautdesinfektionsmittel

- Die Schleimhautdesinfektionsmittel sind nicht in der MiGeL, aber auch nicht in der Spezialitätenliste, welche pharmazeutische Produkte und deren Vergütungssystem via Grundversicherung regelt, enthalten. Einige Krankenkassen übernehmen als Leistung in der Zusatzversicherung die Kosten für die Schleimhautdesinfektionsmittel. Kompressen und Rundtupfer, sofern steril, werden ebenfalls übernommen.

Unfallversicherung

Die Unfallversicherungen lehnen sich an die Vergütung der MiGeL an.

7.5 Verordnungsfähigkeit und Kostenübernahme des Kathetermaterials (Österreich)

Die Erstattungsfähigkeit der Kathetermaterialien und Hilfsmittel wird über die „Tarifliste Heilbehelfe und Hilfsmittel“ geregelt.

8. Autoren

- Böthig Ralf, Dr. med., Hamburg, Facharzt für Chirurgie und Urologie^{1,2}
- Geng Veronika, Lobbach, Pflegewissenschaftlerin, Krankenschwester, Hygienefachkraft³
- Kurze Ines, Dr. med., Bad Berka, Fachärztin für Urologie^{1,2}

Arbeitsgruppe

- Erdmann Monika, Karlsbad-Langensteinbach, Gesundheits- und Krankenpflegerin³
- König Maike, Bad Berka, Urotherapeutin
- Löhr Tanja, Bonn-Godeshöhe, Gesundheits- und Krankenpflegerin³
- Marx Ulf, Herdecke, Gesundheits- und Krankenpfleger³
- Müller Birgit, Halle/S., Gesundheits- und Krankenpflegerin³
- Pohlmann Klaus, Bad Wildungen, Gesundheits- und Krankenpfleger³
- Schwermann Sabine, Frankfurt/M., Gesundheits- und Krankenpflegerin³
- Wenig Peter, Hamburg, Gesundheits- und Krankenpfleger³
- Zscheile Stefanie, Halle/S., Gesundheits- und Krankenpflegerin³

¹ Deutsche Gesellschaft für Urologie

² Arbeitskreis Neuro-Urologie der Deutschsprachigen Medizinischen Gesellschaft für Paraplegie

³ Arbeitskreis Pflege der DMGP

Korrespondenz

Dr. med. Ralf Böthig
Leitender Arzt
Abt. Neuro-Urologie,
Querschnittgelähmtenzentrum
BG-Klinikum Hamburg
Bergedorfer Str. 10
21033 Hamburg
Tel.: 040/73062608
E-Mail: r.boethig@bgk-hamburg.de

Die Arbeitsgruppe bedankt sich bei den Mitgliedern der Arbeitskreise Pflege und Neuro-Urologie der DMGP für die konstruktive Mitarbeit.

One face to the customer

Das Case Management für colorektale PatientInnen im Rahmen von Advanced Nursing Practice im Darmkrebszentrum des Josephs-Hospitals Warendorf/Deutschland

Kurzfassung

Hintergrund: in dem zertifizierten Darmkrebszentrum des Josephs-Hospitals in Warendorf erfolgt die Behandlung von Menschen mit einem Rektumkarzinom nach einem evidenzbasierten Behandlungspfad. Zu Beginn wird in einem zweitägigen Krankenhausaufenthaltes eine Bestimmung des Ausmaßes der Erkrankung vorgenommen (Staging). Im klinischen Alltag sind in dieser Phase immer wieder Probleme an den Schnittstellen zwischen den beteiligten Berufsgruppen und/oder Abteilungen zu beobachten. Diese Probleme rufen bei Patientinnen und Patienten sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern oftmals eine Unzufriedenheit hervor. Ferner können sie zu einer Reduzierung der Struktur-, Ergebnis-, und Prozessqualität hinsichtlich der Behandlung im Darmkrebszentrum beitragen.

Ziel: Im Zuge einer Prozessoptimierung sollen die Schnittstellenprobleme in der klinischen Praxis in der Organisation des Darmkrebszentrums des Josephs-Hospitals Warendorf reduziert werden. Hierzu dient ein modellierter Soll-Teilprozess, der die Planung und Durchführung des Stagings bei Patientinnen und Patienten betrifft die an einem Rektumkarzinom erkrankt sind. Dieser Teilprozess wird in das Handlungskonzept des Case Managements im Sinne einer Fallsteuerung implementiert. Die Stabsstelle der bzw. des Advanced Practice Nurse mit dem Schwerpunkt Stoma- und Kontinenzberatung wird in das Konzept integriert. Diese Maßnahmen sollen zu einer Optimierung der Ergebnis-, Struktur- und

Prozessqualität beitragen und dabei die individuellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigen.

Methode: Zur Anwendung bei dieser Praxisforschung kam das Modell nach Moser. Die Datenerhebungen von insgesamt vier Fällen ($n = 4$) erfolgten durch eine Methoden- und Datentriangulation. Erhoben wurden quantitative Daten zum zeitlichen Umfang des Stagings, zur Dokumentation und Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen. Die Qualitätsindikatoren Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte, der Pflegefachpersonen sowie der Patientinnen und Patienten mit der Koordination der Abläufe, Zufriedenheit mit der Kommunikation hinsichtlich der behandlungspfadrelevanten Aktivitäten und Ereignisse sowie der Kooperation zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal, wurden als qualitative Daten vor und nach der projekthaften Einführung des Case Managements erhoben und analysiert, sowie ein Ist- und Soll-Prozess modelliert.

Ergebnisse: Es gibt Hinweise auf positive Veränderungen hinsichtlich der Schnittstellenprobleme in den oben genannten Dimensionen nach der Einführung des fallgesteuerten, standardisierten Soll-Teilprozesses zur Planung und Durchführung des Stagings bei Patientinnen und Patienten mit einem Rektumkarzinom.

Schlussfolgerungen: Die patientinnen- und patientenorientierte Fallsteuerung im Kontext des Case Managements und im Handlungsfeld der bzw. des Advanced Practice Nurse als individuellen

Aspekt in den sonst linear orientierten Behandlungspfad des Stagings bei Patientinnen und Patienten mit einem Rektumkarzinom einzufügen, stellt eine Möglichkeit der Optimierung dar. Diese Veränderung folgt dem Anspruch der Prozessorientierung im Sinne des Qualitätsmanagementsystems DIN EN ISO 9001:2015 sowie der ganzheitlichen Sichtweise in der Netzwerkstruktur eines Darmkrebszentrums. Letztendlich kann auf diese Weise die Qualität des Darmkrebszentrums des Josephs-Hospitals Warendorf zielführend angehoben werden. Um weiter differenzieren zu können ob die positiven Tendenzen durch den fallgesteuerten, standardisierten Soll-Prozess entstanden sind oder durch die Kompetenzen der bzw. des Advanced Practice Nurse, bedarf es weiterer Forschung.

Einleitung

Entsprechend der Auswertung des wissenschaftlichen Instituts der Allgemeinen Ortskrankenkassen (AOK) wurden 2013 in Deutschland in 1031 Kliniken, die mit der AOK abrechneten, Patientinnen und Patienten mit kolorektalen Karzinomen¹ operativ behandelt. Hierbei lag der Anteil des Rektumkarzinoms bei 85 % (vgl. Wesselmann et al., 2015:153). Sehr viele Patientinnen und Patienten lassen sich in dafür spezialisierten Zentren behandeln.

Das Josephs-Hospital ist eines von zurzeit 276 zertifizierten DKZen in Deutschland und wurde 2009 erstmalig als DKZ zertifiziert (vgl. Oncomap, 2017:o.S.). Die Deutsche Krebsgesell-

schaft (DKG) gibt als größte wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft in Deutschland die Überprüfungen der Organkrebszentren in Auftrag (vgl. Deutsche Krebsgesellschaft, 2016b:o.S.). Die alljährlich stattfindende Zertifizierung im Josepchs-Hospital Warendorf erfolgt anhand definierter fachlicher Qualitätskriterien durch das unabhängige Institut „OnkoZert“.

Diese Kriterien werden unter Berücksichtigung der deutschen nationalen „S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom“² der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), der DKG und der Deutschen Krebshilfe in einem sog. Erhebungsbogen für DKZen dargestellt (vgl. OnkoZert, 2016b:1-39). Unter anderem wird dort die Orientierung an Behandlungsplänen hinsichtlich des therapeutischen Vorgehens bei der Behandlung der Patientinnen und Patienten eingefordert (vgl. OnkoZert, 2016b:42-43).

Im Jahr 2010 wurde innerhalb des DKZs des Josepchs-Hospitals Warendorf – wie im Erhebungsbogen für DKZen gefordert – die Stabsstelle der Pflegeexpertin Stoma, Wunde, Kontinenz implementiert (vgl. OnkoZert, 2016b:19-20). Im Zuge eines berufsbegleitenden Studiums an der Donau-Universität Krems/Österreich ist die Stelleninhaberin seit Juni 2015 als akademische Stoma- und Kontinenzberaterin tätig und befindet sich zurzeit im universitären Weiterbildungslehrgang „Advanced Nursing Practice (ANP)“.³ Des Weiteren nimmt sie im Rahmen ihrer Tätigkeit und in der Funktion als Leiterin der supportiven Berufsgruppen⁴ an den wöchentlich stattfindenden Tumorkonferenzen und Fallbesprechungen des DKZs teil.

Eine der Kernaufgaben in der Stomatherapie stellt die Edukation⁵ der Patientinnen und Patienten dar, die aufgrund einer Tumorerkrankung des Rektums eine temporäre oder eine permanente Stomaanlage⁶ erhalten. Die Rehabilitation bzw. die Befähigung der Betroffenen, ihr Stoma selbstständig zu versorgen, stehen hierbei im Mittelpunkt. Die Basis für die Schulung, Information und Beratung liegt im Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen den Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten und der Patientin bzw. des Patienten.

1.1 Problemdarstellung

Im Zuge dieser zahlreichen Edukationsgespräche äußern sich die an einem Rektumkarzinom erkrankten Patientinnen und Patienten des Öfteren negativ über die Koordination, Kooperation und Kommunikation der arbeitsteiligen medizinischen und pflegerischen Versorgungsqualität im Prozess des sog. Stagings⁷. Dieses Staging erfolgt vor der eigentlichen Rektum-resezierenden oder Rektum-entfernenden Operation in einem in der Regel separaten, zweitägigen stationären Aufenthalt und wird von den Ärztinnen und Ärzten sowie den Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpflegern⁸ der Abteilung der Allgemein- und Viszeralchirurgie organisiert. Des Weiteren sind im Stagingprozess die Information und Aufklärung der Betroffenen bzgl. des weiteren Procederes der pflegerischen und medizinischen Behandlung von Bedeutung.

Zum umfassenden Krankheitsbild des Rektumkarzinoms liegt im Josepchs-Hospital Warendorf ein Behandlungspfad⁹ vor. Weiterhin bedeutsam ist die Implementierung der nationalen S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ als mitgeltendes Dokument in diesem Behandlungspfad.

Gerade in der Phase des präoperativen stationären Stagings der Rektumpatientinnen und -patienten ist immer wieder zu beobachten, dass interne sowie abteilungsübergreifende Arbeitsabläufe des DKZs trotz des bestehenden Behandlungspfades unterbrochen werden und/oder unkoordiniert erfolgen. Eine Folge ist beispielsweise das Überschreiten des vorgesehenen stationären Rahmens für das Staging von zwei Tagen. Des Weiteren werden planbare Untersuchungen in der Regel erst zu Beginn oder im weiteren Verlauf des stationären Aufenthaltes festgelegt. Auffällig sind zudem ein häufiges Nachfragen der Patientinnen und Patienten bzgl. der Abläufe oder die Hinterfragung erhaltenen Informationen im Sinne eines Nicht-Verstehens. Obligat sind in diesem Prozess auch Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen von Patientinnen- und Patientendaten. Oder Pflegefachpersonen stellen wiederholt Fragen bzgl. der erforderlichen Untersuchungen sowie deren Reihenfolge. Ebenso sind erforderliche Dokumente oder Befunde

von Untersuchungen für die geplante Operation in den Befundakten der Patientinnen und Patienten des Öfteren nicht vollständig vorhanden oder fehlen gänzlich. Demzufolge kommt es auch hier im Verlauf der Behandlung zu zeitlichen Verzögerungen und zu Qualitätseinbußen in der Arbeit des DKZs. Diese Aspekte führen wiederum zu einer Unzufriedenheit bei den beteiligten Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegefachpersonen, die in dieser Masterarbeit im Sinne von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gesehen werden.

Ferner finden hinsichtlich der später notwendigen Stomaanlage die Informations- und Aufklärungsgespräche mit den Patientinnen und Patienten oftmals erst zu Beginn des nachfolgenden stationären Aufenthaltes – folglich einen Tag vor der Operation – statt, was nach dem „sektorenübergreifenden Leitfadens Stomatherapie“ für die frühzeitige Rehabilitation der Betroffenen nicht zielführend ist. Im Idealfall sollten sie in den prästationären Zeitraum verlagert werden (vgl. Gruber/Droste, 2010:40).

In die Planung und Durchführung des Stagings bei Betroffenen mit einem Rektumkarzinom sind unterschiedliche Berufsgruppen und Abteilungen involviert. Des Weiteren ist für einzelne Aktivitäten bzw. Maßnahmen im eigentlichen Prozess die körperliche Anwesenheit der Patientinnen und Patienten nicht nötig – beispielsweise für die Planung der Untersuchungen – aber für einige Aktionen wie z. B. die Durchführung eines Ultraschalls des Abdomens ist sie sehr wohl erforderlich. Ferner finden Aktivitäten und Maßnahmen in unterschiedlichen Räumlichkeiten und zu unterschiedlichen Zeiten statt.

All diese Faktoren bergen ein potenzielles Risiko für Schnittstellenproblematiken¹⁰: dort, wo Versorgungsprozesse nicht reibungslos ablaufen (vgl. Eckardt, 2006:12-14).

Diesen Umstand erläuterten der Chefarzt der Allgemein- und Viszeralchirurgie des Josepchs-Hospitals Warendorf und die Stelleninhaberin der Stabsstelle „akademische Stoma- und Kontinenzberaterin“ der Betriebsleitung, mit dem Ergebnis, dass ab dem 01.01.2017 das Handlungskonzept Case Management (CM) projekthaft in das DKZ des Josepchs-Hospitals eingeführt wurde. Darin

wird die Rolle der bzw. des Advanced Practice Nurse (APN)¹¹ zu 100 % implementiert. Die erklärte Intention liegt darin, den kolorektalen Patientinnen und Patienten eine zentrale Ansprechperson und eine Koordinatorin bzw. einen Koordinator im pflegerischen und medizinischen Behandlungsprozess zur Verfügung zu stellen.

Die Erhebung der Qualität eines Teilprozesses des Behandlungspfades „Rektumkarzinom“ in einem Vorher-nachher-Vergleich wird von der kollegialen Führung gewünscht und unterstützt, um für die nach ca. 12 Monaten anschließende Evaluation des Projektes Kennzahlen¹² vorlegen zu können. Diese komplexe Herausforderung begründet zugleich die Motivation, sich mit der Thematik eingehend zu befassen.

1.2 Zielsetzung und Fragestellung

Durch die Analyse und Modellierung des Ist-Zustandes sollen zunächst überflüssige und nicht wertschöpfende Aktivitäten¹³ bzw. Schnittstellendefizite identifiziert werden, die den aktuellen Teilprozess betreffen, der die Planungen und die Durchführung des Stagings im Behandlungspfad „Rektumkarzinom“ umfasst. Diese differenzierte Betrachtung der Ergebnisse, bei der die Sichtweisen der betroffenen Patientinnen und Patienten und der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu den Themen der Koordination, Kommunikation, Kooperation und der Verbesserungspotenziale hinsichtlich der behandlungspfadrelevanten Aktivitäten und Ereignisse im Fokus stehen, bildet – unter Einbeziehung der wissenschaftlichen Literatur – die Basis für die Entwicklung eines Soll-Prozesses. In diese Entwicklung fließt die Fallsteuerung im Kontext des Prozess-, Qualitäts-, und Case Managements ein. Der Soll-Prozess soll somit auf seine Praktikabilität und Effektivität hin überprüft werden (vgl. von Reibnitz, 2015:84–85).

Im Zuge der Prozessoptimierung sollen alle Patientinnen und Patienten einen sich auf hohem Niveau befindlichen, standardisierten, fallgesteuerten patientinnen- und patientenorientierten Teilprozess des Behandlungspfades „Rektumkarzinom“ durchlaufen, bei dem die notwendigen Untersuchungen und Informationen in den Bereichen der Pflege und Medizin effektiv und effizient ge-

plant, kommuniziert und durchgeführt werden (vgl. Greiling/Muszynski, 2008:117). Die Analyse und Darstellung der Prozesse sollen zur Optimierung der Ergebnis-, Struktur-, und Prozessqualität¹⁴ beitragen¹⁵.

Das Ziel ist demnach, der klinischen Praxis in der Organisation des DKZs des Josefs-Hospitals Warendorf einen evidenzbasierten, modellierten Soll-Teilprozess – der die Planung und Durchführung des Stagings bei Patientinnen und Patienten betrifft, die an einem Rektumkarzinom erkrankt sind oder bei denen ein hochgradiger Verdacht auf ein Rektumkarzinom besteht – zur Verfügung zu stellen, in dem das Handlungskonzept des CMs im Sinne einer Fallsteuerung implementiert ist. Der Vergleich zwischen Ist- und Soll-Prozess (Vorher-nachher-Vergleich) soll zugleich die Veränderungen und damit die Bedeutung einer in den Soll-Prozess implementierten erweiterten und spezialisierten Pflegeexpertise im Sinne des ANP im Handlungsfeld des CMs speziell in einem DKZ darlegen¹⁶.

Anhand der Literaturrecherche, die eine Anbindung des „Gegenstandes“ an die bisherige Forschung ermöglicht, und mittels der empirischen Untersuchungen wird versucht, folgende Hauptfragestellung zu beantworten:

Inwieweit beeinflusst ein fallgesteuerter, standardisierter Soll-Teilprozess "Planung und Durchführung des Stagings" im Behandlungspfad Rektumkarzinom im Vergleich zum Ist-Stagingprozess die Qualität des Teilprozesses in den Dimensionen Zeit, Dokumentation, Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen sowie Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen und der Patientinnen und Patienten mit der Koordination der Abläufe, der Kommunikation hinsichtlich der behandlungspfadrelevanten Aktivitäten und Ereignisse sowie mit der Kooperation zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal im DKZ des Josefs-Hospitals Warendorf/Deutschland?

