



G. Englert (Hrsg.)

## **Qualitätsmanagement bei der Stomaberatung**

**Vorträge des ILCO-FORUMS  
"Qualitätsmanagement bei der Stomaberatung"  
am 12. November 1999 in Frankfurt**

Beiträge von:

A. Beckmann, G. Englert, M. Georg, Th. Hager, U. Höhmann, P. Kruck, A. Rudolph,  
F. Schwartz, J. Weber, R. Winkler, H. Wohlers

© 2000 by Deutsche ILCO e.V., Postfach 12 65, D-85312 Freising  
Printed in Germany

Alle Rechte, insbesondere das Recht der Vervielfältigung und Verbreitung sowie der Übersetzung in fremde Sprachen, vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (Fotokopie, Mikrofilm oder ein anderes Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung des Verlages publiziert werden.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>EINFÜHRUNG</b> Gerhard Englert	S. 3
<b>QUALITÄT BEI DER BERATUNG: KONZEPTE DER WISSENSCHAFT</b> Ulrike Höhmann	5
<b>QUALITÄTSMANAGEMENT BEI DER BERATUNG DES STOMATRÄGERS: BERICHTE ÜBER KONZEPTE UND ERFAHRUNGEN AUS DER PRAXIS</b>	
• <b>Qualitätsmanagement in der Akutklinik</b> Thorolf Hager	14
• <b>Qualitätsmanagement in der stationären Rehabilitation von Stomaträgern</b> Peter Kruck	18
• <b>Qualitätsmanagement-Konzept und -Praxis der APOHILF</b> Harald Wohlers, Anita Beckmann	22
• <b>Qualitätsmanagement-Konzept und -Erfahrungen der HSC-Gruppe</b> Andreas Rudolph	25
• <b>Stellungnahme des Fachverbandes Stoma + Inkontinenz DVET</b> Felicitas Schwartz, Marita Georg	27
• <b>Stellungnahme des Fachbereiches "Harn- und Stuhlauffangsysteme" im Bundesfachverband Medizinprodukteindustrie (BVMed)</b> Joachim Weber	31
<b>ZUSAMMENFASSUNG UND PERSPEKTIVEN</b> Rainer Winkler	34
<b>LISTE DER AUTOREN</b>	37

# Einführung

## **Gerhard Englert**

Das Thema des heutigen ILCO-Forums "Stomaberatung" ist ein Thema von besonderer Bedeutung für die Rehabilitation des Stomaträgers. Nur eine sorgfältige und umfassende Information in der Auswahl und Anwendung der Stomaartikel kann zu einer sicheren Stomaversorgung führen und damit die Voraussetzung dafür schaffen, dass Betroffene das Ziel aller anderen Rehabilitationsmaßnahmen erreichen, nämlich selbstbestimmt und selbständig weiterleben zu können.

Wir wollen über die Qualität der Stomaberatung sprechen und darüber, wie diese Qualität realisiert werden kann. Das Wort "Qualität" ist ein vielschichtiger Begriff. David A. GARVIN versuchte 1984, diese Vielschichtigkeit mit folgenden Ansätzen zu einer Definition von Qualität zu systematisieren:

- **Transzendenter Ansatz:**  
Qualität wird als Hochwertigkeit verstanden; nicht messbar, lediglich durch Erfahrung fassbar (subjektiver Begriff).
- **Produktbezogener Ansatz:**  
Qualität wird als messbare Größe interpretiert; objektives Merkmal.
- **Anwenderbezogener Ansatz:**  
Qualität ergibt sich ausschließlich aus der Sicht des Anwenders, d.h. des Kunden.
- **Prozessbezogener Ansatz:**  
Qualität wird gleichgesetzt mit der Einhaltung von Spezifikationen.
- **Wertbezogener Ansatz:**  
Qualität entspricht einem günstigen Preis-Leistungs-Verhältnis.

Die bisherigen Bemühungen um eine Weiterentwicklung der Qualität auch bei Dienstleistungen an Hand der ISO-Norm 9000 folgten dem prozessbezogenen Ansatz. Dass dies nicht genügen konnte, war eigentlich von Anfang an klar und so ist es nicht verwunderlich, dass in neueren Bemühungen, z.B. nach Konzepten der European Foundation for Quality Management (EFQM), der anwenderbezogene Ansatz zum Tragen kommt, ja kommen musste. Wir werden noch hören, ob und wieweit dieser EFQM-Ansatz für unser Thema geeignet ist.