Zudem werden in dieser Masterarbeit Unterfragen formuliert:

1. Welche klinische Rolle/klinischen Rollen sollte eine Case Managerin bzw. ein Case Manager im Behandlungspfad „Rektumkarzinom“ einnehmen?

2. Welche Kompetenzen und klinische Expertisen werden dementsprechend speziell in einem DKZ benötigt?

1.3 Methodik

Diese Arbeit basiert zum einen auf einer vorweg durchgeführten Literaturrecherche, die vorwiegend im Zeitraum von März 2016 bis Dezember 2016 stattfand, zum anderen auf einem empirischen Teil.

Die Literaturrecherche erfolgte über die Suchmaschinen Google Scholar und Google Books sowie in den wissenschaftlichen Datenbanken MEDLINE, Pubmed, Cinahl, Embase, Cochrane Library und Springer. Des Weiteren wurden die wissenschaftlich fundierten elektronischen Journale Journal of Advanced Nursing, Journal of Clinical Nursing, British Journal of Nursing, Cancer Nursing und Colorectal Disease sowie die wissenschaftlichen Fachzeitschriften „Pflege“ und „PADUA“ herangezogen. Ferner wurde im Online-Katalog der Universitätsbibliothek der Donau-Universität Krems recherchiert. Studien, die in anderen Sprachen als Englisch und Deutsch verfasst wurden, sowie Artikel aus grauer Literatur¹⁷ wurden ausgeschlossen, ebenso wie jene von Autorinnen und Autoren, die keinen Abstract zur Verfügung gestellt hatten. Die Primärliteratur zu den Themen ANP bzw. APN, CM, Prozess- und Qualitätsmanagement (QM) sowie zu klinischen Behandlungspfaden wurde zudem durch Handsuche in der Bibliothek der Donau-Universität Krems bezogen. Zusätzlich zu den Ergebnissen aus den Datenbanken lieferten die Literaturverzeichnisse und Querverweise der bereits gefundenen Literatur Hinweise auf weitere Artikel und Studien¹⁸. Es wurde nach Literatur gesucht, die im Zeitraum von 2004 bis 2017¹⁹ publiziert wurde.

In die Gestaltung des neu konzipierten Soll-Prozesses, bei der das Handlungskonzept des CMs mit der Implementierung der Stabsstelle APN im Mittelpunkt steht, fließt auch die nationale S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ der AWMF, der DKG und der Deutschen Krebshilfe ein.

Da sich diese Masterarbeit sehr stark nach den alltäglichen klinischen Praxisproblemen ausrichtet, wurde die For-

Fälle vor CM Messzeitraum 01.11.2016 bis 30.12.2016	Fälle nach CM Messzeitraum 02.01.2017 bis 01.03.2017
A1/A2	B1/B2

Tabelle 1: Fälle vor und nach der Implementierung des CMs (eigene Darstellung)

schungsmethode der Praxisforschung nach Moser gewählt.
„Mit ihr soll es gelingen, sich über systematisch geplante Forschungsprojekte jene Distanz zu verschaffen, welche die Reflexion über die Alltagspraxis benötigt“ (Moser, 2015:25).

Mit Hilfe einer Typenkombination aus einer Datentriangulation²⁰ (vgl. Tabelle 1) sowie einer Methodentriangulation²¹ (vgl. Tabelle 2) bestehend aus qualitativen und quantitativen Daten sollte der Fragestellung nachgegangen werden.

Wie in der Tabelle 1 ersichtlich bestand das Sample der kolorektalen Patientinnen und Patienten aus N=4, die jeweils der Gruppe A und Gruppe B – vor und nach Implementierung des CMs sowie

der Einführung des Stabstelle APN in dieses Handlungsfeld – zugeordnet wurden.
 Um den Untersuchungsgegenstand bzw. das Problem im Sinne des systemischen Forschungsansatzes zu erfassen, wurden auch andere wichtige, am Teilprozess des Stagings beteiligte Rollenvertreterinnen und -vertreter einbezogen (vgl. Tabelle 2).

1.4 Die Datenauswertung

Auf der Basis der themenorientierten Forschungsfragen wurden zunächst die qualitativen und quantitativen Daten getrennt voneinander ausgewertet, um im Anschluss die Ergebnisse der zwei „Teilstudien“ zusammen zu führen (vgl. Kuckartz, 2014:102-103).

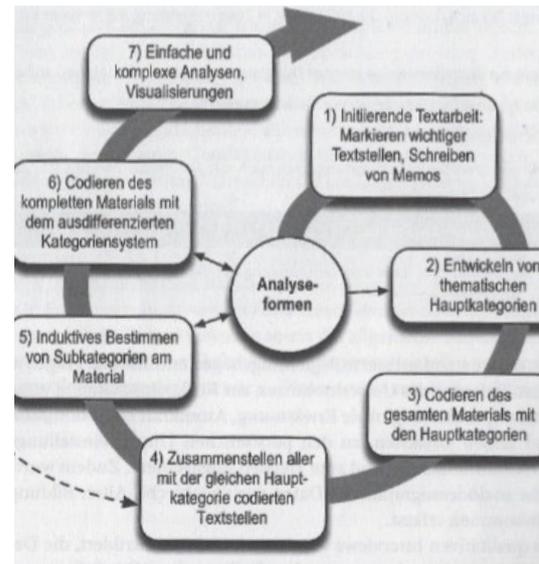


Abbildung 1: Ablaufschema einer inhaltlich strukturierten Inhaltsanalyse (Kuckartz, 2016:100)

Für den Analyseprozess der quantitativen Daten wurde das Tabellenkalkulationsprogramm Microsoft Excel verwendet und mit Hilfe der beschreibenden Statistik vor und nach der Implementierung des CMs dargestellt. Auf eine Inferenzstatistik wurde bei der vorliegenden kleinen Stichprobe bewusst verzichtet.

Als Auswertungsmethode für die qualitativen Vorgehensweisen wurde die inhaltlich-strukturierte qualitative Inhaltsanalyse nach Kuckartz unter Verwendung des Datenanalyseprogrammes MAXQDA Analytics Pro 12 (Release 12.3.1) gewählt²². Um die einzelnen Schritte besser zu verstehen, wird das Ablaufmodell in Abbildung 1 dargestellt.

Angemerkt sei, dass in dieser stark verkürzten Version der Masterarbeit nicht näher auf die Methodik sowie auf die theoretische Abhandlung der Begrifflichkeiten wie Darmkrebszentrum, Qualitäts- und Prozessmanagement sowie Casemanagement eingegangen wird.

2 Ergebnisse

In diesem Kapitel wird – als ein Ergebnis der Triangulation – der Vorher-nachher-Vergleich angeführt. Es handelt sich dabei um die Ergebnisse der Dokumentengruppen A und B, die den jeweiligen Messzeiträumen²³ bzw. den Zeitpunkten vor und nach der Implementierung des CMs zugeordnet sind. Folgende Tabelle visualisiert die Dokumentengruppen (vgl. Tabelle 3).

Triangulation	Qualitative Methode	Quantitative Methode
Fallbeobachtung	<ul style="list-style-type: none"> Beschreibung des Verhaltens/ nonverbaler Reaktionen der Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen bzgl. der Koordination, der Kommunikation hinsichtlich behandlungspfadrelevanter Aktivitäten und Ereignisse und der Kooperation zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal Erfassen von Handlungsmustern 	<ul style="list-style-type: none"> Wartezeiten Leerzeiten Durchlaufzeiten Anzahl der Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen patientinnen- und patientenbezogener Daten
Interview	<ul style="list-style-type: none"> Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachpersonen mit der Koordination der Abläufe, der Kommunikation hinsichtlich behandlungspfadrelevanter Aktivitäten und Ereignisse sowie der Kooperation zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal 	
Dokumentenanalyse		<ul style="list-style-type: none"> Anzahl vorliegender Dokumente bezogen auf alle notwendigen Dokumente gemäß Vorgaben 24 Stunden nach der Entlassung der Patientinnen und Patienten

Tabelle 2: Triangulation (eigene Darstellung)

Dokumentengruppe A vor der Implementierung CM	Dokumentengruppe B nach der Implementierung CM
Fallbeobachtung Fall A1	Fallbeobachtung Fall B1
Interviewtranskript Patientin T1a	Interviewtranskript Patientin T1b
Interviewtranskript Gesundheits- und Krankenpflegerin T2a	Interviewtranskript Gesundheits- und Krankenpflegerin T2b
Interviewtranskript Ärztin T3a	Interviewtranskript Ärztin T3b
Fallbeobachtung Fall A2	Fallbeobachtung Fall B2
Interviewtranskript Patient T4a	Interviewtranskript Patient T4b
Interviewtranskript Gesundheits- und Krankenpfleger T5a	Interviewtranskript Arzt T5b
Interviewtranskript Arzt T6a	Interviewtranskript Gesundheits- und Krankenpfleger T6b

Tabelle 3: Darstellung der Dokumentengruppen A und B (eigene Darstellung)

Wartezeit (in Minuten)	Vorher		Nachher	
	A1	A2	B1	B2
- Vor Büro stationäre Aufnahme (WZ 1)	7	10	10	4
- Vor Raum elektiver Aufnahme (WZ 2)	5	10	8	8
- Warten auf Ärztin (WZ 3)	10	0	0	0
- Warten auf Zimmerbezug (WZ 4)	43	20	0	0
- Vor EKG-Raum (WZ 5)	10	5	5	5
- Vor Röntgenraum (WZ 6)	2	2	3	3
- Vor MRT-Raum (WZ 7)	15	8	5	5
- Vor Sonografieraum (WZ 8)	20	10	5	7
- Vor Proktologieraum (WZ 9)	10	0	10	5
- Vor Endoskopieraum (WZ 10)	10	10	0	5
Gesamtwartezeit	132	75	46	42
Durchschnittliche Wartezeit (vorher/nachher)	103,5		44	

Tabelle 4: Wartezeiten der Patientinnen und Patienten vor und nach der Implementierung des CMs in Minuten (eigene Darstellung)

Leerzeiten (in h und min.)	Vorher		Nachher	
	A1	A2	B1	B2
Leerzeiten pro Person	64h 10min.	3h	12h 40min.	0
Durchschnittliche Leerzeit (vorher/nachher)	33h 35min.		6h 20min.	

Tabelle 5: Reduzierung der Leerzeiten der Patientinnen und Patienten im Vorher-nachher-Vergleich in Stunden und Minuten (eigene Darstellung)

Durchlaufzeiten (in h und min.)	Vorher		Nachher	
	A1	A2	B1	B2
Durchlaufzeiten pro Person	80h 15min.	10h 50min.	25h 55min.	10h 40min.
Durchschnittliche Durchlaufzeit (vorher/nachher)	33h 35min.		6h 20min.	

Tabelle 6: Durchlaufzeiten der Patientinnen und Patienten vor und nach der Implementierung des CMs in Stunden und Minuten (eigene Darstellung)

2.1 Ergebnisse Dimension Zeit

Für die Ermittlung der Daten bzgl. der Dimension Zeit wurden sog. Zeitachsen für alle Fälle kreiert. Beispielhaft sei an dieser Stelle die Zeitachse des Falles A1 dargestellt (vgl. Abbildung 1).

- Die Wartezeiten (WZ) der Patientin (A1) und des Patienten (A2) betragen im Ist-Prozess bzw. vor der Implementierung des CMs im Durchschnitt 103,5 Minuten (=1.45 Std.). Nach der Intervention betrug der Mittelwert 44 Min., was einer Reduzierung des Mittelwerts der WZ um 57 Prozentpunkte verdeutlicht.
- Für die beiden Fälle (A1/A2) ergab sich vor der Implementierung des CMs eine durchschnittliche Leerzeit (LZ) von 33 Std. und 35 Min. Nach der Intervention betrug die durchschnittliche LZ 6 Std. und 20 Min. Das entspricht einer durchschnittlichen Reduzierung der LZ um 81 Prozentpunkte.
- Die durchschnittliche Durchlaufzeit (DLZ) vor der Implementierung des CMs betrug 45 Std. und 33 Min. Nach der Intervention ergaben sich im Durchschnitt DLZ von 18 Std. und 18 Min. Das entspricht einem Rückgang von 60 Prozentpunkten.

Aufgrund der kleinen Stichprobe kann jedoch keine statistisch signifikante Aussage getroffen werden. Allenfalls ist eine Tendenz erkennbar, dass das Handlungskonzept CM die Prozesse hinsichtlich der WZ, LZ und DLZ verkürzen bzw. beschleunigen kann.

2.2 Ergebnisse Dimension Dokumentation

- Im Fall A1 wurde aus der Dokumentenanalyse der Krankenakte in Papier- und elektronischen Form ersichtlich, dass 21 von 31 Dokumente vorlagen. Im Fall A2 wurden 22 von 31 Dokumente gezählt. Im Mittel ergab dies – bezogen auf alle notwendigen Dokumente gemäß der Vorgaben – vor der Implementierung des CMs einen Anteil der vorliegenden Dokumente von 69,5 Prozentpunkten.
- Nach der Intervention waren im Fall B1, 29 von 31 Dokumente, und im Fall B2, 32 von 32 Dokumente vorhanden. Nach der Implementierung des CMs

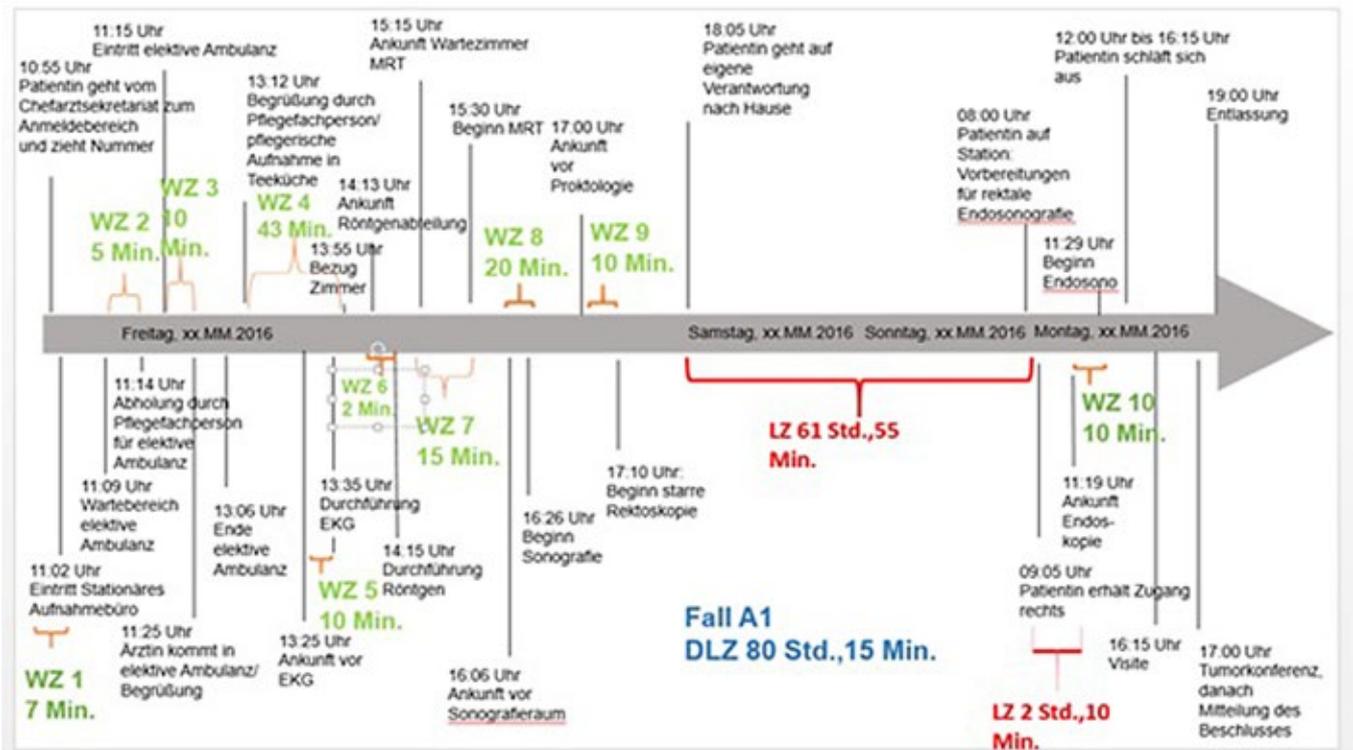


Abbildung 2: Zeitachse Fall A1; Warte-, Leer- und Durchlaufzeiten vor der Implementierung des CMs (eigene Darstellung)

Dokumentanforderung gemäß ...	Dokumentenname	Nr.	Vorher		Nachher	
			Fall A1	Fall A2	Fall B1	Fall B2
S3-Leitlinie	Befund CEA Bestimmung	1	x	x	x	x
	Befund komplette Koloskopie	2	x	x	x	x
	Befund: Histologischer Befund Koloskopie	3	x	x	x	x
	Befund Abdomensonografie	4	x	x	x	x
	Befund Röntgen Thorax in 2 Ebenen	5			x	x
	Befund Stare Rektoskopie mit Höhenangabe	6				x
	Befund MRT Becken	7			x	x
	Befund rektale Endosonografie	8	x	x	x	x
	Befund digital rektale Untersuchung	9				x
Erhebungsbogen DZ	Einwilligungserklärung onkologische Dokumentation	10			x	x
	Fragebogen familiäres Darmkrebsrisiko	11		x	x	x
	Tumorkonferenz	12			x	x
	Nutri-Risk-Analyse	13			x	x
Behandlungspfad Rektum Karzinom	Behandlungspfad Rektumkarzinom	14	x		x	x
	ggf. Anmeldung Leistungsanforderung Koloskopie	15				x
	Anmeldung Leistungsanforderung: stame Rektoskopie	16	x	x	x	x
	Anmeldung Leistungsanforderung: Abdomensonografie	17	x	x	x	x
	Anmeldung Leistungsanforderung: rektale Endosonografie	18		x	x	x
	Anmeldung Leistungsanforderung: EKG	19	x	x	x	x
	Anmeldung Leistungsanforderung: Röntgen Thorax in 2 Ebenen	20	x	x	x	x
	Begründung stationäre Aufnahme (AEP-Bogen)	21	x		x	x
	medizinischer Aufnahmebogen/ Anamnese	22	x	x	x	x
	schriftliche Aufklärung stame Rektoskopie	23	x	x	x	x
	schriftliche Aufklärung rektale Endosonografie	24	x	x	x	x
	FAX Anmeldung MRT-Becken	25	x	x	x	x
	MRSA Screening	26	x	x	x	x
	Aufnahmelabor, Blutgruppe	27	x	x	x	x
	Befund: EKG	28	x		x	x
Befund: MRSA Abstrich	29					
Arztbrief Staging	30		x	x	x	
Patientenaufnahme (Routine)	Patienten-Stammblatt	31	x	x	x	x
	Checkliste Vorbereitung innere Diagnostik	32	x	x	x	x
	Aktvollständigkeit	33	x	x	x	x
Anteil vorliegender Dokumente bezogen auf alle notwendigen Dokumente gemäß Vorgaben in Prozent			68%	71%	94%	100%

Tabelle 7: Anzahl der Dokumente 24 Std. nach Entlassung der Patientinnen und Patienten vor und nach der Implementierung des CMs (eigene Darstellung)

lagen demnach 97% aller notwendigen Dokumente gemäß den Vorgaben vor (vgl. Tabelle 7).

Somit wird nach der Intervention ein Anstieg der vorliegenden notwendigen Dokumente, die 24 Std. nach der Entlassung der Patientin und des Patienten vorhanden sein sollten, um 27,5 Prozentpunkte verzeichnet.

2.3 Ergebnis Dimension Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen

- Vor der Implementierung des CMs wurden im Fall A1 elf Items doppelt erfasst, davon das Item Erkrankungsverlauf sogar dreimal. Im Fall A2 wurden zehn Items doppelt abgefragt. Das bedeutet eine durchschnittliche Doppel- bzw. Mehrfacherfassung der patientinnen- und patientenbezogenen Daten von 81 Prozentpunkten vor der Implementierung des CMs. Demgegenüber stehen die Fälle B1 und B2 nach Einführung des CMs. Hier wurde ein Item doppelt erfasst (Medikamente im Fall B2). Dies ergibt rechnerisch eine Doppel- bzw. Mehrfacherfassungsrate von 4% (vgl. Tabelle 8).

Demnach konnte die Implementierung des CMs die Doppel- bzw. Mehrfacherfassungsraten der patientinnen- und patientenbezogenen Daten reduzieren.

2.4 Ergebnis Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit der Koordination der Abläufe

- Vor der Implementierung des CMs seien die Ärztin (T3a) und der Arzt (T6a) mit dem Zeitpunkt des Aufnahmetermins nicht zufrieden gewesen. Die kurzfristige Einbestellung sei aus ihrer Sicht ineffizient und nicht effektiv, da in der Regel noch keine Befunde von den externen Gastroenterologinnen und Gastroenterologen und/oder den Hausärztinnen und Hausärzten vorlägen. Des Weiteren seien sie der Ansicht, dass durch die zeitnahe Einbestellung der Patientinnen und Patienten zusätzliche zeitliche Ressourcen in der elektiven Ambulanz benötigt werden. Zum einen würden die Betroffenen zwischen den anderen, weit im Vorfeld geplanten elektiven Patientinnen- und Patientenaufnahmen geschoben, und zum anderen würden sich durch die schnellen Aufnahmeterminierungen weitere Prozesse verschieben.
- Nach der Intervention verdeutlichen die Aussagen der Ärztin (T3b) und des Arztes (T6b), dass sie frühzeitig über den Aufnahmetermin informiert worden seien. Sie wurden durch die APN – in der Regel ein bis zwei Tage vor der stationären Aufnahme – über den

jeweiligen Fall unterrichtet. Externe Dokumente bzw. erste Informationen zum Fall seien im Vorfeld der stationären Aufnahme durch die APN eingeholt worden. Aus den Äußerungen der Ärztinnen und Ärzte wird die Gewährleistung einer Informationsweitergabe bzgl. des Aufnahmetermins durch die APN nach der Implementierung des CMs an die beteiligten Berufsgruppen ersichtlich.

- Negative Beschreibungen und negative Äußerungen bzgl. Störungen im Ablauf bzw. in der Durchführung des Stagings sowie der nonverbalen Reaktionen darauf, finden sich den Feldnotizen der Fälle A1 und A2 und in den Interviews der Ärztin (T3a) und des Arztes (T6a) vor der Implementierung des CMs. Positive Hinweise bzw. eine zufriedenstellende Aussage hinsichtlich der Thematik Durchführung des Stagings vor der Einführung des CMs wurde in keinen der Dokumente gefunden.
- Die Ärztin (T3b) und der Arzt (T5b) stellten hinsichtlich der Durchführung des Stagings nach der Implementierung des CMs die Vorabinformationen über die Fälle vor der stationären Aufnahme als positiven Aspekt heraus. Ferner hoben sie hervor, dass sie sehr zufrieden mit den im Vorfeld der Aufnahme stattgefundenen Terminierungen der Untersuchungen waren. Diese Planungen würden helfen, Störungen im Ablauf zu minimieren und zeitliche Ressourcen der ärztlichen Berufsgruppe im Aufnahmegespräch einzusparen. Der Arzt (T5b) habe das Zusammenlegen der medizinischen und pflegerischen Aufnahme als positiv empfunden. Durch die interne Absprache zwischen APN und Arzt im Hinblick darauf, wer welche Aufgabe übernimmt, sei das Aufnahmegespräch sehr strukturiert erfolgt. Ebenso seien Nachfragen vonseiten des Stationspflegefachpersonals ausgeblieben.

Erfassung von ...	Nr.	Vor CM		Nach CM	
		Fall A1	Fall A2	Fall B1	Fall B2
- Wohnort	1				
- Telefonnummer Patient/ Patientin sowie Angehörige/ Bezugspersonen	2				
- Beruf	3				
- Religionszugehörigkeit	4				
- Familienstand/ Kinder	5				
- Familiäre Situation	6				
- Krankenkasse	7				
- Wunsch seelsorgerischer Besuchsdienst	8				
- Zusatzversicherung/ Wahlleistung	9				
- Medikamente	10				
- Allgemeine Anamneseparameter wie Blutdruck, Puls, Größe, Gewicht, Rauchen, Alkohol, Essverhalten, Schlaf, Ausscheidungsverhalten, Allergien,	11				
- Erkrankungsverlauf	12	3			
- Vorerkrankungen	13				
Anzahl an Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen patientInnenbezogener Daten vor und nach Implementierung CM		11	10	0	1
Anteil an Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen patientInnenbezogener Daten vor und nach Implementierung CM in %		85%	77%	0%	8%
Durchschnittlicher Anteil Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen patientInnenbezogener Daten vor und nach Implementierung CM in %		81%		4%	

Tabelle 8: Anzahl der Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen patientinnen- und patientenbezogener Daten vor und nach der Implementierung des CMs (eigene Darstellung)

Insgesamt gesehen wurde die Koordination der Abläufe im Stagingprozess nach der Implementierung des CMs von der Ärztin (T3b) und dem Arzt (T5b) positiver empfunden als vor der Intervention, also im Vergleich zum Ist-Teilprozess. Aus den Ergebnissen der Fallzusammenfassungen der Dokumentengruppe B wird ersichtlich, dass nach der Implementie-

30. Kongress der Deutschen Kontinenz Gesellschaft

87. Seminar des Arbeitskreises Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau

19.–20.10.2018

Stuttgart
Internationales
Congresscenter

Kongresspräsidenten

Prof. Dr. Christl Reisenauer
Prof. Dr. Alfred Königsrainer
Prof. Dr. Arnulf Stenzl
Tübingen

**Tagungspräsident
AK Urologie**

Prof. Dr. Stephan Bross
Bruchsal

Highlight-Themen

- Strukturierte urogynäkologische und proktologische Basisdiagnostik in der Praxis
- Onkologische Radikalität vs. Funktionalität
- Diagnostik und Therapie der Pathologien im hinteren Beckenbodenkompartiment
- Stellenwert des transanalen OP-Zuganges
- Die Sexualsprechstunde im Beckenbodenzentrum
- Der geriatrische Patient – worauf ist zu achten?
- Beckenbodenfunktionsstörungen aus neurologischer Sicht
- OP Video-Session



Kongressorganisation



KelCon GmbH

Juliane Bröhl / Sandra Wehr
Taentzienstr.1 · 10789 Berlin
Tel. (030) 679 66 88-59 / -56
j.broehl@kelcon.de / s.wehr@kelcon.de
www.kelcon.de

**Anmeldung zum Kongress und
zu den Workshops online möglich!**

Weitere Informationen finden Sie auf der Kongresswebseite
www.kontinenzkongress.de



zung des CMs keine negativen Äußerungen und Ausführungen bzgl. der Koordination des Stagings erfolgten.

2.5 Ergebnis Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit der Kommunikation hinsichtlich der behandlungspfadrelevanten Aktivitäten und Ereignisse.

- Nach Ansicht der Ärztin (T3a) trägt der Aspekt der schnellen Aufnahme zur Problematik hinsichtlich der als negativ empfundenen Qualität der Gesprächsführung auf der zwischenmenschlichen Beziehungsebene vor der Implementierung des CMs bei. Die Ärztin (T3a) und der Arzt (T5a) bemerkten, dass die Kommunikation zwischen und innerhalb der Berufsgruppen des Öfteren nicht wertschätzend sei, bedingt durch die nicht zufriedenstellende Zusammenarbeit, durch Störungen und den vorhandenen Zeitdruck. Dies äußere sich gelegentlich in Form von inadäquaten Äußerungen und/oder verbalen Entgleisungen.
- Nach der Intervention weisen die Äußerungen der Ärztin (T3b) und des Arztes (T5b) in eine positive Richtung. Beide hätten die Kommunikation auf der Beziehungsebene zwischen APN als zentrale Ansprechpartnerin und der Patientin als sehr wertvoll empfunden. Ärztin (T3b) und Arzt (T5b) hätten den Eindruck gehabt, dass die Patientin und der Patient in die behandlungspfadrelevanten Aktivitäten und Ereignisse in vollem Umfang involviert waren und dass der Prozess durch Vertrauen gekennzeichnet war.

Resümierend lassen sich somit nach der Intervention positive Veränderungen bzgl. der Qualität der zwischenmenschlichen Kommunikation auf der Beziehungsebene aus der Sichtweise der Ärztin und des Arztes festhalten. Diese positive Veränderung habe wiederum positive Folgen für die Durchführung hinsichtlich der Abläufe.

2.6 Ergebnis Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit der Kooperation zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal

- Zusammenfassend verweisen die qualitativen Resultate der Feldnotizen

und der Transkripte zur Thematik der Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Personal vor der Implementierung des CMs überwiegend in eine nicht zufriedenstellende Richtung. Die Unzufriedenheit über die nicht spürbare Zusammenarbeit brachte ein Arzt (T6a) klar zum Ausdruck. Eine Ärztin (T3a) war mit der Zusammenarbeit mit dem Pflegefachpersonal zufrieden – trotz Störungen.

- Nach der Intervention des CMs gab es keine negativen Aussagen bzw. Ausführungen zum Thema Zusammenarbeit zwischen den pflegerischen und ärztlichen Bereichen. Das lässt darauf schließen, dass die Ärztin und der Arzt die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen als zufriedenstellend empfanden.
- Durch den modellierten Ist-Teilprozess wird ersichtlich, dass vor der Implementierung des CMs zwei Aufnahmesituationen bestehen. Bedingt durch eine räumliche und personelle Trennung erfolgte einerseits eine Erhebung der medizinischen Anamnese in der elektiven Ambulanz durch die ärztliche Berufsgruppe, andererseits führten die Pflegefachpersonen in der Station xx ein pflegerisches Aufnahmegespräch durch. Eine Datenweitergabe erfolgte nicht. Die negativen Assoziationen, die mit den Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen der patientinnenbezogenen- und patientenbezogenen Daten verbunden sind, spiegelten sich vor der Implementierung des Konzeptes CM in den Aussagen und in den Reaktionen der Ärztin und des Arztes wieder. Die Ärztin (T3a) und der Arzt (T6a) seien sich der Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen im DKZ vor der Implementierung des CMs bewusst und hätten Verständnis für den Unmut der Patientinnen und Patienten. Vor der Intervention finden sich keine Aussagen oder Ausführungen in den Transkripten und/oder Feldnotizen, die die Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen als ein positives Ereignis beschreiben.
- Die Ärztin (T3b) sprach die Vermutung aus, dass die Anzahl der Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen patientinnen- und patientenbezogener Daten nach der Implementierung des CMs zurück-

gegangen sei. Ferner sehe sie es positiv, wenn die Daten durch das CM erfasst und weitergegeben werden.

Insgesamt gesehen weisen die Aussagen und Ausführungen der Dokumente die die Thematik der Zufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte mit der Kooperation zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Personal vor der Implementierung des CMs ansprechen, in eine negative Richtung. Nach der Intervention hingegen in eine positive.

2.7 Ergebnis Zufriedenheit der Pflegefachpersonen mit der Koordination der Abläufe

- Vor der Implementierung des CMs äußerten sich die beiden Pflegefachpersonen negativ über die schnelle Vergabe des Aufnahmetermins. Die Pflegefachpersonen der Station xx beschrieben, dass ihnen der Zeitpunkt der stationären Aufnahme der jeweiligen Patientin und des jeweiligen Patienten im Vorfeld nicht mitgeteilt wurde. Auf diese Weise könnten keine Planungen für eine Bettenbelegung erfolgen und es müsse ad hoc gehandelt werden, wenn die Patientinnen oder Patienten die Station betreten.
- Nach der Intervention äußerten die Pflegefachpersonen in der Station xx, dass sie in der Regel zwei bis drei Tage vor der stationären Aufnahme der Betroffenen durch die APN informiert worden waren. Somit könne eine adäquate und frühzeitige Bettenplanung erfolgen. Laut einer interviewten Pflegefachperson könnten die Patientinnen und der Patienten somit direkt beim Betreten der Station ein Zimmer bzw. ein Bett erhalten. Aus den Äußerungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geht die nach der Implementierung des CMs gewährleistete Informationsweitergabe bzgl. des Aufnahmetermins durch die APN an die beteiligten Berufsgruppen hervor.
- Die negativen Beschreibungen bzgl. der Störungen im Ablauf des Stagings finden sich in den Interviews des Pflegefachpersonals (T2a/T5a) wieder. Positive Hinweise bzw. eine zufriedenstellende Aussage hinsichtlich der Durchführung des Stagings vor der Implementierung des CMs wurden in keinem der Dokumente gefunden.

- Nach der Implementierung des CMs sprachen die Pflegefachpersonen der Station xx die aussagekräftige aktuelle Dokumentation der Aktivitäten und Ereignisse an, die den Behandlungspfad betreffen. Die Planungen und die Durchführung des Stagingablaufs seien professionell erfolgt. Eine Pflegefachperson (T2b) begrüßt die nicht mehr in der Küche der Station stattfindende pflegerische Aufnahme. Das Erstellen der Patientinnen- und Patientenakte durch die APN sowie die Übergabe des „Falles“ an die Pflege habe sie als sehr positiv empfunden. Eine Pflegefachperson (T6b) stellte die ganzheitliche Sichtweise des CMs auf den Patienten im Stagingablauf positiv heraus.

Insgesamt können somit positive Veränderungen festgehalten werden. Nach der Implementierung des CMs wurde die Durchführung des Stagings von den Pflegefachpersonen positiver empfunden als vor der Intervention bzw. im Vergleich zum Ist-Teilprozess.

Aus den Ergebnissen der Fallzusammenfassungen der Dokumentengruppe B wird ersichtlich, dass keine negativen Äußerungen und Ausführungen bzgl. der Durchführung des Stagingablaufs nach der Implementierung des CMs beschrieben wurden. Eine weitere positive Veränderung ist die Reduzierung der Schnittstellen im Soll-Prozess um neun Aspekte gegenüber dem Ist-Prozess.

Zum besseren Verständnis ist im Folgenden der Vergleich Ist-/Sollprozess bzw. die Schnittstellenreduktion – der bzw. die mittels dem Visualisierungsprogramm Visio erstellt wurde – eingefügt (vgl. Abbildung 3).

2.8 Ergebnis Zufriedenheit der Pflegefachpersonen mit der Kommunikation hinsichtlich der behandlungspfadrelevanten Aktivitäten und Ereignisse

- Die Pflegefachpersonen bemerkten, dass die Kommunikation zwischen den und innerhalb der Berufsgruppen des Öfteren nicht wertschätzend sei, bedingt durch die nicht zufriedenstellende Zusammenarbeit, durch Störungen und vorhandenen Zeitdruck. Dies äußere sich gelegentlich in Form von inadäquaten Äußerungen und/oder verbalen Entgleisungen.

- Die Kommunikation auf der zwischenmenschlichen Beziehungsebene zwischen der Berufsgruppe der Pflege und der Ärztin und dem Arzt wurde nach der Intervention positiver dargestellt. Aggressionspotentiale seien weniger vorhanden gewesen.
- Nach der Intervention empfanden die Pflegefachpersonen die Kommunikation auf der Beziehungsebene zwischen APN als zentrale Ansprechpartnerin und der Patientin/des Patienten als sehr wertvoll. Die Pflegefachpersonen hatten den Eindruck, dass die Patientin und der Patient in die behandlungspfadrelevanten Aktivitäten und Ereignisse im vollen Umfang involviert gewesen seien und der Prozess durch Vertrauen gekennzeichnet war.

Insgesamt gesehen lässt sich eine Unzufriedenheit der Pflegefachpersonen mit der Qualität hinsichtlich der zwischenmenschlichen Kommunikation vor der Implementierung des CMs erkennen. Nach der Intervention hoben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die zufriedenstellende, auf die Patientin und den Patienten ausgerichtete zwischenmenschliche Kommunikation hervor. Diese positive Veränderung habe wiederum positive Folgen auf die Durchführung hinsichtlich der Abläufe.