Diese Bemühungen um Qualität werden sicherlich in Zukunft verstärkt und auch verstärkt eingefordert. Das Gesundheitsreform-Gesetz, in welcher Form es auch immer realisiert sein wird, verfolgt unter anderen das Ziel, die Qualität in der Medizin weiter zu entwickeln. Der vor kurzem vom Bundestag verabschiedete Gesetzentwurf enthält dazu eine Reihe von Festlegungen. Ich möchte hier vor allem die Paragraphen 136 und 137b herausgreifen. § 136 definiert eine Verpflichtung zur Qualitätssicherung:

*"Die Leistungserbringer sind für die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verantwortlich. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden."*

§ 137 b sieht die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin vor:

*"Die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe treffen insbesondere zur Sicherung der Einheitlichkeit der Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen Vorkehrungen zur gegenseitigen Abstimmung durch Bildung einer Arbeitsgemeinschaft. Diese hat hierzu den Stand der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen festzustellen, sich daraus ergebenden Weiterentwicklungsbedarf zu benennen, eingeführte Qualitätssicherungsmaßnahmen auf ihre Wirksamkeit hin zu bewerten und Empfehlungen für eine an einheitlichen Grundsätzen ausgerichtete sowie sektoren- und berufsgruppenübergreifende Qualitätssicherung im Gesundheitswesen einschließlich ihrer Umsetzung zu erarbeiten. Sie erstellt in regelmäßigen Abständen einen Bericht über den Stand der Qualitätssicherung. Der Arbeitsgemeinschaft sind von ihren Mitgliedern vertragliche Vereinbarungen über die Qualität und die Qualitätssicherung auf Bundes- oder Landesebene vorzulegen.*

*Zur Erfüllung ihrer Aufgaben kann die Arbeitsgemeinschaft weitere Organisationen, soweit deren Belange berührt sind, sowie Vertreter der Patienten hinzuziehen."*

Der § 137 b sieht die Beteiligung auch von Vertretern der Patienten vor, leider nur in Form einer Kann-Bestimmung. Die Bemühungen unserer Dachverbände konnten dies bedauerlicherweise nicht ändern. Wir werden uns beteiligen, ob dies nun erwünscht ist oder nicht. Es ist dabei sehr wichtig, nicht erst abzuwarten, sondern schon im Vorgriff Eckpunkte zu markieren. Ziel des heutigen ILCO-FORUM's ist es, damit zu beginnen bei dem Thema "Qualität der Stomaberatung".

Das FORUM soll einer Standortbestimmung zu diesem Thema dienen. Wir haben alle an der Stomaberatung direkt und indirekt beteiligten Gruppen gebeten, uns ihre bisherigen Erfahrungen und gegebenenfalls schon erarbeitete konzeptionelle Vorstellungen mitzuteilen. Dazu haben wir um die Beantwortung folgender Fragen ersucht:

- Woran messen Sie Qualität bei der Beratung?
- Welche beruflichen und persönlichen Anforderungen sind an Mitarbeiter der Beratung zu stellen, damit die von Ihnen angestrebte Qualität erreicht werden kann?
- Welche Fortbildungsmaßnahmen sollten zur Qualitätssicherung beitragen?
- Halten Sie es für möglich, Qualität bei der Beratung zu kontrollieren und wenn ja, wie könnte dies geschehen?

Es ist sehr erfreulich, dass sich alle maßgebenden Gruppen an unserem FORUM beteiligen und ich bin sehr interessiert, welche vielfältigen Erfahrungen wir für unsere weiteren Überlegungen nutzen können. Es wäre mein Wunsch, dass wir in einem Qualitätszirkel "Stomaberatung" zusammen mit Vertretern aller beteiligten Gruppen diese Überlegungen fortführen, um gemeinsam eine Leitlinie für das "Qualitätsmanagement bei der Stomaberatung" zu erarbeiten.

# Qualität bei der Beratung: Konzepte der Wissenschaft

*Ulrike Höhmann*

Das gestellte Thema möchte ich hier grundlegend behandeln und nach inhaltlichen Bestimmungsgrößen für gute Qualität von Beratung und Versorgung suchen, als Voraussetzung für die Anwendung pragmatischer Konzepte. Dies geschieht in vier Argumentationsschritten:

- In einem ersten Schritt werde ich die **Situationserfordernisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen** thematisieren. Sie sind die eigentliche Zielpopulation aller Qualitätsbemühungen, ihre Bedarfe müssen den Ausgangspunkt aller Konzepte darstellen.
- Ausgehend von einer Fallgeschichte werde ich danach einen einfachen analytischen Rahmen zur **inhaltlichen Bestimmung der ableitbaren Qualitätserfordernisse** vorschlagen.
- Im Anschluss daran frage ich im dritten Schritt nach der **Reichweite gängiger Qualitätssicherungskonzepte**: den berufsgruppen- und einzelorganisationsbezogenen.
- Im letzten dem vierten Schritt, werde ich dann das **Konzept "Kooperative Qualitätssicherung"** als einen Baustein zur Entwicklung von ergebnisbezogenen Qualitätssicherungskonzepten vorstellen.

## 1. Die inhaltlichen Situationserfordernisse der Betroffenen

Die medizinisch-pflegerischen und psychosozialen Beratungs- und Versorgungsbedarfe von Stomaträgern sind bereits umfassend in den Schriften der Deutschen ILCO zusammengestellt (ENGLERT 1997). Diese möchte ich hier nicht im Einzelnen wiederholen, jedoch als Resultat zusammenfassend für meinen Argumentationszusammenhang Folgendes festhalten:

Hinter dem gleichen Ziel, nämlich ein Stoma alltagstauglich zu versorgen, können sich extrem heterogene Hintergrundbedeutungen der Betroffenen verbergen: Die Anlage des Stomas als "Erlösung" von jahrelangen Schmerzen und Unsicherheit, die Anlage des Stomas als Zeichen des "noch einmal Glück gehabt habens", die Anlage des Stomas als Symbol der "unaufhaltsamen Endlichkeit" im Rahmen einer infausten oder extrem unsicheren Prognose.

Unabhängig von diesen Differenzen gibt es jedoch auch – gleichwohl in verschiedener Intensität - Gemeinsamkeiten bei den Betroffenen (vgl. GERSON, STRAUSS 1975). Es handelt sich meist nicht um einen "Lehrbuchverlauf", sondern es ist langfristig mit Ungewissheiten zu rechnen und mit einer Abfolge von Beeinträchtigungsepisoden, die mit jeweils sehr spezifischen physischen, psychischen und sozialen Problemen einhergehen, aus denen sich phasenweise wiederum ganz unterschiedliche Anpassungserfordernisse ergeben. Meist ist ein aufwendiges Experimentieren zur Symptomkontrolle notwendig. Es besteht die Gefahr sozialer Isolation, einhergehend mit einer Verringerung des Selbstwertgefühls der Betroffenen und ihrer Angehörigen. Ökonomische Folgeprobleme können auftreten; meist gelingt eine kurzfristige Mobilisation des primären sozialen Net-

zes, langfristig ist jedoch - bei zu starker Belastung - mit Erschöpfung der Betroffenen und ihrer Angehörigen zu rechnen. Für das Krankheits-/Symptommanagement bedarf es der Unterstützung oftmals ganz unterschiedlicher Gesundheitsdienste und Berufsgruppen. Autoritätskonflikte und Perspektivunterschiede zwischen Betroffenen und ihren Angehörigen sowie den Professionellen und den Kostenträgern sind vorprogrammiert.

Ausgehend von diesen bekannten allgemeinen Situationserfordernissen will ich die Frage nach den konkreten Inhalten von Qualitätskonzepten für Beratung und Intervention aufzeigen am Beispiel einer komplexen und schwierigen Betroffenensituation, anhand derer sich die Vielschichtigkeit notwendiger Qualitätserfordernisse gut verdeutlichen lässt.

Nehmen wir einen 71-jährigen Patienten, bei dem seit über dreißig Jahren aufgrund einer Polypose immer wieder umschriebene Karzinome im Dickdarm entdeckt und erfolgreich kontinenterhaltend operiert wurden. Eine vor ca. 15 Jahren prophylaktisch angeratene Totalresektion des Kolons lehnt er wegen der befürchteten Einschränkung der Lebensqualität kategorisch ab. Die letzte Karzinomepisode trifft ihn nun in seinem 69. Lebensjahr, er kommt nun um die Anlage eines Ileostomas nicht mehr herum. Bei der folgenden Operation werden Metastasen im Sakrum, Mesenterium und in der Blase entdeckt. Direkt nach der Operation bekommt er aufgrund seines Wunsches die Prognose mitgeteilt, dass er aller Voraussicht nach noch ca. zwei Jahre Leben vor sich hat.