2.9 Ergebnis Zufriedenheit der Pflegefachpersonen mit der Kooperation zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal

- Der Aspekt der ineffektiven Absprachen wird durch die Pflegefachpersonen der Station xx angemerkt. Sie äußern beide eine unterschwellige spürbare Disharmonie zwischen den Berufsgruppen und eine Unzufriedenheit hinsichtlich der Zusammenarbeit zwischen pflegerischem und ärztlichem Bereich. Als Gründe wurden ein fehlender Informationsfluss, ein mangelndes Interesse an den Arbeitsabläufen der anderen Abteilungen bzw. Berufsgruppen, fehlende Ansprechpartner/Ansprechpartnerinnen und ein typisches hierarchisches Abteilungsdenken beschrieben.
- Nach der Implementierung des CMs sind keine negativen Äußerungen und Ausführungen bzgl. der Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen von den Pflegefachpersonen beschrieben.

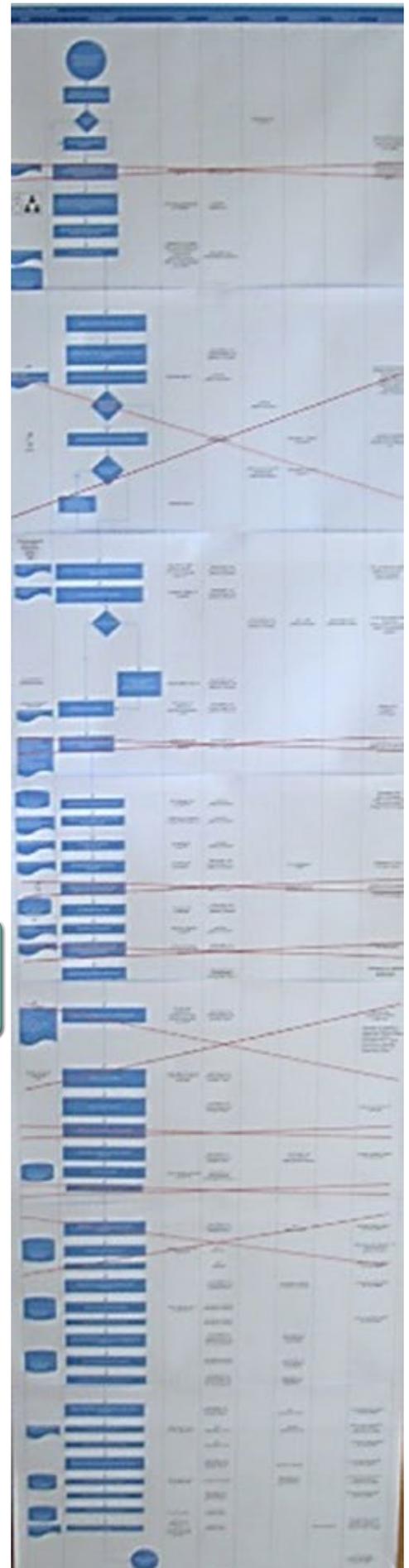


Abbildung 3: Schnittstellenreduktion (eigene Darstellung)

Das lässt darauf schließen, dass die Beteiligten die Zusammenarbeit zwischen den Berufsgruppen als zufriedenstellend empfanden. Das CM wurde als Nahtstelle zwischen den Berufsgruppen gesehen, welches dazu beitrüge die Trennschärfe zwischen den Abteilungen bzw. Berufsgruppen aufzulösen.

- Durch den modellierten Ist-Teilprozess wird ersichtlich, dass vor der Implementierung des CMs zwei Aufnahmesituationen bestehen. Bedingt durch eine räumliche und personelle Trennung erfolgte einerseits eine Erhebung der medizinischen Anamnese in der elektiven Ambulanz durch die ärztliche Berufsgruppe, andererseits führten die Pflegefachpersonen in der Station xx ein pflegerisches Aufnahmegespräch durch. Eine Datenweitergabe erfolgte nicht. Eine Pflegefachperson (T2a) entschuldigt die bewusste Doppel- bzw. Mehrfacherfassung der patientinnen- und patientenbezogenen Daten mit der schlechten Lesbarkeit der Handschrift in dem ärztlichen Anamnesebogen. Des Weiteren stünden keine zeitlichen Ressourcen für das Lesen der medizinischen Anamnese zur Verfügung. Das Fehlen einer elektronischen Patientinnen- und Patientenakte wird von der anderen Pflegefachperson (T5a) als Grund für die Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen genannt. Die negativen Assoziationen die mit den Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen der patientinnen- und der patientenbezogenen Daten verbunden sind, spiegelten sich vor der Implementierung des Konzeptes CM in den Aussagen und in den Reaktionen der Pflegefachpersonen wieder. Vor der Intervention finden sich

keine Aussagen oder Ausführungen in den Transkripten und/oder Feldnotizen die die Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen als ein positives Ereignis beschreiben.

- Nach der Intervention äußerten sich die Pflegefachpersonen positiv über die nicht mehr stattfindenden Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen von patientinnen- und patientenbezogenen Daten.

2.10 Ergebnis Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Koordination der Abläufe

- Vor und nach der Implementierung des CMs äußerten sich die Patientinnen und Patienten in den Interviews positiv über den schnellen bzw. zeitnahen Aufnahmetermin, wobei einem Patienten (T4a) vor der Intervention – als negativer Punkt vermerkt – weitere detaillierte Informationen zum stationären Aufenthalt gefehlt hätten, auf die er sich hätte einstellen können. Dass der Stagingaufenthalt in der Regel über zwei Tage erfolgt, sei ihm nicht bekannt gewesen.
- Nach der Implementierung des Konzeptes CM in das DKZ bzw. der Einführung der Stabsstelle APN in den Soll-Teilprozess des Behandlungspfades des Rektumkarzinoms, der das Staging betrifft, führten die befragte Patientin (T1b) und der befragte Patient (T4b) an, dass sie durch die Case Managerin telefonisch informiert worden waren. Sie hätten im Zuge dessen erste Informationen hinsichtlich des Stagingablaufes erhalten. Ferner hätten individuelle Fragen beantwortet werden können.
- In den Beobachtungen, welche die Fälle A1 und A2 vor der Implementierung des CMs betreffen, werden Störungen des Ablaufs im Stagingprozess beschrieben, die durch Telefonate und durch das Eintreten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Räume sowie das Austreten aus Räumen entstanden. Ferner handelte es sich um Störungen, die durch Rückfragen des Pflegefachpersonals bzgl. der Reihenfolge der Staginguntersuchungen auftraten. Des Weiteren entstanden Störungen durch das Einholen fehlender Befunde und dadurch, dass die Patientin einen Untersuchungsraum nicht fand. Die darauffolgenden nonverbalen Reaktionen der Patientin und des Patienten weisen in eine negative Richtung. Sie reagierten beispielsweise mit einem „Augen rollen“ oder Verärgerung. Positive Hinweise bzw. eine zufriedenstellende Aussage hinsichtlich der Durchführung des Stagings vor der Implementierung des CMs wurden in keinem der Dokumente gefunden und somit nicht kodiert.
- Nach der Implementierung des CMs erfolgten die Koordination der Durchführung des eigentlichen Stagings und die Begleitung der Patientin bzw. des Patienten durch die APN entsprechend der Beschreibung des Soll-Prozesses. Nach der Intervention hätten die (T1b) und der Patient (T4b) den organisatorischen Ablauf des Stagings als gut geplant und in der Durchführung gut strukturiert empfunden. Der Patient (T4b) äußerte explizit, dass die Aktivitäten und Ereignisse des Behandlungspfades sich ineinander fügten und für ihn die Schnittstellen zu den Abteilungen nicht spürbar gewesen

Code-Matrix-Browser

Codesystem	Feldnotizen Fall A1	Feldnotizen Fall A2	T1a	T4a	Feldnotizen Fall B1	Feldnotizen Fall B2	T1b	T4b	SUMME
Koordination der Abläufe									0
Aufnahmetermin negativ									0
Aufnahmetermin positiv			1	1	1	1	1	1	6
Durchführung Staging positiv					19	17	9	7	52
Durchführung Staging negativ	16	13	11	9					49
Leerzeiten negativ	2	1	1	5					9
Wartezeiten positiv		2	1	1	2	6	3	1	16
Wartezeiten negativ	3		2						5
SUMME	21	16	16	16	22	24	13	9	137

Abbildung 4: Code-Matrix-Browser aus MAXQDA 12, Anzahl der positiven und negativen Kodes zur Thematik Koordination der Abläufe, Perspektive Patientinnen und Patienten (eigene Darstellung)

Grafik: Beate Wessel

sein. Ausgesprochen zufrieden zeigte sich die Patientin (T1b) mit der Rolle der Case Managerin als zentrale Ansprechperson, die ihr auch Informationen zum Thema Stomapflege geben konnte.

- Aus der Perspektive der Patientinnen und Patienten hinsichtlich der Thematiken WZ und LZ lässt sich resümierend festhalten, dass vor und nach der Implementierung des CMs die WZ als akzeptabel eingestuft wurden, hingegen die LZ vor der Intervention als negativ. Nach der Intervention wurden dahingehend keine Aussagen getätigt, was auf eine angemessene Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten schließen lässt.

Zusammenfassend sehen es die Patientin und der Patient als positiv an, individuelle Fragen bei der Übermittlung des Aufnahmetermins stellen zu können. Nach der Implementierung des CMs wurde die Koordination des Stagings von den Patientinnen und Patienten positiver empfunden als vor der Intervention bzw. im Vergleich zum Ist-Teilprozess (vgl. Abbildung 4).

2.11 Ergebnis Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Kommunikation hinsichtlich der behandlungspfadrelevanten Aktivitäten und Ereignisse

- Vor der Implementierung des CMs äußerten die Patientin (T1a) und der Patient (T4a) in den Interviews, sich nicht als gleichwertige Gesprächspartnerin und Gesprächspartner gefühlt zu haben. Die Gespräche zwischen dem ärztlichen Personal und der Patientin bzw. dem Patienten seien durch einen fehlenden Blickkontakt gekennzeichnet gewesen – verursacht durch parallel durchgeführten Aktivitäten der Ärztin bzw. des Arztes wie Eingaben in das KIS oder telefonischen Terminvereinbarungen. Dieser Aspekt wurde durch die Feldnotizen bestätigt. Des Weiteren äußerten die Betroffenen, sich in diesem Prozess als Störfaktor zu fühlen. Die Äußerungen der Patientin (T1a) und des Patienten (T4a) weisen auf ein Nicht-involviert-Sein in die Abläufe hin. Sie bemerken beide, dass über sie hinweg gesprochen wird. Als weiterer Grund für die Unzufriedenheit hinsichtlich der Kommunikation vor der Intervention nannten die

Eakin Cohesive® Hautschutz

100%
alkoholfrei

Sicher und hautfreundlich versorgen:

- Alkoholfrei! Brennt nicht! Auch nicht auf geschädigter Haut!
- Reizfreier Hautschutz
- Ideal für Patienten mit empfindlicher Haut



TIPP:

Eakin Cohesive® Hautschutzpaste für Stomapatienten mit konvexer Versorgung. Die Cohesive®-Paste dichtet optimal ab, bleibt flexibel und sorgt für maximalen Tragekomfort.

Eakin Cohesive® Hautschutzringe – oft kopiert und nie erreicht

- Einzigartige Fähigkeit, die Feuchtigkeit bis weit über 72 Stunden von der Haut fernzuhalten
- Hochresistenter Schutz vor Unterwanderung und Leckagen



Fragen, Muster,
Bestellungen:

0800/22 440 22
(gebührenfrei)

Eakin GmbH · Feringastrasse 6
85774 München-Unterföhring
Tel. 089/99 216 256
Fax 089/99 950 957
info@eakin.de · www.eakin.de

Patientin und der Patient fehlende zeitliche Ressourcen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die kein ausführliches, wertschätzendes Gespräch auf Augenhöhe mit den Pflegefachpersonen und der Ärztin bzw. dem Arzt zuließen.

- Nach der Implementierung des CMs standen für die Patientin (T1b) und den Patienten (T4b) die zwischenmenschliche und durch Respekt und Empathie gekennzeichnete Kommunikation mit der Case Managerin als zentrale Ansprechperson im Fokus. Beide Befragten hätten die Gespräche als Austausch auf Augenhöhe empfunden.

Insgesamt gesehen lässt sich eine Unzufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Qualität der zwischenmenschlichen Kommunikation vor der Implementierung des CMs erkennen. Nach der Intervention hoben die Patientin und der Patient die zufriedenstellende, auf die Patientin und den Patienten ausgerichtete zwischenmenschliche Kommunikation hervor.

2.12 Ergebnis Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten mit der Kooperation zwischen ärztlichem und pflegerischem Personal

- Die Patientin (T1a) und der Patient (T4a) beschreiben vor der Intervention eine unterschwellige spürbare Disharmonie zwischen den Berufsgruppen. Als Gründe dafür werden ein fehlender Informationsfluss, ein mangelndes Interesse an den Arbeitsabläufen der jeweils anderen Abteilungen bzw. Berufsgruppen, fehlende Ansprechpartnerinnen und -partner und ein typisches hierarchisches Abteilungsdenken genannt.
- Nach der Implementierung des CMs sind keine negativen Äußerungen und Ausführungen bzgl. der Zusammenarbeit von der Patientin und dem Patienten gemacht worden. Die Patientin (T1b) und der Patient (T4b) hätten die Zusammenarbeit zwischen dem pflegerischen und ärztlichen Personal in der zweiten Messphase gegenüber der ersten harmonisch empfunden. Zudem habe der Patient (T4b) den Hinweis des Arztes auf die Stomatherapie bzw. das Einbinden dieser als sehr beruhigend erlebt

- Durch den modellierten Ist-Teilprozess wird ersichtlich, dass vor der Implementierung des CMs zwei Aufnahmesituationen bestehen. Bedingt durch eine räumliche und personelle Trennung erfolgte einerseits eine Erhebung der medizinischen Anamnese in der elektiven Ambulanz durch die ärztliche Berufsgruppe, andererseits führten die Pflegefachpersonen in der Station xx ein pflegerisches Aufnahmegespräch durch. Eine Datenweitergabe erfolgte nicht. Die negativen Assoziationen, die mit den Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen der patientinnen- und patientenbezogenen Daten verbunden sind, spiegelten sich vor der Implementierung des Konzeptes CM in den Aussagen und in den Reaktionen der Patientin und des Patienten wieder. Die Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen werden vor allem von der Patientin (T1a) und dem Patienten (T4a) wahrgenommen und auch negativ kommentiert. Beide könnten es nicht nachvollziehen, warum auf bestehende Daten nicht zurückgegriffen wird bzw. die Daten im Zeitalter der Digitalisierung nicht weitergegeben werden. Vor der Intervention finden sich keine Aussagen oder Ausführungen in den Transkripten und/oder Feldnotizen, die die Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen als positives Ereignis beschreiben.

- Nach der Implementierung des CMs sei es einer Patientin (T1b) – im Gegensatz zum Patienten (T4b), bei dem ein Item doppelt abgefragt worden sei – nicht bewusst gewesen, dass patientinnen- und patientenbezogene Daten doppelt- bzw. mehrfach abgefragt wurden.

Insgesamt verweisen die qualitativen Resultate der Feldnotizen und der der Transkripte zu der Thematik der Zusammenarbeit zwischen dem ärztlichen und pflegerischen Personal vor der Implementierung des CMs aus der Perspektive der Patientin und es Patienten in eine nicht zufriedenstellende Richtung. Nach der Intervention des CMs gab es positive Äußerungen und Beschreibungen, die auf eine Zufriedenheit der Patientin und es Patienten mit der Kooperation zwischen den Berufsgruppen schließen lassen.

Demnach kann aus den dargestellten Resultaten zusammenfassend festgehalten werden, dass es Hinweise darauf

gibt, dass positive Veränderungen in den Dimensionen: Zeit, Dokumentation, Doppel- bzw. Mehrfacherfassungen und Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten, der Ärztin und des Arztes und die der Pflegefachpersonen mit der Koordination der Abläufe, der Kommunikation hinsichtlich der behandlungspfadrelevanten Aktivitäten und Ereignisse sowie der Kooperation zwischen dem ärztlichem und pflegerischem Personal nach der oben genannten Intervention aufgetreten sind.

3 Schlussfolgerungen

Aus den Ergebnissen, die aus den Perspektiven der Patientinnen und Patienten sowie der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter dargelegt wurden, wurden Hinweise ersichtlich, die positive Veränderungen in der Qualität des DKZs durch den fallgesteuerten, standardisierten Soll-Prozess aufzeigen, in dem die Stelle der bzw. des APN mit dem Schwerpunkt Stoma- und Kontinenzberatung integriert ist. Durch die Stellenbeschreibung, die speziell auf das Setting DKZ ausgerichtet ist (Anmerkung: liegt bei der Autoren auf) und in der das Handlungsfeld der bzw. des APN im Kontext des CMs beschrieben ist, wird das Aufgabenprofil, das u. a. die Fall- und Systemebene des CMs betrifft sowie die Edukation der Stomapatientinnen und -patienten einschließt, sichergestellt und die dafür erforderlichen Kompetenzen werden dargelegt.

Somit wurde eine Möglichkeit geschaffen, die Fallsteuerung als individuellen Aspekt im Kontext des CMs und im Handlungsfeld der bzw. des APN im sonst linear orientierten Behandlungspfad des Stagings einzufügen. Auf diese Weise sollen der Anspruch der Prozessorientierung im Sinne der Qualitätsmanagementsystems DIN EN ISO 9001:2015 erfüllt werden sowie jener der ganzheitlichen Sichtweise der Netzwerkstruktur eines Darmkrebszentrums.

Zur Absicherung der positiven Hinweise sind jedoch weitere Untersuchungen erforderlich, da die Stichprobe in der vorliegenden Arbeit klein ist und die Praxisforschung nicht den Anspruch einer Verallgemeinerung in den Fokus stellt. Interessant erscheint eine Überprüfung der Effektivität mit der Frage, ob die tendenziell positiven Ergebnisse explizit auf den Soll-Prozessablauf

Fußnoten

zurückzuführen sind oder ob die bzw. der APN mit ihren bzw. seinen individuellen Kompetenzen alleine diese Ergebnisse hervorrufen kann. Für solch eine Analyse müsste weitere Forschung betrieben werden, beispielsweise durch eine quasi-experimentelle Studie, die Effekte des Soll-Prozessablaufs mit dem Einsatz einer bzw. eines akademisierten APN mit dem Schwerpunkt Stoma- und Kontinenzberatung versus dem Einsatz einer Pflegefachperson in einem deutschen DKZ untersucht.