Die Anlage des Ileostomas erwies sich als technisch hochgradig schwierig, da seine Bauchdecke nach den vielen, bereits erfolgten Operationen kaum noch narbenfreie Areale aufwies. Wie bereits vor der Operation, so nun auch nach der Operation weigert sich der Patient, die Selbstversorgung des Stomas zu erlernen. Zu eingehenden Schulungen im Krankenhaus ist er nur in Anwesenheit der Ehefrau bereit, er fühlt sich allein überfordert, mit der Technik des Beutelwechsels, aber auch mit seinem veränderten Körperschema. Zu einer seitens des Operateurs vorgeschlagenen Kontaktaufnahme mit der regionalen ILCO ist der Patient noch nicht bereit: Bislang habe er seine Probleme auch alleine gelöst, ansonsten sei ja seine Frau noch da. Im Folgenden wählt er jedoch Vertrauenspersonen: Er ersucht, mit dem Operateur und dem Seelsorger die ihn überwältigenden technischen Probleme mit der Stomaversorgung zu besprechen und sucht bei ihnen Hilfe für sein erodiertes Selbstkonzept. Beide reagieren individuell im Rahmen ihres ärztlichen, seelsorgerischen Selbstverständnisses und kommunizieren über die vom Patienten geäußerten sachlichen Versorgungsschwierigkeiten nicht. Der Patient verlässt die Klinik nach extrem kurzer Zeit, um sich in die Pflege seiner Frau zu begeben. Der krampfhafteste Versuch, sein auch in die Pensionierung hinein reichendes Selbstkonzept als kompetente Führungsperson in öffentlich verantwortlicher Stellung aufrechtzuerhalten, bricht nun mit seiner erstmaligen Abhängigkeit von seiner Frau zusammen, ebenso wie die lebenslang in der Familie aufgebauten Coping-Strategien: "Augen zu und durch". Die Ehefrau ist zunehmend überfordert, bemüht sich um mehr kompetenten Rat, um den Kreislauf von selbstgewählter Abhängigkeit des Patienten und passiver Aggres-

sion zu durchbrechen. Der Stomatherapeut ist offensichtlich durch die psychosoziale Situation überfordert, konzentriert sich auf seine technische Kompetenz, ist in diesem Rahmen jedoch nicht in der Lage, zuverlässige Versorgungssysteme herbeizuschaffen oder die engagierte Ehefrau an spezialisiertere Stellen weiter zu verweisen. Seine Besuche werden schließlich seltener und seltener. Eine ambulante Pflegekraft stellt bei einem Beratungsbesuch zu Hause fest, dass die Ehefrau mit spezifischen Pflegeerfordernissen eigentlich gut alleine zurecht kommt. Für die Schwierigkeiten mit der Haftung der Versorgungssysteme oder die Suche nach Alternativprodukten sei der Stomatherapeut der Ansprechpartner. Wenn es nicht anders ginge, müsse der Patient sich eben ruhig verhalten. Die Ehefrau schreibt nun verzweifelt Firmen nach Produktproben ihrer Versorgungssysteme an. Adressen hat sie sich von Sanitätshäusern und von der regionalen ILCO-Gruppe besorgt, deren Treffen jedoch für sie ohne Auto nicht erreichbar sind - bei der ständigen Angebundenheit an ihren Mann, denn es könnte ja etwas mit dem Beutel passieren. Dem Mann gelingt es schließlich in dieser Lebenssituation nicht mehr, einen "Alltag" für sich aufzubauen oder aus dem Kreislauf von Selbstablehnung, Abhängigkeit, Aggression und Passivität herauszukommen. Die Zerstörung seines Selbstkonzeptes ist erheblich, seine frühere Kontaktfreude erlischt schlagartig. In sich gekehrt erträgt er seine Situation, die aufkommenden Schmerzen thematisiert er nur dem Pfarrer gegenüber. Hausarzt und Chirurg aus der Klinik können sich nicht auf ein effektives Schmerzmanagement einigen. Schließlich verstirbt der Patient relativ plötzlich an dem Tag, an dem die Ehefrau zum ersten Mal regelmäßige Fremduntersützung durch eine ambulante Pflegekraft in Anspruch nehmen muss.