Die Masterarbeit schließt mit einem Zitat des Diplom-Psychologen Jochen Schweitzer, der sich u. a. in seinen Publikationen für die Beratung von Patientinnen und Patienten und deren Angehörigen einsetzt. Er fasst die systematische, aber auch individuelle Bedeutung des CMs als Konstrukt für die Patientinnen und Patienten, die er im Sinne der organisatorischen Denkweise auch „Kunden“ nennt, mit folgenden Worten zusammen.

„Wir sind mehr als die Summe unserer Teile“ (Schweitzer, 2013:21).

In diesem Sinne kann die bzw. der APN – mit ihrem bzw. seinem fachlichen Schwerpunkt der Kontinenz- und Stomaberatung – die Patientinnen und Patienten in einem DKZ im Handlungsfeld des CMs entlang des Behandlungspfades Rektumkarzinom ganzheitlich bzw. individuell begleiten und dabei evidenzbasiert, effektiv und effizient im Sinne des prozessorientierten QMs zielführend handeln.

Anmerkung: Literatur liegt bei der Autorin auf



Beate Wessel, MSc
Advanced Practice Nurse mit Schwerpunkt Stoma- und Kontinenzberatung
Am Krankenhaus 2
48231 Warendorf
E-Mail: b.wessel@jhwaf.de

¹ Ein kolorektales Karzinom ist ein „Karzinom im Bereich des Kolons bzw. Rektums“ (Psychembel, 2004:911). Das Karzinom selbst ist ein maligner Tumor, der vom Epithelgewebe ausgeht (vgl. Psychembel, 2004:911).

² Die evidenz- und konsensbasierte S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ ist eine medizinische Leitlinie und wurde von der Arbeitsgemeinschaft der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) entwickelt und verbreitet (vgl. Wagner, 2016:12–13). Sie existiert in einer Lang- und Kurzfassung. Grundlage dieser Arbeit bildet die Langversion 1.1 – August 2014 (vgl. Leitlinienprogramm Onkologie, 2014: 1–243).

³ „Advanced Nursing Practice/erweiterte pflegerische Praxis (ANP) ist ein Überbegriff über alle Maßnahmen zur Einführung einer erweiterten und vertieften Pflege“ (DBfK, 2014:5).

⁴ Der sog. supportive bzw. unterstützende Bereich innerhalb eines Darmkrebszentrums umfasst die Berufsgruppen der Stomatherapie, der onkologischen Pflege, Psychoonkologie, Schmerztherapie, Seelsorge, Physiotherapie und des Sozialdienstes. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter treffen sich, wie die Hauptkooperationspartnerinnen und -partner des Darmkrebszentrums in der Tumorkonferenz, einmal wöchentlich zur sog. Fallbesprechung der supportiven Therapie. Die Fallbesprechung bildet die Nahtstelle zwischen den ärztlichen Hauptkooperationspartnerinnen und -partnern und den Kooperationspartnerinnen und -partnern, der sog. supportiven Therapie (vgl. Wessel, 2012:7–8).

⁵ Edukation ist der Oberbegriff für die Information, Schulung und Beratung (vgl. Abt-Zegelin, 2014:13).

⁶ Das Stoma ist eine „Operativ hergestellte Öffnung an einem Hohlorgan zur Stuhl- und/oder Urinableitung über die Haut“ (Gruber/Droste, 2010:191).

⁷ Im Fokus des Tumor Stagings stehen die Planung und die Durchführung von definierten, interdisziplinären und abteilungsübergreifenden Untersuchungen zur Bestimmung der Tumorausdehnung und des vorläufigen Tumorstadiums (vgl. Hohenberger/Heuer, 2008:110).

⁸ Die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Gesundheits- und Krankenpfleger werden im weiteren Verlauf der vorliegenden Arbeit auch als Pflegefachpersonen bezeichnet.

⁹ „Diese Pfade beschreiben einen nach Möglichkeit evidenzbasierten Behandlungsverlauf, in dem die üblichen patientenbezogenen Aktivitäten der stationären und interprofessionellen Behandlung für eine bestimmte Patientengruppe beschrieben werden“ (Dahlgard/Stratmeyer, 2014a:83). Behandlungspfade dienen u. a. zur Optimierung von Prozessen und damit können sie zu einer Qualitätsverbesserung beitragen (vgl. Kahla-Witzsch, 2009:97).

¹⁰ Wagner und Käfer vergleichen miteinander Schnittstellen mit „Mauern“, die sich zwischen den jeweiligen Abteilungen bzw. Bereichen befinden. Diese Mauern bieten ein hohes Potenzial der Fehleranfälligkeit und es kommt im weiteren Verlauf zu Ablaufproblemen (vgl. Wagner/Käfer, 2013:1). „Schnittstellen innerhalb eines Prozesses oder zwischen zwei Prozessen entstehen dann, wenn mehrere Personen/Abteilungen etc. involviert sind, mit dem Risiko von Koordinationsmängeln durch unklare Abgrenzungen“ (Kahla-Witzsch, 2009:83).

¹¹ Laut dem Positionspapier des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe (DBfK), des Österreichischen Gesundheits- und Krankenpflegeverbandes (ÖGKV) und des Schweizer Berufsverbandes der Pflegefachfrauen und Pflegefachmänner ist eine bzw. ein APN eine Pflegeexpertin bzw. ein Pflegeexperte, die bzw. der sich Expertenwissen und klinische Kompetenzen angeeignet hat sowie über die Fähigkeit verfügt, u. a. bei komplexen Entscheidungsfindungen zu handeln. Ein Masterabschluss in Pflege gilt hierbei als Basis (vgl. DBfK, 2013:2). Hamric et al. sehen den Begriff APN als Oberbegriff an, unter dem Rollen wie „Clinical Nurse Specialist“, „Certified Nurse-Midwife“, „Certified Registered Nurse Anesthetist“ und „Nurse Practitioner“ in den amerikanischen Ländern subsumiert werden (vgl. Hamric et al., 2014:70).

¹² Kennzahlen sind „festgelegte Größen, die im Vergleich mit dem Erreichten einen Hinweis auf den Zielerreichungsgrad geben“ (Ertl-Wagner/Steinbrucker/Wagner, 2013:189).

¹³ Nicht wertschöpfende Aktivitäten „sind Tätigkeiten, die weder zu einer Nutzensteigerung führen noch den Erstellungsprozess unterstützen. [...] Nicht wertschöpfende Aktivitäten sind soweit wie möglich zu eliminieren“ (Fließ, 2009:237-238).

¹⁴ Der amerikanische Arzt Donabedian versteht unter Ergebnisqualität die Differenz zwischen dem Ist- und dem Soll-Zustand wie beispielsweise in Bezug auf die Zufriedenheit der Patientinnen und Patienten. Der Begriff der Strukturqualität beinhaltet die Rahmenbedingungen, die zur Erstellung eines Produktes oder einer Dienstleistung nötig sind, z. B. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, Technik etc. Die Prozessqualität umfasst dagegen die Gesamtheit aller Aktivitäten, die indirekt oder direkt an der Erstellung der Dienstleistung oder des Produktes beteiligt sind (vgl. Donabedian, 1980:86).

¹⁵ Diese drei Aspekte werden in dieser Masterarbeit unter dem Begriff der Qualität im Sinne von Dienstleistungen zusammengefasst (vgl. Gögele, 2016:16).

¹⁶ Im Folgenden wird die Implementierung des Handlungskonzeptes CM mit der Stabsstelle APN im Sinne eines Vorher-nachher-Vergleichs auch als Intervention bezeichnet (vgl. Behrens/Langer,

2010:197). Wird die Intervention CM genannt, ist gleichzeitig die Implementierung der Stabsstelle APN mit gemeint.

¹⁷ Unter grauer Literatur wird unveröffentlichte Literatur verstanden (vgl. Kleibel/Mayer, 2011:19).

¹⁸ Diese Methode der Literatursuche wird auch als Berrypicking-Methode bezeichnet und erfolgt mehr oder weniger unstrukturiert. Die bzw. der Suchende lässt sich eher durch Verweise inspirieren (vgl. Kleibel/Mayer, 2011:65).

¹⁹ Das medizinische Wissen weist eine Halbwertszeit von fünf Jahren auf. Das bedeutet, dass die Hälfte des vorhandenen Wissens alle fünf Jahre überholt wird. Für ein Forschungsprojekt ist es jedoch empfehlenswert, einen Zeitraum von ca. zehn Jahren abzudecken (vgl. Lo-Bionda Wood/Haber, 2005:153).

²⁰ In dieser Praxisforschung werden verschiedene Datenquellen integriert. Kuckartz postuliert zu dieser Thematik: „[...] d. h. dasselbe Phänomen wird zu verschiedenen Zeiten und/oder an verschiedenen Orten an verschiedenen Populationen beobachtet (gemessen), wobei die Erhebungsmethode die gleiche bleibt“ (Kuckartz, 2014:46). Grundsätzlich ist dabei eine Kombination

verschiedener Triangulationstypen wie der Datentriangulation, Beobachter- oder Forschertriangulation, Theoretiertriangulation und der Methodentriangulation möglich (vgl. Kuckartz, 2014:47).

²¹ Der Begriff Methodentriangulation bezieht sich auf den „Einsatz vielfältiger Methoden, um ein Forschungsproblem anzugehen (z. B. Beobachtungen plus Interviews)“ (Polit/Beck/Hungler, 2012:303). Dabei kann es sich einerseits um Methoden des gleichen Bereichs – des qualitativen oder quantitativen Forschungsansatzes – handeln, andererseits können Methoden beider Methodenbereiche (qualitativ und quantitativ) eingesetzt werden (vgl. Kuckartz, 2014:46-47).

²² Das Datenanalyseprogramm MAXQDA Analytics Pro 12 (Release 12.3.1) wird im weiteren Verlauf der Masterarbeit als MAXQDA 12 bezeichnet.

²³ Die Resultate der Dokumentengruppe A basieren zunächst auf den Datenerhebungen des ersten Messzeitraumes vom 01.11.2016 bis zum 30.12.2016. Demgegenüber stehen die Ergebnisse der Dokumentengruppe B, die sich nach der Implementierung des CMs, während des Messzeitraumes vom 02.01.2017 bis zum 01.03.2017, ergaben.



University of Applied Sciences
APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft



Abscannen um
einfach zur
Umfrage zu
gelangen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

im Rahmen meiner Bachelor-Arbeit untersuche ich die Umsetzung der pflegerischen Patientenedukation in der chronischen Wundversorgung.

Unter Patientenedukation wird die Information, Beratung, Anleitung und Schulung der Patienten und deren Angehörigen verstanden. Durch Edukation sollen Patienten und deren Angehörige in ihren gesundheitsbezogenen Selbstmanagementkompetenzen gestärkt werden. Sie sollen befähigt werden, eigene Strategien zu entwickeln, um mit ihrer Erkrankung leben zu können und aktiv an der Behandlungsgestaltung mitzuwirken.

Ich bitte alle interessierten Pflegefachkräfte in Deutschland, die – unter anderem – im Bereich chronischer Wundversorgung tätig sind, an meiner Umfrage teilzunehmen.

Mit dem untenstehenden Link oder Barcode gelangen Sie zur Online-Umfrage und erhalten weitere Informationen. Ich würde mich freuen, wenn Sie sich ca. 10 Minuten Zeit nehmen, um den Fragebogen auszufüllen. Die Umfrage ist bis zum 02. September online geschaltet.

Herzlichen Dank für die Unterstützung!
Michaela Wiese

https://ww2.unipark.de/uc/miwiese_Apollon_Hochschule_Breme/f74b/

SenSura® Mio Konkav ist einzigartig für individuelle Rundungen.

Die
Neuheit

SenSura® Mio Konkav ist die erste Stomaversorgung die für Stomaträger mit Rundungen wie Bauchrollen, adipösen Körperformen oder parastomalen Hernien entwickelt wurde. Die gewölbte, sternenförmige Basisplatte haftet sicher auf Rundungen aller Art und lässt sich faltenfrei anbringen. Durch die Flügel der Basisplatte werden die Wölbungen »umarmt« und die Basisplatte hat Dank BodyFit Technologie® einen sicheren Sitz.

Probieren auch Sie, wie **SenSura® Mio Konkav** das Leben Ihrer Patienten erleichtern kann und fordern Sie kostenfreie Muster an:
www.sensuramiokonkav.coloplast.de



 **Coloplast**

SenSura® Mio Concave

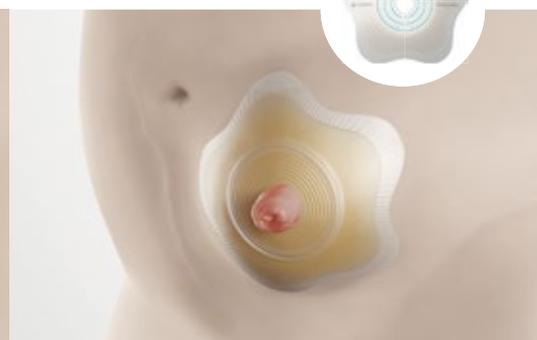
SenSura® Mio Plan



SenSura® Mio Konvex



SenSura® Mio Konkav



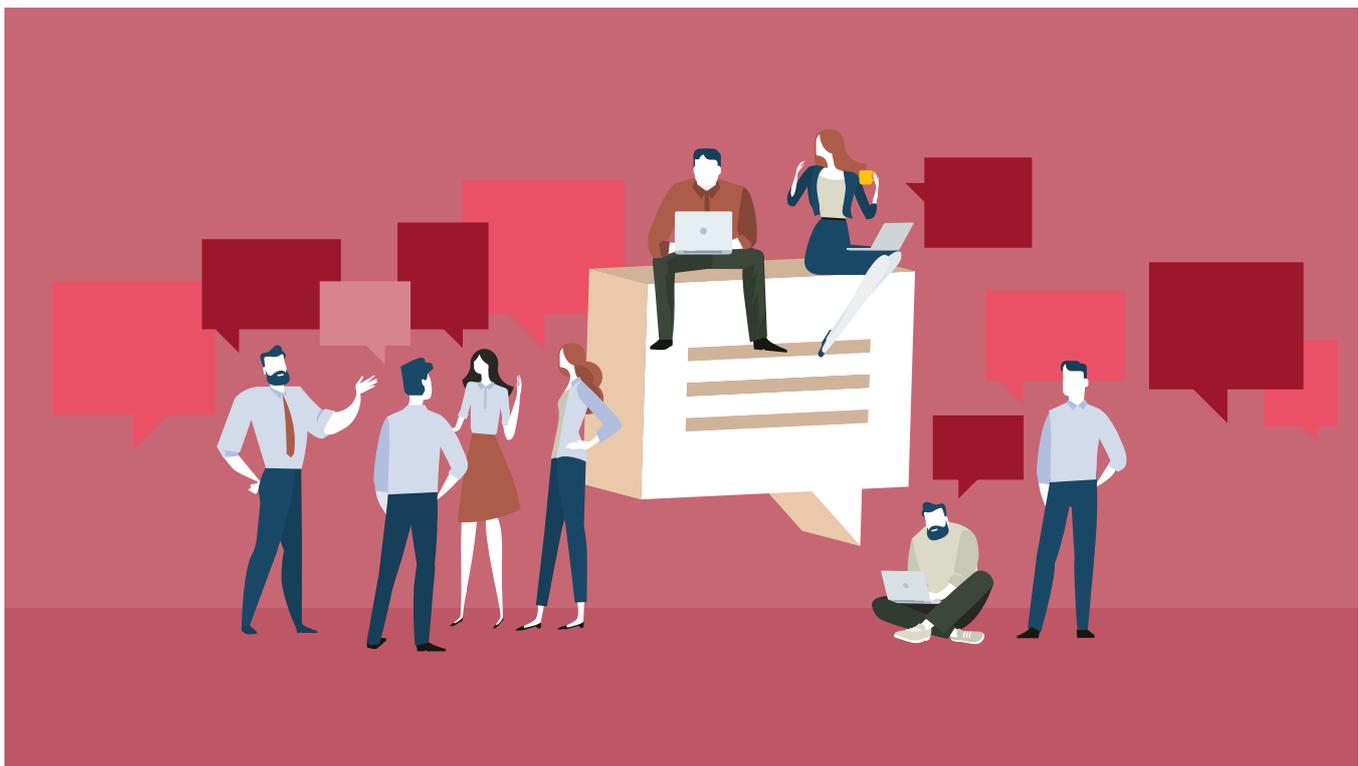
SenSura® Mio Konkav ist Bestandteil des SenSura® Mio Sortiments mit Versorgungen für ebene, nach innen gewölbte oder nach außen gewölbte Stomaumgebungen.
SenSura® Mio passt zu jeder Körperform.





Komplexes Thema Wunde – Ein Forum, das für alle Gewinn bringt

Wunden, die nicht heilen, fordern die ganze Kunst der modernen Medizin und Pflege. Weil sie meist als Komplikationen diverser Grunderkrankungen wie Diabetes oder Durchblutungsstörungen auftreten, von denen vor allem ältere Betroffene oft mehrere haben, braucht es für eine optimale Versorgung ein professionelles Zusammenspiel verschiedener medizinischer Fachgebiete und Pflegeberufe, aber auch der Kostenträger sowie der gesundheitspolitischen Weichensteller. Etwa vier Millionen Menschen in Deutschland leiden an chronischen Wunden. Und angesichts einer alternden Gesellschaft dürfte deren Zahl in Zukunft tendenziell zunehmen.



Wenn im Dezember Fachärzte, Hausärzte und Pflegefachkräfte zum 1. Nürnberger Wundkongress zusammenkommen, dann mit dem gemeinsamen Ziel, die Versorgung jener Patienten nachhaltig zu verbessern. So vielfältig und individuell die Ursachen offener Wunden, so wichtig die Frage nach der richtigen Therapie und Pflege. Neue wissenschaftliche Ansätze und Erkenntnisse sind hier ebenso bedeutend wie praktische Fertigkeiten für den Berufsalltag – und nicht

zuletzt die Notwendigkeit, den Überblick zu behalten über immer neue Hightech-Produkte für die Wundversorgung und deren korrekte Anwendung. Herausforderungen, die alle Beteiligten nur gemeinsam schultern können, ist Tagungspräsident Prof. Dr. Bert Reichert sicher. „Deshalb wollen wir Ärzte und Pflegekräfte aus allen Bereichen zusammenbringen und ihnen ein Forum bieten, das gewinnbringend für alle ist.“ Das komplexe Thema Wunde zu erfassen, hieße eben, alle Perspektiven

zu kennen, die für den einzelnen Patienten von Bedeutung sind. Das Kongressmotto „Gemeinsam unterwegs“ steht für diesen Anspruch. Auch über den Kongress hinaus: Netzwerke knüpfen, neue Wege der Kommunikation implementieren. – Nach Reicherts Wunsch legt der 1. Nürnberger Wundkongress viele Grundsteine.

Spezielle medizinische Perspektiven für eine solche Tagung indes sind viele denkbar. „Ein Thema wie die Wunde ist

Anlässlich des Welt-Stomatages 2018

Gemeinsame Fortbildung der FgSKW e.V. und der Deutschen ILCO, LV – Baden-Württemberg e.V.

Kostenpauschale incl. Verpflegung

- Mitglieder FgSKW e.V./ILCO e.V. kostenfrei
- Interessierte 40,00 €

Parastomale Hernie-Prävention und Therapie

Verleihung des Pflegepreises der FgSKW e.V.

Am Samstag den 6. Oktober 2018
 Evangelische Akademie Bad Boll, Akademieweg 11,
 73087 Bad Boll

Weitere Informationen und die Anmeldung unter: www.fgskw.org/aktuelles/termine.php

sicher nie erschöpfend betrachtet", sagt Reichert. Deshalb soll das Nürnberger Kongress-Konzept einem „Wechselmodell“ bei der wissenschaftlichen Programmgestaltung folgen: Liegt sie in diesem Jahr bei Reichert in den Händen eines Spezialisten für plastische Chirurgie, so steht ihm zur Seite mit dem Dermatologen Prof. Dr. Erwin Schultz bereits der Regisseur für 2019. Danach könnte möglicherweise eine unfallchirurgische Position folgen und so weiter.

Zu den Schwerpunkten im Auftaktjahr gehören neben wichtigen Kernthemen wie dem diabetischen Fuß oder der Versorgung von Dekubitalgeschwüren etwa moderne Versorgungskonzepte für traumatische Wunden oder innovative Therapieansätze wie die Eigenfetttherapie. Seltene Wunden wie bei exfoliativen Hauterkrankungen – aber auch seltene Ursachen chronischer Wunden stehen ebenfalls auf dem Programm. Wie wichtig Interdisziplinarität in der Wundtherapie ist – und wie sie praktisch funktionieren kann, wird am Beispiel des ersten zertifizierten

Interdisziplinären Wundzentrums am Klinikum Nürnberg vorgestellt. Zu den besonderen Highlights gehören neue Behandlungsmethoden bei Verbrennungen sowie bei Verbrühungen im Kindesalter. Und – den Unwägbarkeiten der modernen Zeit geschuldet: Auch dem Szenario eines Massenansturms von Verletzten durch terroristische Akte gebührt Aufmerksamkeit. Noch im Dezember 2016 anlässlich des Anschlags auf den Berliner Weihnachtsmarkt schätzte die Deutsche Gesellschaft für Unfallchirurgie im Vergleich zu Attentaten wie in Paris (2015) oder Brüssel (2016) ein, dass Rettungskräfte und Kliniken in Deutschland auf derartige Ereignisse noch nicht vorbereitet seien.

Zahlreiche Seminare und Workshops richten sich mit praktischen Einblicken an Fachkräfte. Hier reicht das Spektrum von Aspekten der Ausbildung im Wandel der Jahre über die Handhabung bestimmter Materialien, einen „Erste-Hilfe-Lehrgang“ in Stressbewältigung für Pflegenden bis hin zu einer exemplarischen Präsentation interdisziplinärer Zusammenarbeit im „Wundnetz

Thüringen“. – Immer angedacht auch: Zeit und Gelegenheit für Austausch und Diskussion. Weit über Nürnberg hinaus soll der Kongress Interessenten ansprechen.

Die große Vielfalt an Themen sowie renommierte Referenten aus Deutschland, aber auch aus Österreich, der Schweiz und Großbritannien versprechen eine lohnende Reise.

Veranstalter
 Conventus Congressmanagement
 & Marketing GmbH
 Jana Görls / Marlen Schiller
 Carl-Pulfrich-Straße 1
 07745 Jena
 Tel.: +49 36 41 31 16-3 45/-3 58
 Fax: +49 36 41 31 16-2 43
 Mail: wuko@conventus.de

Pressekontakt
 Conventus Congressmanagement
 & Marketing GmbH
 Anja Blankenburg
 Tel.: +49 36 41 31 16-2 83
 Fax: +49 36 41 31 16-2 43
 Mail: anja.blankenburg@conventus.de

Programm

- 09:30 Uhr **Come together**
 Eröffnung der begleitenden Industrieausstellung
- 10:00 Uhr **Begrüßung**
 Herr Werner Droste, Herr Kurt Kern
- 10:15 Uhr **Physiotherapie zur Prävention von parastomalen Hernien**
 Frau Petra Linkenbach
- 10:45 Uhr **Stomatherapie zur Prävention und Komplikationsmanagement bei parastomalen Hernien**
 Rainer Baumgärtner
- 11:15 Uhr **Diagnostik der parastomalen Hernie**
 PD Dr. med. Roland Moll
- 11:45 Uhr **Chirurgische Prävention und Therapie der parastomalen Hernie**
 Herr Prof. Dr. Bernd Reith
- 12:15 Uhr **Mittagspause** – kollegialer Austausch und Besuch der begleitenden Industrieausstellung
- 13:30 Uhr **Aktuelles aus der Arbeit der Selbsthilfe**
 Herr Kurt Kern
- 13:45 Uhr **Aktuelles aus der Fachgesellschaft**
 Herr Werner Droste
- 14:00 Uhr **„Schamgefühl bei Menschen mit Stoma“**
 Frau Sati Taskin
- 14:30 Uhr **„Typisch Crohn“ Vorurteil oder Realität?**
 Frau Sabrina Dittmeyer
- 15:00 Uhr **„Ausgewählte Aspekte in der Beratung von Urostomiepatienten mit dem Schwerpunkt hygienespezifischer Fragestellungen“**
 Herr Dominik Öhrlein
- 15:30 Uhr **Verleihung der Pflegepreise für das Jahr 2017**
 Resümee und Verabschiedung
- 16:00 Uhr **Kaffeepause, kollegialer Austausch und Besuch der begleitenden Industrieausstellung**
- 16:30 Uhr **Ende der Veranstaltung**



DREI SCHUTZWÄLLE FÜR EINE GESUNDE HAUT

Der Dansac TRE Hautschutzring ist mehr – dank seiner drei Schutzwälle Adhäsion, Absorption und pH-Balance unterstützt er die natürliche Gesundheit der Haut.

Erfahren Sie mehr darüber, wie der Dansac TRE Hautschutzring hilft Ihre Haut zu schützen: www.dansac.de


DANSAC **TRE SEAL**

dansac 
Dedicated to Stoma Care

Wohin damit?

Leitfaden zum Umgang mit opioidhaltigen Schmerzplastern

Mehr als 30 Millionen opioidhaltige Schmerzplaster mit den Wirkstoffen Fentanyl und Buprenorphin werden jährlich von den Apotheken in Deutschland ausgegeben. Die Wirkstoffe sind hochpotent und können auch gefährlich werden. Im Rahmen des heutigen Aktionstages gegen den Schmerz hat der DBfK einen neuen "Leitfaden für den Umgang mit opioidhaltigen Schmerzplastern" vorgestellt.

In einer Pressekonferenz in Berlin aus Anlass des bundesweiten ‚Aktionstags gegen den Schmerz‘ hat der Deutsche Berufsverband für Pflegeberufe (DBfK) heute einen 12-seitigen „Leitfaden für den Umgang mit opioidhaltigen Schmerzplastern“ vorgestellt. Die Broschüre wurde geschrieben von den DBfK-Pflegeexperten Schmerz. Sie ergänzt die Gebrauchsinformationen der Pharma-Hersteller mit praxisnahen Tipps und Empfehlungen aus der langjährigen Erfahrung professionell Pflegenden in der Anwendung dieser Pflaster.

„Knapp 31 Millionen opioidhaltige Schmerzplaster sind 2016 von öffentlichen Apotheken ausgegeben worden – eine große Menge. Die Wirkstoffe, um die es hier geht, sind Fentanyl und Buprenorphin. Beides hochwirksame synthetische Opioide, die neben ihrer schmerzlindernden Wirkung auch ganz erhebliche Nebenwirkungen haben und gefährlich werden können. Fentanyl ist bis zu hundertmal stärker als Heroin, das macht gebrauchte Schmerzplaster interessant für Drogenabhängige. Umso wichtiger, dass einerseits die Schmerzpatienten selbst, andererseits aber auch diejenigen, die sie pflegen und versorgen, gut Bescheid wissen und sorgsam mit diesen Plastern umgehen“, sagte DBfK-Präsidentin Prof. Christel Bienstein bei der Pressekonferenz.

Im Rahmen der Arbeit am Leitfaden hat sich die DBfK-Fachgruppe besonders dem Thema der Entsorgung gebrauchter Schmerzplaster gewidmet. Aus gutem Grund, denn die Plaster enthalten noch bis zu 70% der ursprünglichen Wirkstoffmenge, das wissen auch Drogenabhängige. Das Opioid Fentanyl kommt inzwischen mehr und mehr in der Drogenszene an. Abhängige suchen die Plaster im Müll von Kliniken, Heimen und Hospizen, kochen sie aus und injizieren den Wirkstoff. Die Droge ist

mittlerweile für zahlreiche Todesfälle unter Drogenabhängigen verantwortlich.

Die Entsorgung der Plaster ist bisher gesetzlich nicht geregelt, nur in wenigen Einrichtungen gelten interne Vorgaben. Die Unsicherheit ist groß, wie mit gebrauchten Schmerzplastern umzugehen ist. Angesichts der Gefahren und des zunehmenden Missbrauchs empfiehlt der DBfK Einrichtungsleitungen und Pflegedienstbetreibern, innerbetriebliche Anweisungen vorzugeben. Das Bundesgesundheitsministerium sollte eine Konkretisierung des Betäubungsmittelgesetzes prüfen.

Der „Leitfaden für den Umgang mit opioidhaltigen Schmerzplastern“ kann als Download abgerufen oder kostenlos im DBfK-Shop bestellt werden. Die Broschüre richtet sich an Betroffene, pflegende Angehörige, aber auch an Pflegefachpersonen in Kliniken, Heimen und in der häuslichen Pflege.

*Deutscher Berufsverband für
Pflegeberufe, DBfK e.V.
Bundesverband
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: +49 30 21 91 57-0
Fax: +49 30 21 91 57-77
E-Mail: dbfk@dbfk.de*



Bild: DBfK e.V.



26. bis 29. September 2018 in Düsseldorf
REHACARE

Messe Düsseldorf GmbH
Messeplatz, Stockumer Kirchstraße 61
40474 Düsseldorf
Telefon: +49 (0)211 4560-01
Fax: +49 (0)211 4560-668
E-Mail: info@messe-duesseldorf.de
www.messe-duesseldorf.de



26.–29. September 2018 in Dresden
70. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Urologie e. V.

Deutsche Gesellschaft für Urologie e.V.
Uerdinger Str. 64
40474 Düsseldorf
Tel.: 0211/516096-0
Fax: 0211/516096-60
info@urologenportal.de
www.dgu-kongress.de



10.–13. September 2018
Fortbildung "Experte für neurogene Darmfunktionsstörungen"
Manfred-Sauer-Stiftung

Neurott 20
74931 Lobbach
Tel.: +49 (0) 62 2 69 60 25 0
Fax +49 (0) 62 2 69 60 25 35
info@manfred-sauer-stiftung.de
www.manfred-sauer-stiftung.de



5.–6. Oktober 2018

FUSS 2018
Deutscher Verband für Podologie (ZFD) e.V.
Tel.: 02591 980736-0
Fax: 02591 980736-6
E-Mail: info@podo-deutschland.de
www.fuss2018.de



18. Oktober 2018 in Mannheim

2. Mannheimer Wundkongress
Wundnetz Kurpfalz e.V.
In den Auwiesen 16
69168 Wiesloch
Tel.: 06222 30456 0
Fax 06324 8738 128
E-Mail: info@kurpfalz-wun.de
www.kurpfalz-wun.de

24. November 2018 in Bad Krozingen

11. Freiburger Wundsymposium
Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1
07745 Jena
post@conventus.de
www.conventus.de
www.freiburger-wundsymposium.de



23. und 24. November 2018 in Regensburg

9. Internationalen Wundkongress
D-A-CH-EE
Verein der Freunde und Förderer der Pflege am Universitätsklinikum Regensburg e.V.
Franz-Josef-Strauß-Allee 11
93053 Regensburg
Tel.: +49 9 41 / 9 44 - 69 33
Fax: +49 9 41 / 9 44 - 69 52
www.vffp.de



29. November 2018

Interdisziplinärer WundCongress 2018
PWG-Seminare
Salierring 48, 50677 Köln
Telefon: 0221 / 95 15 84-0
Telefax: 0221 / 95 15 84-1
E-Mail: info@pwg-seminare.de
www.wundcongress.de



28. November 2018 in Berlin

5. Homecare-Management-Kongress
BVMed – Bundesverband Medizintechnologie e.V.
Reinhardtstraße 29b
10117 Berlin
Tel. (030) 246 255-0
Fax (030) 246 255-99
E-Mail: info@bvmed.de
www.bvmed.de



6.–8. Dezember 2018

1. Nürnberger Wundkongress
Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1
07745 Jena
www.conventus.de
www.nuernberger-wundkongress.de



22. und 23. März 2019 in Magdeburg

9. Mitteldeutschen Wundkongress
Transfernetzwerk Bildung GmbH
Mühlenstraße 1 (Postfach 02)
57573 Hamm/ Sieg
Telefon (0 26 82) 95 21 90
Fax (0 26 82) 95 21 60
E-Mail info@tnbildung.de
www.tnbildung.de
www.mitteldeutscherwundkongress.de

MagSi®

MAGAZIN

FgSKW
STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Die Zeitschrift **MagSi®** Magazin Stoma – Kontinenz – Wunde ist das offizielle Organ der FgSKW Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. und DIE Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik mit dieser Thematik im deutschsprachigen Raum.

Erscheinungsmonate: April, August, Dezember

Jahresabonnement zum Bezugspreis von Euro 15,00 zzgl. Versandkosten.

Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn keine schriftliche Kündigung zum 30. 09. d. J. bei uns eingeht.

Die Bestellung ist innerhalb von 10 Tagen schriftlich widerrufbar.

Es gilt das Poststempel- oder Faxsendedatum.

Ja, ich möchte abonnieren!

- Ich abonniere die Zeitschrift **MagSi®**
- Ich bezahle nach Rechnungserhalt
- Bitte buchen Sie den Rechnungsbetrag von folgendem Konto ab:

Geldinstitut:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Unterschrift:

Absenderangaben

Titel:

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Datum:

Unterschrift, Stempel:

Bitte senden Sie Ihre Bestellung an:

Marianne Franke – Sekretariat

FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.

Niklaus-Groß-Weg 6 · 59379 Selm

Fax.: 02306-378-3995 · E-Mail: sekretariat@fgskw.org

Nr. 77 · 08/2018



Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e.V.
Bundesverband
Alt-Moabit 91
10559 Berlin
Tel.: 030/219157-0
dbfk@dbfk.de – www.dbfk.de



Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.
Geschäftsstelle: c/o Brigitte Nink-Grebe
Glaubrechtstraße 7, 35392 Giessen
Tel.: 0641/6868518
dgfw@dgfw.de – www.dgfw.de



Initiative Chronische Wunden e.V.
Geschäftsstelle: Brambusch 22, 44536 Lünen
Tel.: 0231/7933121 – www.icwunden.de



Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.
Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover
Tel.: 0511/282608
Bv-Kinderkrankenpflege@t-online.de



Wannsee-Akademie
Ansprechpartnerin: Frau Barbara Loczenski
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin
Tel.: 030/80686 – 040/100
E-Mail: akademie@wannseeschule.de
www.wannseeakademie.de



DAA Deutsche Angestellten Akademie
Angersbachstr. 4, 34127 Kassel
E-Mail: information@daa.de
www.daa.de



Stoma-Welt.de
Am Bettenheimer Hof 26
55576 Sprendlingen
info@stoma-welt.de / www.stoma-welt.de



WundMitte GmbH
Sabrina Gaiser-Franzosi, Brigitte Sachsenmaier
Gewerbestr. 36, 70565 Stuttgart
info@wundmitte.de / www.wundmitte.de

Mitgliedsverbände



Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung – DCCV – e.V.
Bundesgeschäftsstelle:
Inselstraße 1, 10179 Berlin
Tel.: 030/2000392-0
Fax: 030/2000392-87
Internet: http://www.dccv.de



Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
Geschäftsstelle:
Friedrichstraße 15, 60323 Frankfurt
Tel.: 069 – 79588393
www.kontinenz-gesellschaft.de



Deutsche ILCO e.V.
Bundesgeschäftsstelle:
Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn
Tel.: 0228/338894-50
info@ilco.de – www.ilco.de



Gesellschaft zur Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselstörungen GRVS e.V.
Geschäftsstelle:
Ketterberg 2, 97980 Bad Mergentheim
Tel.: 07931/591-569
postmaster@grvs.de – www.grvs.de



Ingrid Hametner

100 Fragen zum Umgang mit Menschen mit Demenz

Diagnostik & Symptome – Kommunikation & Hilfe – Krisen & Interventionen. Mit dem neuen Pflegebedürftigkeitsbegriff

Verlag: Schlütersche
4. aktualisierte Auflage 2018
135 Seiten, Paperback
ISBN 978-3-89993-96-13 € 19,95

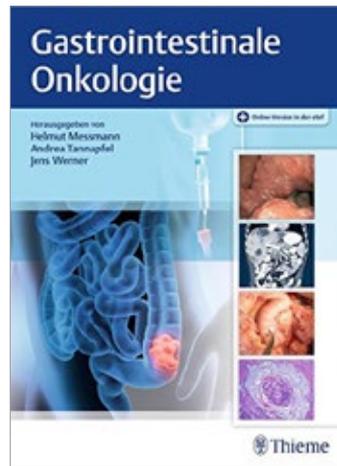
Gerade für Menschen mit Demenz brachte der neue Pflegebedürftigkeitsbegriff die endlich erwartete Hilfe: Geistige und körperliche Einschränkungen besitzen nun dasselbe Gewicht, wenn es um den Pflegegrad geht.