## **2. Inhaltliche Qualitätsanforderungen an professionelle Beratungs- und Interventionskonzepte ausgehend von den Betroffenenbedarfen**

Allgemein gesprochen hätte eine gute Beratungs- und darauf bezogene Interventionsqualität bedeutet, die komplexe Situation zu verstehen und nicht sofort vom eigenen Professionsstandpunkt aus, die Problemwahrnehmung in technische, medizinische und psychische Probleme zu fragmentieren (z.B. HÖHMANN, MÜLLER-MUNDT, SCHULZ 1998; FEUERSTEIN 1993), sondern sich hier für Informations-, Kommunikations- und Abstimmungsprozesse mit anderen Professionellen zu entscheiden und eine, die inneren Schwierigkeiten akzeptierende Beziehung zum Ehepaar aufzubauen. Dies hätte bedeutet, alle zentralen Dimensionen der Bewältigungsarbeit, die der Patient und seine Frau in dieser Situation zu leisten hatten, zu berücksichtigen, also das Verstehen der komplexen Wechselwirkungen zwischen der notwendigen alltags-, krankheits- und biographiebezogenen Bewältigungsarbeit, und mit dem Ehepaar gemeinsam für ihre individuelle Lebensgeschichte annehmbare Unterstützungsleistungen zu konzipieren.

Unterstützung bei der Bewältigung seiner **biographischen Arbeit** war wohl für den Patienten das vorrangigste Problem: seine reduzierte Lebensperspektive, die mangelnde Körperakzeptanz, die daraus resultierende Passivität, seine Sinn- und Identitätsprobleme, die Rollenverschiebung in der

Ehe. Der Patient hat hier beim Arzt und Seelsorger zaghafte Unterstützungssuche betrieben. Allein sie waren nicht die institutionell "richtigen", sprich spezifisch im Rahmen der Arbeitsteilung zugewiesenen Experten für diese Fragen und auf der Beziehungsebene nicht kompetent genug, um eigentlich notwendige "Brückenfunktionen" zu übernehmen. Die Ehefrau suchte beim Stomatherapeuten und der ambulanten Pflegekraft technischen Rat um, ausgehend von einer Verbesserung der objektiven Versorgungssituation ihres Mannes ihm zu ermöglichen, die verbliebene Bewegungsfreiheit zu nutzen, um selbst produktive Bewältigungsmechanismen entwickeln zu können, mit denen ihm bislang meist biographische Anpassungsleistungen gelungen sind.

Da wäre zum zweiten die **krankheitsbezogene Bewältigungsarbeit**, der Ekel, das Schmerzmanagement und die Unterstützung bei der Suche nach einem passendem Versorgungssystem, wobei all die technischen Probleme immer von Sinnproblemen, Skepsis und der Frage nach der weiteren Lebensqualität überlagert waren. Hier gab es seitens der Professionellen, in der Klinik und später in der häuslichen Beratung, wenig Fachkompetenz bei der Lösung des Versorgungsproblems und beim Erkennen des Zusammenhangs zwischen rein technischem Krankheitsmanagement und biographischen Anpassungsproblemen und darauf bezogene Beratungskompetenz. Letztlich kommt die Ehefrau dann unter vielen Mühen alleine auf eine bestimmte Zuschneide- und Klebetechnik. Auch die Empfehlungen und Strategien zum Schmerzmanagement seitens der Klinik wurden vom Hausarzt, der den Patienten ja viel besser zu kennen glaubt, unterlaufen.

Und drittens wäre da der Zusammenhang herzustellen gewesen mit der **Alltagsarbeit**: Durch die dauernde Anwesenheitspflicht der Ehefrau, denn die Stomaversorgungssysteme drohten bei den kleinsten Bewegungen sich zu lösen, brach der normale Alltagsrhythmus zusammen. Jedes Verlassen des Hauses wurde zu einem Wagnis und der Patient selbst – kräftemäßig eigentlich noch lange Zeit in der Lage, seine geliebte Gartenarbeit fortzusetzen -, wagte kaum Bewegungen wegen der unsicheren Haftung der Klebplatten, was ihn wiederum in Passivität und Depression versinken ließ.