Es steht mehr Geld zur Verfügung, um die Pflege von Menschen mit Demenz individuell und wertschätzend zu gestalten.

Die 4., aktualisierte Auflage dieses Buches beantwortet 100 wichtige Fragen für eine kreative, fachgerechte Pflege und Betreuung von Menschen mit Demenz.

Auch die Selbstpflege der Pflegenden kommt nicht zu kurz. Denn die Betreuung von Menschen mit Demenz ist eine große Herausforderung – und jeder in der Pflege Tätige sollte Strategien kennen, um mit den Belastungen umgehen zu können.

Hier könnte auch
Ihr Buchbeitrag
veröffentlicht werden.



Herausgeber: Helmut Messmann,
Andrea Tannapfel, Jens Werner

Gastrointestinale Onkologie

Verlag: Thieme
1. Auflage 13. Juni 2018
448 Seiten, Paperback
ISBN 978-3-13176-76-15 € 149,99

Die gastrointestinale Onkologie hat sich durch moderne Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten zu einem großen und klinisch wichtigen Schwerpunkt innerhalb der Gastroenterologie entwickelt. Viele der in der Gastroenterologie behandelten Tumoren haben nicht zuletzt aufgrund ihrer Häufigkeit eine hohe Bedeutung im klinischen Alltag. Die diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten der vielgestaltigen Krankheitsbilder haben in den letzten Jahren teils große Fortschritte gemacht. Eine besondere Bedeutung für die optimale Patientenversorgung hat ein gut abgestimmtes interdisziplinäres Vorgehen bei Diagnostik und Therapie.

Mit diesem Werk können Sie sich auf den aktuellsten Stand bringen und Ihr Wissen in der gastrointestinalen Onkologie vertiefen. Die Kapitel sind übersichtlich strukturiert und von Experten aus den verschiedenen für die Diagnose und Behandlung relevanten Fachgebieten geschrieben. Profitieren Sie von aktuellen und umfassenden Informationen zum gesamten Themenbereich der gastrointestinalen Onkologie!

Jederzeit zugreifen: Der Inhalt des Buches steht Ihnen ohne weitere Kosten digital in der Wissensplattform eRef zur Verfügung (Zugangscode im Buch). Mit der kostenlosen eRef App haben Sie zahlreiche Inhalte auch offline immer griffbereit



Stefanie Hellmann,
Rosa RöBlein

Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege

Akute Schmerzen. 2 Standards.
Chronische Schmerzen.

Verlag: Schlütersche
2., aktualisierte Auflage 2017
96 Seiten, 14,8 x 21,0 cm, Paperback
ISBN 978-3-89993-83-95 € 19,95

Pflegekräfte müssen die individuelle Schmerzsituation von Patienten und Bewohnern erkennen und systematisch erfassen können. Es gehört zu ihren Aufgaben, zwischen akuten und chronischen Schmerzen zu unterscheiden und individuelle pflegerische Maßnahmen zu planen und dokumentieren zu können. Dieses Buch stellt die beiden Expertenstandards zum „Schmerzmanagement in der Pflege“ vor.

Außerdem zeigt es die Verbindungen zwischen Expertenstandards, Transparenzkriterien und Qualitätsprüfungsrichtlinien.

Viele Formulierungsbeispiele zum Thema „Schmerz“ machen das Buch zu einem handlichen und praktischen Ratgeber.

Über Stefanie Hellmann | Rosa RöBlein

Stefanie Hellmann ist Diplom-Pflegewirtin (FH), Dozentin, Heimleiterin und staatlich examinierte Altenpflegerin. Rosa RöBlein ist Gerontologin (M. Sc.), Diplom-Pflegewirtin (FH), TQM-Auditorin, Mitarbeiterin beim MDK sowie Altenpflegerin und Gesundheits- und Krankenpflegerin.



Hollister & Dansac Stoma Kongress in Fulda

Der aus den letzten Jahren bekannte und von Dansac durchgeführte Stoma Kongress fand dieses Jahr erstmalig unter gemeinschaftlicher Regie von Hollister und Dansac statt.

Vom 19. bis zum 21. Juni 2018 erhielt klinisches Fachpersonal in Fulda die Möglichkeit, sich über verschiedene Themen rund um das Stoma zu informieren, weiterzubilden und von den Erfahrungen der eingeladenen Referenten zu profitieren.

Das Interesse der Teilnehmer war sehr groß, als Hollister Incorporated, Niederlassung Deutschland und die Dansac GmbH zum Stoma Kongress einluden – denn es bot sich eine informative und abwechslungsreiche Fortbildung, die mit dem im „Alten Schlachthof“ gelegenen ITZ Fulda – einem wunderschönen Gebäude im Gründerzeitstil – eine ideale Umgebung für diesen Kongress gefunden hatte. Dieser Einladung folgten insgesamt über 120 Teilnehmer.

Vor Ort waren unsere Referenten ein bunter Mix aus Stomatherapeuten, Urotherapeuten, Physiotherapeuten, Betroffenen und qualifizierten Ärzten. Stomakomplikationen, Fistelversorgung, Kinderversorgung und das Kurzdarmsyndrom, sowie interessante und spannende Fälle aus der Praxis von Stomatherapeutinnen, bildeten eine gelungene Kombination interessanter Fachthemen. Die Vorträge über Patientenedukation, Psychoonkologie, Ernährung, Sexualität, Kontinenzförderung bei tiefer Rektumresektion und das Beckenbodentraining wurden von den Teilnehmern gut besucht.

Vor Ort hatten die Teilnehmer zudem noch die Möglichkeit an Workshops wie z.B. dem praktischen Beckenbodentraining, der Fotodokumentation oder der interaktiven Reise durch den Gastrointestinaltrakt teilzunehmen.

Abgerundet wurde der Kongress durch medizinische Vorträge wie die Zystektomie, der offene Bauch, die Stomarückverlagerung und Hautgesundheit.

Die Gesunderhaltung peristomaler Haut war zentrales Thema bei den Markenauftritten von Hollister Stomaversorgung und Dansac. Hollister näherte sich diesem über die Auswirkungen von peristomalen Hautkomplikationen (PHK) auf die Lebensqualität von Stomaträgern und den positiven Beitrag, den der CeraPlus Hautschutz von Hollister zur Vermeidung von PHKs leisten kann. Dieser wurde in der kürzlich veröffentlichten ADVOCATE-Studie wissenschaftlich nachgewiesen. Eine Zusammenfassung der erfreulichen Ergebnisse der ADVOCATE-Studie können Sie in der MagSi Ausgabe 76 nachlesen. Bei Dansac stand der Auftritt ganz im Zeichen der neuesten Produktinnovation: dem Dansac TRE Hautschutzring. Am Dansac-Glücksrad konnten die Besucher ihr Wissen rund um dessen drei Schutzwälle Adhäsion, Absorption und pH-Balance testen und Interessantes über die Rolle von Verdauungsenzymen

bei der Entstehung von PHKs erfahren. Der Stand bot auch eine willkommene Anlaufstelle, um sich mit Fachkollegen auszutauschen, die bereits erste Anwendungserfahrungen mit dem Dansac TRE Hautschutzring gesammelt haben.

Nach jedem Mittagessen wurde eine aktive Mittagspause mit Beckenbodenübungen für die Teilnehmer angeboten, welche auch trotz warmer Temperaturen begeistert angenommen wurde, bevor dann das Nachmittagsprogramm startete.

Die Selbsthilfegruppen Stoma-Welt e.V. und „Stoma-na und“ waren auch vor Ort und konnten durch ihre mitgebrachten Informationsmaterialien zum gelungenen Austausch beitragen. Die Fachgesellschaft FgSKW unterstützte die Fortbildungsveranstaltung nicht nur mit einem Vortrag und Workshop sondern auch mit einem Informationsstand.

Wir bedanken uns bei allen Teilnehmern, Referenten, Ausstellern und helfenden Händen, die den Stoma Kongress zu einem besonderen Erlebnis gemacht haben.

Sonja Alstetter
Clinical Education,
Hollister Incorporated & Dansac GmbH

Weiterbildung Wundversorgung

Ein Dschungel ohne Wiederkehr?

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden ist ein komplexes Thema. Spannend, herausfordernd und interessant. Die Zahl der Anbieter diverser Kurse ist groß. Wie soll man da den richtigen finden? Welcher ist der richtige und zudem anerkannt? Und wie verhält sich das mit der Bezeichnung Wundmanager, Wundexperte, Wundberater & Co? Der Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden empfiehlt es, Fachexperten in die Versorgung von Betroffenen einzubinden, die mit ihrem zusätzlichen Wissen rund um das Thema Wunde, andere Pflegefachkräfte unterstützen und anleiten können. Die Aussage, die zum Thema Weiterbildung im Expertenstandard zu finden ist, lautet: „Angesichts der großen Bandbreite von Bildungsangeboten zum Thema „Wunde“, sollte bei der Auswahl von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen darauf geachtet werden, dass sie von einer nationalen (wundbezogenen) Fachgesellschaft, z. B. Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW), Initiative Chronische Wunden (ICW) e. V., Stoma, Kontinenz, Wunde (FgSKW) e. V. oder internationalen Organisationen, z. B. Österreichische Gesellschaft für vaskuläre Pflege (ÖGVP), Swiss Association for Wound Care (SafW), European Wound Management Association (EWMA) anerkannt wurde ...“ (Quelle: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, DNQP, 1. Aktualisierung 2015, Seite 24). Aber was genau heißt das nun? Welche Unterschiede gibt es in den Weiterbildungen? Wie darf ich mich nach einem erfolgreichen Abschluss benennen? Wie

viel Zeit muss ich für eine solche Weiterbildung einplanen?

Lassen Sie uns die Weiterbildungsmöglichkeiten der verschiedenen Fachgesellschaften einmal genauer betrachten.

Die Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW) bietet drei Stufen der Weiterbildung an.

Die „Einstiegsweiterbildung“ ist die zum Wundexperte ICW®. Hierbei handelt es sich um ein Seminar, das 56 Unterrichtseinheiten sowie 16 Stunden Hospitation umfasst, welches das Basiswissen der Wundversorgung vermittelt soll. Nach erfolgreichem Kurs, erhält der Teilnehmer das Zertifikat „Wundexperte ICW®“, das für 5 Jahre gültig ist und dann erneuert werden muss. Für diese Rezertifizierung muss der Absolvent jährlich Punkte nachweisen.

Die zweite Stufe ist die Weiterbildung zum Fachtherapeut Wunde ICW®. Ziel des Seminars ist es, vertiefendes, fachpraktisches Wissen in 120 Unterrichtseinheiten und 40 Stunden Hospitation zu vermitteln. Der Teilnehmer soll eine umfassende Wundversorgung inklusive kausal- und begleittherapeutische Maßnahmen kennen und den Aufbau und die Leitung einer wundversorgenden Einheit übernehmen können. Auch hier erhält der Teilnehmer nach erfolgreichem Abschluss der Weiterbildung ein auf 5 Jahre begrenztes Zertifikat „Fachtherapeut Wunde ICW®“, das nach Ablauf dieses Zeitraumes erneuert werden muss, durch Erbringung von jährlichen Rezertifizierungspunkten. Die letzte Weiterbildungsstufe der Initiative Chronische Wunden ist die

Weiterbildung zum Pflegetherapeut Wunde ICW®, die Pflegefachkräften vorbehalten ist, da hierbei pflegespezifisches Wissen vermittelt wird. Die Wissensvermittlung erstreckt sich über 54 Unterrichtseinheiten, 36 Stunden selbstorganisiertes Lernen und 40 Stunden Hospitation. Nach erfolgreichem Abschluss erhält der Absolvent das auf 5 Jahre begrenzte Zertifikat „Pflegetherapeut Wunde ICW®“. Wie auch bei den anderen Weiterbildungen der ICW, muss das Zertifikat erneuert werden. Zu den pflegespezifischen Inhalten des Seminars gehören Themen wie Case Management, Selbstpflegeförderung und Projektentwicklung im Rahmen der Wundversorgung. Nähere Informationen zu allen Weiterbildungsmaßnahmen der Initiative Chronische Wunden finden sich auf der Homepage: www.icwunden.de

Die Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung (DGfW) bittet eine zweistufige Weiterbildung an.

Die erste Stufe ist hierbei das Seminar zum Wundassistent – WAcert® DGfW (Beruf). Hierbei wird wie beim Wundexperte ICW® das Basiswissen im Bereich der Wundversorgung im Zeitraum von 84 Stunden vermittelt. Nach erfolgreichem Abschluss erhält der Teilnehmer das Zertifikat „WAcert® DGfW (Beruf)“, welches alle 6 Jahre erneuert werden muss. Für die Neuerstellung müssen jährlich Rezertifizierungspunkte erbracht werden.

Die zweite Stufe ist die Weiterbildung zum Wundtherapeut – WTCert® DGfW (Beruf). Zugangsvoraussetzung hierfür ist der erfolgreiche Abschluss zum

WAcert® DGfW. Hierbei wird vertiefendes Wissen zum Thema Wundversorgung im Zeitraum von 236 Stunden vermittelt. Nach erfolgreichem Abschluss erhält der Teilnehmer das Zertifikat „WTcert® DGfW (Beruf)“, welches eine Gültigkeit von 6 Jahren hat und nach Ablauf dieses Zeitraumes erneuert werden muss. Hierfür müssen jährliche Rezertifizierungspunkte nachgewiesen werden.

Nähere Informationen zu allen Weiterbildungsmaßnahmen der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung finden sich auf der Homepage: www.dgfw-akademie.de

Eine Weiterbildung, die aus Österreich stammt, ist die zum ZWM® Zertifizierter WundManager. Hierbei handelt es sich um eine modulare Fortbildung, die in 5 Blöcken von jeweils 5 Tagen aufgebaut ist. Die Module 1 und 2 vermitteln hierbei ein vertieftes Basiswissen und schließt mit dem WM® WundManager ab. Nach erfolgreichem Abschluss zum WM® Wundmanager können die Module 3-5 absolviert werden. Hierbei wird weiteres Wissen zur Wundversorgung vermittelt. Nach bestandener Prüfung erhält man das Zertifikat „ZWM® Zertifizierter WundManager“. Zweigleich bzw. nach Absprache mit der DGfW kann bei der Abschlussprüfung zum ZWM® eine Ergänzungsprüfung abgelegt werden, die bei Bestehen den Absolventen bemächtigt, den Titel WTcert® DGfW zu führen. Bisher wird die Weiterbildung zum ZWM® Zertifizierter WundManager hauptsächlich in Österreich und der Schweiz angeboten. Nähere Informationen zu allen Weiterbildungsmaßnahmen der Akademie ZWM® finden sich auf der Homepage: www.akademie-zwm.ch

Eine umfassende Fachweiterbildung, die das Thema Wundversorgung enthält, ist die zum Pflegeexperte Stoma, Kontinenz, Wunde, welche dem Curriculum der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz, Wunde (FgSKW) entstammt. Diverse Anbieter dieser Weiterbildung integrieren den Wundexperten ICW® in das Modul zur Wundversorgung, sodass der Teilnehmer nach Beendigung und erfolgreichem Abschluss dieses Blocks, das Zertifikat von der ICW erhält. Die Weiterbildung zum Pflegeexperte Stoma, Kontinenz, Wunde umfasst 756 Stunden Theorie, 160 Stunden Praxis, 24 Stunden Hospitation und 275 Stunden

Selbststudienzeit in der Verantwortung der Teilnehmer.

Näherer Informationen zu allen Weiterbildungsmaßnahmen der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz, Wunde finden sich auf der Homepage: www.fgskw.de

Im Zuge der fortschreitenden Akademisierung, gibt es in Österreich und der Schweiz Masterstudiengänge für den Bereich Wundversorgung, die so in Deutschland noch nicht angeboten werden.

Für welche Weiterbildungsmaßnahme man sich entscheidet, hängt natürlich von verschiedenen Faktoren ab, die teilweise auch an den Arbeitsgeber gebunden sind, im Hinblick auf Freistellung und Kostenübernahme. Nicht jeder hat verständlicherweise die Möglichkeit die Kosten selbst zu tragen. Allerdings ist es sinnvoll sich im Vorfeld genauer zu informieren, welcher Abschluss für mich als Teilnehmer im Hinblick auf die berufliche Tätigkeit sinnvoll ist. Am besten ist es, sich für eine der Weiterbildungen zu entscheiden, die in dem jeweiligen Land, in dem man arbeitet, angeboten werden. Für Deutschland sind das die Bildungsangebote der ICW, der DGfW und der FgSKW.

Am wichtigsten jedoch ist es, sich immer vor Augen zu halten, dass die Wundversorgung ein komplexes Thema ist, das zusätzliches Wissen benötigt, um wichtige Zusammenhänge in der Wundentstehung, Wundheilung und Wundbehandlung zu verstehen. Nur so kann man Menschen mit chronischen Wunden gezielt helfen und Lebensqualität für die Betroffenen schaffen bzw. erhöhen: Dies sollte immer im Mittelpunkt unseres Handelns stehen.



Susanne Danzer
Wundmitte GmbH
Fachliche Leitung
Exam. Krankenschwester, Autorin
Pflegetherapeutin Wunde ICW
danzer@wundmitte.de

Folgende Weiterbildungsstätten bieten die Weiterbildung zum „Pflegeexperten Stoma Kontinenz Wunde“ an.

Diakonisches Institut für Soziale Berufe

Frau Silvia King
Bodelschwingheweg 30
89160 Dornstadt
Tel.: + 49 73 48 98 74 0
Fax: + 49 73 48 98 74 30
E-Mail: info@diakonisches-institut.de
www.diakonisches-institut.de

DAA – Deutsche Angestellten Akademie Institut Nordhessen/Zweigstelle Kassel

Frau Andrea Schmidt-Jungblut
Angersbachstr. 4
34127 Kassel
Tel.: + 49 561 807 06 0
Fax: 0561 80706-188
E-Mail: Andrea.Schmidt-Jungblut@daa.de
www.daa-kassel.de

Bildungswerk e.V.