Qualitätskonzepte, die für sich in Anspruch nehmen, die Betroffenen situation günstig beeinflussen zu wollen, hätten es also ermöglichen müssen, dass über die Institutionengrenzen hinweg positive Beratungsbeziehungen aufgebaut und unterstützt worden wären, und dass bei allen Aktivitäten die brisanten Wechselwirkungen zwischen den drei Ebenen "Krankheit", "Alltag" und "Biographie" hätten erkannt werden können und je nach Situation flexible Reaktionen und Absprachen der Professionellen mit den Betroffenen institutionell hätten unterstützt werden müssen. Intensivere Abstimmungsprozesse mit den Betroffenen sowie eine institutionen- und berufsgruppenübergreifende Kommunikation unter Beteiligung der Betroffenen hätten hier unter Qualitätsgesichtspunkten verbessert werden müssen. Die beteiligten Professionellen hätten dazu lernen müssen, ihre Interventionen, aber auch ihren Handlungsspielraum mit den Augen der Betroffenen zu sehen und

in deren Lebenskontext und Krankheitsgeschehen einzuordnen. Auf dieser Grundlage hätten sie in einen Aushandlungsprozess mit den Betroffenen für subjektive und objektive Ergebnisziele eintreten müssen.

### **3. Gängige Qualitätskonzepte**

Welche Qualitätskonzepte stehen uns nun zur Verfügung, um die hier geforderten Inhalte zu unterstützen:

Ich will kurz auf die Reichweite von zwei prinzipiellen Vorgehensweisen eingehen, auf die von berufsgruppenbezogenen Ansätzen und zum zweiten auf die von einzelorganisationsbezogenen Ansätzen und dann Grundzüge einer Alternative vorstellen, die wir in einem fast dreijährigen Qualitätsentwicklungsprojekt in der Region Groß-Gerau mit ca. 30 Gesundheitseinrichtungen und Betroffenen gemeinsam entwickelt und erprobt haben (vgl. HÖHMANN, MÜLLER-MUNDT, SCHULZ 1998).

#### **3.1 Berufsgruppenbezogene Ansätze der Qualitätsentwicklung**

Berufsgruppenbezogene Ansätze stellen aus der professionellen Perspektive einer Berufsgruppe ihr Leistungsniveau dar, mit dem die Betroffenen und ihre Kostenträger bei einer Intervention rechnen können.

Hier geht es zum einen um die Frage der Ausführungsqualität, der "High Quality Performance", also technische Handlungskompetenz und korrekte Ausführungen professioneller Interventionen. Für die Frage der Beratung gehört hier hinein auch die Kompetenz zu einem kongruenten Beziehungsaufbau zum Klienten und die Fähigkeit situational sehr unterschiedliche Beratungskonzepte anzuwenden. In der Praxis ist beobachtbar, dass der Versuch, Standards in Form rigider Ablaufbeschreibungen vorzulegen, langsam dem Ende zugeht, so dass hier ein zweites Merkmal berufsgruppenbezogener Qualitätsfestlegungen Eingang finden muss, nämlich die Fähigkeit zum "High Quality Decision Making". Dazu sind jedoch individuell hohe Sach-, Sozial- und Personalkompetenz notwendig, gerade wenn, wie im Fallbeispiel, über Routinen hinausgehende Beratungs-, Interventions- oder Kooperationsentscheidungen notwendig sind. "High Quality Performance" und "High Quality Decision Making" bedürfen darüber hinaus aber auch Rahmenbedingungen, die sicherstellen, dass auf personaler Ebene ausreichend Qualifikation für Tätigkeiten erworben werden konnte, die auf institutioneller Ebene entsprechende Entscheidungsspielräume fördern und unterstützen und die auf der Ebene des Gesundheitssystems Strukturen für fallangemessene Flexibilität zur Verfügung stellen. Für die beiden letzteren sind die gesundheitspolitischen Finanzierungsstrukturen in erheblichem Maße mitentscheidend.

Die Begrenzung dieser berufsgruppenbezogenen Ansätze liegt vor allem darin, dass hier vorrangig professionelle und standesbezogene Maßstäbe eingehen, die in Konflikt geraten können mit denen anderer Berufsgruppen und denen der Betroffenen, vor allem dann, wenn die Betroffenen-

bedarfe so komplex sind, dass sie der Interventionen mehrerer Berufsgruppen und Institutionen bedürfen.