Sekretariat Fr. Marion Lach
Hospitalstr. 19
44694 Herne
Tel.: + 49 2325 65222 500
Fax: + 49 2325 65222 509
E-Mail: bildungswerk@elisabethgruppe.de
www.bildungswerk-herne.de

Wannsee-Akademie

Frau Barbara Loczenski
Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin
Tel.: 030 / 806 86 412
Fax: 030 / 806 86 404
E-Mail: bloczenski@wannseeschule.de
www.wannseeschule.de

Mathias Hochschule Rheine Akademie für Gesundheitsberufe

Herr Andreas Holtmann
Frankenburgstr. 31
48431 Rheine
Tel.: 05971/42 1172
Fax: 05971/42 1116
E-Mail: a.holtmann@mathias-spital.de
www.mathias-stiftung.de

Wundmitte GmbH

Gewerbestr. 36
70565 Stuttgart
Tel.: 0711 508 734 26
Fax: 0711 508 734 67
E-Mail: info@wundmitte.de
www.wundmitte.de

Erfolgreiche

13. Tagung

der Initiative in Hamburg!



Stoma 2020 ist die Plattform für den fachlichen Austausch zwischen in Kliniken beschäftigten Enterostomatherapeuten, Pflegeexperten Stoma-Inko-Wunde und solchen, die es werden wollen.

Seit 7 Jahren finden die zweitägigen Tagungen zweimal im Jahr statt.

Am 20. und 21. April 2018 traf sich die stoma 2020-Community zu ihrer 13. Tagung in Hamburg.

Mehr als 100 Teilnehmer nahmen an der beliebten und immer gut besuchten Fortbildungsveranstaltung teil.

Neben vielen „Wiederholungstätern“ konnten auch wieder neue Teilnehmer begrüßt werden.

Inzwischen ist die Wiedersehensfreude immer groß, und es gibt einen regen fachlichen Austausch.

Nach der Begrüßung startete die Fachtagung wie gewohnt mit dem

Impulsvortrag, welcher von Frau Prof. Dr. Gabriela Möslein, der Direktorin des Zentrums für hereditäre Tumorerkrankungen am Helios-Klinikum Wuppertal, gehalten wurde.

Das Thema dieses interessanten und kurzweiligen Vortrages waren die "Hereditären (vererblichen) Tumorerkrankungen".

Die Vorstellung des Familienstammbaumes führte zu einem der vielen Aha Effekte der Zuhörer des Vortrages.

Die Komplexität des Themas konnte im Vortrag leider nur angerissen werden. Es gab viele Fragen im Anschluss an den Vortrag. Frau Prof. Dr. Möslein war selbst in der anschließenden Pause noch dicht umringt.

Danach begannen die Workshops. Die Besonderheit der Veranstaltungsreihe stoma 2020 ist die aktive Einbindung der Teilnehmer.

In den Workshops wird zu unterschiedlichsten Themen aktiv gearbeitet, es werden Leitlinien, Argumentationshilfen, Stellenbeschreibungen und Arbeitshilfen für den Alltag der Stomatherapeutinnen und Stomatherapeuten in der Klinik entwickelt.

6 verschiedene Workshops standen zur 13. Tagung in Hamburg zur Wahl. Bereits im Rahmen der Anmeldung können die Teilnehmer wählen, welches Thema sie vertiefen möchten. Es werden sowohl aktuelle gesundheitspolitische Themen, als auch Fachthemen der Stoma-, Wund- und Kontinenztherapie angeboten.

Folgende Workshops fanden in Hamburg statt:

- Vererbliche (hereditäre) Tumorerkrankungen
- Inside out – Arzneimitteleinnahme bei Stomaträgern
- Ernährung bei chronischen Wunden
- Herausforderung Harnableitung nach Blasenentfernung
- Kosmetik und Styling während und nach der Krebstherapie
- Entlassmanagement

Im Workshop „Inside out- Arzneimitteleinnahme bei Stomaträger“ befassten sich die Teilnehmer mit den veränderten Resorptionsbedingungen der Medikamente bei Stomabetroffenen, im speziellen bei Ileostomieanlagen. Die Teilnehmer erhielten genauere Informationen, wie und woran die kritischen



Bilder Petra Mildner GHD



theker und Pflegepersonal erschien den Teilnehmern zwingend nötig. Ebenso muss der Betroffene einbezogen werden.

Was ist zu tun, wenn die gewünschte Medikamentenwirkung nicht einsetzt, welche Umstellungsmöglichkeiten gibt es? Der Workshop hat die Teilnehmer sehr für dieses Thema sensibilisiert.

Sie können nun viel sicherer mit der im Berufsalltag der Stomatherapeuten doch häufig auftretenden Situation umgehen und den betroffenen Patienten professionell helfen.

Die Apothekerin Annika van der Linde trug als Referentin wesentlich zum Gelingen dieses Workshops bei. Frau van der Linde arbeitet im Universitätsklinikum Hamburg – Eppendorf.

Die intensiven Diskussionen zu den Erlebnissen des Tages wurden von vielen Teilnehmenden beim Abendessen im nachfolgenden fachlichen Austausch fortgesetzt. Wichtige und aktuelle Themen der Stomatherapie in Deutschland wurden besprochen.

Am nächsten Morgen setzen die Teilnehmenden der Veranstaltung ihre Arbeit in den benannten Workshops fort. Nach Beendigung der Workshops trafen sich die Anwesenden im Plenum, um die Ergebnisse ihrer Workshops vorzustellen, bzw. die Ergebnisse aus den übrigen Workshops zu erfahren.

Die Ergebnisse der Arbeiten in den Workshops werden nach der Zusammenkunft zusammenfassend dargestellt und den Teilnehmern auf der Homepage der Initiative stoma2020 unter www.stoma2020.de zur Verfügung gestellt.

Frau Mildner verabschiedete die Anwesenden nach einer sehr aktiven und interessanten Tagung. Die nächste Tagung der Initiative stoma2020 findet vom 16.-17.11.2018 in Berlin statt.

Sie sind Stomatherapeut in einer Klinik? Haben Sie Interesse an den Veranstaltungen der Initiative stoma 2020? Kontaktieren sie mich gern unter: p.mildner@gesundheitsgmbh.de

Herzlichst
Ihre

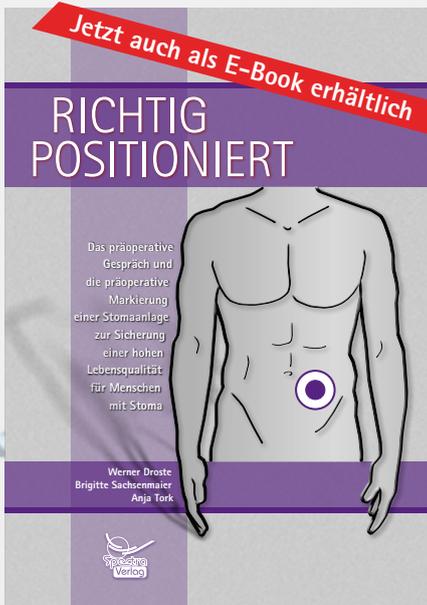


*Petra Mildner
Leitung der Initiative stoma 2020
Leitung Vertriebsmarketing
GesundheitsGmbH Deutschland*

Arzneimittel mit nicht gesicherter Wirkung und verzögerter Aufnahme zu erkennen sind, des Weiteren natürlich auch, welche Medikamente zu bevorzugen sind oder als unkritisch gelten.

Unter dem Motto: „Was tun, wenn eine Tablette/ Kapsel im Beutel zu sehen ist?“ haben die Teilnehmer wichtige Kriterien erarbeitet, um diese Situationen für den Betroffenen bestmöglich zu klären. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Fachpflegekraft – Arzt – Apo-





RICHTIG POSITIONIERT

Das präoperative Gespräch und die präoperative Markierung einer Stomaanlage zur Sicherung einer hohen Lebensqualität für Menschen mit Stoma

von *Anja Tork, Werner Droste, Brigitte Sachsenmaier*

Grundlagen des präoperativen Gesprächs und der präoperativen Markierung für Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde, für Ärzte und Pflegende.

Was ein ungünstig angelegtes Stoma für die Lebensqualität der Betroffenen bedeuten kann, wissen sicher viele Pflegende aus ihrer täglichen Praxis. Dieses Buch hilft, das Bewusstsein für die enorme Wichtigkeit zu schärfen, Menschen in der schwierigen Lebenssituation der geplanten Stomaanlage einführend, respektvoll und professionell zu begegnen.

Dieses Buch beschreibt umfassend die Grundlagen für ein professionelles präoperatives Pflegegespräch und die präoperative Stomamarkierung. Die verantwortungsvoll durchgeführte präoperative Markierung und die daran anschließende Stomapositionierung an der markierten Stelle kann, wie keine andere Maßnahme, dem Betroffenen zu einem Leben ohne Versorgungsschwierigkeiten und ohne Einschränkungen seiner Lebensqualität verhelfen. Die Autoren beleuchten aus ihrer jahrelangen, fundierten Erfahrung aus Praxis, Lehre und Berufspolitik das Thema aus vielen Richtungen. So liegt hier erstmals eine Sammlung sowohl theoretischer Grundlagen aus den Bereichen Psychologie, Lerntheorie als auch Gesetzesgrundlagen vor. Durch Praxisbeispiele, Handlungsanweisungen und Checklisten wird das Buch zu einem wertvollen Begleiter für die Praxis.

Spectra Verlag
112 Seiten
ISBN 978-3-9816014-9-7
Taschenbuch 19,80 €
E-Book 9,99 €

amazonkindle



Einfach mit dem Smartphone absキャンen
oder
bit.ly/RichtigPositioniert
in Ihrem Internetbrowser eingeben.



Die GHD GesundHeits GmbH Deutschland

Ihr Partner für Dienstleistungen im Gesundheitswesen

Die GHD GesundHeits GmbH Deutschland ist das größte ambulante Gesundheits-, Therapie- und Dienstleistungsunternehmen Deutschlands mit über 3.400 Mitarbeitern.

Unsere Therapiebereiche auf einen Blick



Stoma

- ✓ Einführung von Versorgungsstandards
- ✓ Stomamarkierung und präoperatives Patientengespräch
- ✓ Ganzheitliche Beratung und Anleitung



Inkontinenz

- ✓ Materialmanagement
- ✓ Anleitung aller an der Versorgung Beteiligten in die Handhabung der benötigten Produkte
- ✓ Einführung von Versorgungsstandards
- ✓ Beratung, Anleitung, Training und Begleitung beim intermittierenden Einmalkatheterismus von Anfang an



Wunde

- ✓ Regelmäßige Wundvisiten
- ✓ Therapieempfehlung einschließlich begleitender Therapien
- ✓ Therapiekklärung mit dem Verordner inklusive Rezept- und Materialmanagement
- ✓ Schulung von Patienten, Angehörigen und Pflegekräften
- ✓ Unterstützung in der Umsetzung des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“
- ✓ EDV-gestützte Verlaufsdokumentation





Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin
Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im Dezember 2018

Herausgeber

FgSKW (Fachgesellschaft
Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
Herr Werner Droste
Nikolaus-Groß-Weg 6
59379 Selm
Tel.: +49 (0) 25 92 / 97 31 41
Fax: +49 (0) 23 06 / 3 78 39 95
E-Mail: info@fgskw.org
Internet: www.fgskw.org

ISSN 1863-1975

Erscheinungsmo- nate

April, August, Dezember

Redaktionsschluss

1. Februar, 1. Juni, 1. Oktober

Anzeigen- und Beilagenschluss

10. März, 10. Juli, 10. November
Schaufensterbeiträge fallen unter
den Redaktionsschluss

Redaktion + Autorenbeiträge

Brigitte Sachsenmaier
Ziegelstraße 42, 73084 Salach
Fax: (07162) 46 04 56
E-Mail: redaktion@fgskw.org

Gestaltung

Spectra – Design Et Verlag
Eichenstraße 8
73037 Göppingen
Tel.: (07161) 789 25
Fax: (07161) 137 80
E-Mail: info@spectra-design.de

Druck

HEWEA-Druck GmbH
Haldenstraße 15, 45966 Gladbeck
Tel.: (020 43) 46 00 6
Fax: (020 43) 47 43 4
E-Mail: info@heweadruck.de

Anzeigenverwaltung,

Verkauf und Versand

FgSKW (Fachgesellschaft
Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
Herr Werner Droste
Nikolaus-Groß-Weg 6
59379 Selm
Tel.: +49 (0) 25 92 / 97 31 41
Fax: +49 (0) 23 06 / 3 78 39 95
E-Mail: sekretariat@fgskw.org
Internet: www.fgskw.org

Abonnement

Bezugspreis Jahresabonnement
Inland- und Ausland
15,00 € zzgl. Versand
Einzelheftpreis 5,30 € inkl. Inland-Versand.

Das Abonnement gilt zunächst bis zum
Ende des folgenden Kalenderjahres.
Danach kann das Abonnement jährlich
bis zum 30. 09. jeden Jahres zum Jahres-
schluss gekündigt werden.

Zielgruppen

- Pflegende mit der Qualifikation
Stomapflege, Kontinenz und Wund-
versorgung mit spezieller Ernährungs-
beratung
 - Pflegende und andere Berufsgruppen in
klinischen und ambulanten Bereichen,
Rehabilitationseinrichtungen, Sozial-
stationen, im Sanitätsfachhandel und
in der Industrie
 - Pflegende und andere Berufsgruppen in
Alten-, Senioren- und Pflegeheimen
sowie in Kranken- und Altenpflegeschu-
len und in Weiterbildungseinrichtungen
 - Homecarebereich
 - Ärzte
 - Therapeuten
 - Betroffene
- Ein zum Abonennten-Versand zusätzlich
durchgeführter zielgruppenorientierter
Wechselversand bundesweit oder gezielt
regional wird zur Öffentlichkeitsarbeit
regelmäßig durchgeführt.

Bankverbindung

Sparkasse Hildesheim
(BLZ 25950130) Kto. 10003466
IBAN DE41 259501300010 003466
SWIFT-BIC: NOLA DE 21HIK

Geschäftsbedingungen

Das **MagSi®** Magazin
Stoma – Kontinenz – Wunde,
die Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung
und Berufspolitik ist aktuell, innovativ und
unabhängig. Sie ist das Organ der FgSKW
(Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und
Wunde) e.V. Die Mediadaten, Anzeigenpreis-
liste und Geschäftsbedingungen können
gerne bei der Redaktion oder beim Heraus-
geber angefordert werden. Geschäftsjahr ist
das Kalenderjahr. Gerichtsstand ist der Sitz
der Geschäftsstelle.

Alle Rechte vorbehalten, auch die des
Nachdrucks von Auszügen, der fotomecha-
nischen Wiedergabe und der Übersetzung.
Titel geschützt.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge
decken sich nicht unbedingt mit der
Meinung der Redaktion und des Heraus-
gebers.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen
Beiträge und Abbildungen sind urheber-
rechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der Grenzen
des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung
des Herausgebers unzulässig und strafbar.
Dies gilt besonders für Vervielfältigungen,
Übersetzungen und Mikroverfilmung, Ein-
speicherung und Bearbeitung in elektroni-
schen Systemen.

Für unaufgefordert eingesandte Manuskrip-
te und Unterlagen lehnt der Herausgeber die
Haftung ab.



ICAN
live free

ESTEEM™  *Flex* Konvex

MEHR FREIHEIT, DAS LEBEN NACH EIGENEN REGELN ZU LEBEN

Als jüngster Zuwachs in der Familie unserer einteiligen Stomaversorgungsprodukte vereinen die neuen Esteem™  Flex Konvex Stomabeutel Komfort und höchste Flexibilität mit der Sicherheit einer zuverlässig abdichtenden konvexen Versorgung. Die Esteem™  Flex Konvex Stomabeutel passen sich sanft an die Haut an, gehen mit den Bewegungen des Körpers mit und geben so maximales Vertrauen in die eigene Stomaversorgung.



ConvaTec (Germany) GmbH
Radlkoflerstraße 2
81373 München

Rufen Sie uns an!
Kostenfreie Beratungsnummer: 0800 / 78 66 200
Internet: www.convatec.de

 **ConvaTec**

Stomacare

Bandagen für Stomaträger

Die Stomacare-Bandagen werden insbesondere zur postoperativen Unterstützung der Bauchwand und zur Vermeidung einer Hernie – hervorgerufen u.a. durch hohe körperliche Aktivität (Sport, Gartenarbeit etc.) – eingesetzt. Abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse stehen unterschiedliche Bandagen-Modelle zur Verfügung.

Indikationen

- Bauchdeckenschwäche
- Enterostomie
- Hernie im Narben- und Stomabereich
- Ileo-/Kolo-/Urostomie
- Ileum-/Kolon-Conduit
- Prolaps
- Ureterocutaneostoma

EasyOpener



Für mehr Komfort beim Beutelwechsel

EasyCut

Neu:
Farbton Lichtgrau für noch mehr Diskretion.



Öffnungsdurchmesser, -form und -position individuell bestimmbar

Standard-Fertigfabrikat



Optimale Versorgung insbesondere für adipöse Stomaträger

HydroActive



Für mehr Schutz und Sicherheit im Wasser



Bandagen-Zubehör

Stomacare-Protector*

Der Protector bietet zusätzlichen Schutz vor Druck und unbeabsichtigten Krafteinwirkungen auf das Stoma. Beim Autofahren kann das durch den Gurt verursachte Druckgefühl verhindert werden.

Stomacare-Beuteltasche*

Komfort und Sicherheit bietet die Beuteltasche. Sie nimmt den Stomabeutel auf und gibt ihm sicheren Halt – insbesondere bei körperlicher Aktivität.

Protector



Beuteltasche



Detaillierte Info unter basko.com



* Wird bei dem Modell "HydroActive" nicht benötigt.

Basko Healthcare

Gasstraße 16 | 22761 Hamburg
Tel.: +49 (0) 40 85 41 87-0 | Fax: +49 (0) 40 85 41 87-11
E-Mail: verkauf@basko.com | Internet: www.basko.com