### **3.2 Organisationsbezogene Ansätze der Qualitätsentwicklung**

Ich komme zum zweiten Aspekt, den organisationsbezogenen Qualitätsprogrammen, die den Professionellen für "High Quality Performance" und "High Quality Decision Making" die entsprechenden Voraussetzungen an ihrem Arbeitsplatz ermöglichen sollen.

Unter den organisationsbezogenen Qualitätssicherungs/-entwicklungsprogrammen verfolgen die weitreichendsten, nämlich die unterschiedlichen TQM (Total Quality Management)- Ansätze (z.B. HUMMEL, MALORNY 1997; BRAUER, KÜHME 1997) unter anderem das Ziel, mittels Verlaufsplanung und -kontrolle (Performance-Development und -Monitoring) Kundenorientierung sicherzustellen. Die Realisation von Kundenwünschen, zum Teil zentralen – zu häufig aber vermeintlichen, weil leicht zu erhebenden, und marginalen, weil leicht zu befriedigenden - wird dann oftmals als Indikator für gute Ergebnisqualität missverstanden. Denn das Leitmotiv der Übernahme solcher Qualitätsentwicklungsprogramme bleibt der ökonomische Außenerfolg der jeweiligen Einzelinstitution, in weitgehend betriebswirtschaftlichen Kategorien gemessen. Ressourcenknappheit im Gesundheitssystem, eine zunehmende Differenzierung von Anbietern sowie eine wachsende Marktorientierung führen zu einer deutlichen Ökonomisierung der Leistungen der einzelnen Organisationen. In der Folge stehen die Professionellen zunehmend unter Druck, ihre Problemwahrnehmung auf Schwerpunktaufträge mit günstiger Refinanzierungsquote zu reduzieren und sich auf eine betriebswirtschaftlich verengte Entscheidungspraxis zu beschränken. Komplexe Problemlagen von Betroffenen, gerade wenn sie organisationsübergreifende Bedarfe signalisieren, geraten so fast zwangsläufig aus dem Blick. Denn betriebswirtschaftlich lukrative professionelle Interventionen erweisen sich in den seltensten Fällen als deckungsgleich mit einem "High Quality Performance" und "High Quality Decision Making", das notwendig ist, um komplexen Bedürfnissen auch "unattraktiver Kunden" gerecht zu werden. Unserem Fallpatienten hätte ein gezielter berufs- und einrichtungsübergreifender Informationsaustausch wahrscheinlich schon sehr geholfen. Doch es ist weder in unserer Berufskultur üblich noch in unserem Finanzierungssystem vorgesehen, dass Operateur, Hausarzt, Stomatherapeut, Seelsorger und ambulant Pflegende gemeinsam mit dem Patienten und den Angehörigen nach Lösungen suchen.

So ist meine These in diesem Zusammenhang, dass solche auf den kurzfristigen betriebswirtschaftlichen Nutzen von Einzelorganisationen ausgerichtete Qualitätskonzepte der Alltagsnotwendigkeit, auch Systemgrenzen überschreitende Kundenbedarfe in den Blick zu nehmen, kaum gerecht werden können.

Diese vorwiegend auf den Wettbewerbsvorteil von Einzelorganisationen bezogenen Qualitätsentwicklungs-Ansätze stehen zurzeit jedoch im Einklang mit unserem fragmentierten Gesundheitssystem. Gefährlich wird es meiner Ansicht nach nur, vor allem für solche "unattraktiven

Kunden" wie unseren Fallpatienten mit übergreifenden Koordinationsbedarfen, wenn wir bei solchen Qualitätsentwicklungs-Konzepten stehen bleiben und unseren Blick darauf reduzieren. Eine zentrale Aufgabe der Zukunft liegt darin, die Entwicklung darüber hinausgehender Qualitätskonzepte zu fordern, zu verfolgen und mit zu gestalten. Mit dem so genannten EFQ-Modell (Modell für Business Excellence der European Foundation for Quality Management, z.B. RADTKE, WILMES 1997) verbindet sich eine gewisse Hoffnung. Es handelt sich um eine Richtlinie oder ein Zielsystem zur Einführung von TQM-Modellen. Mit den neu hinzugekommenen Qualitätskriterien "Gesellschaftliche Verantwortung" und "Gesellschaftliches Image" könnte ein Aufbrechen der einzelorganisationsbezogenen Engführung der Qualitätsaktivitäten begünstigt werden. Sie suggerieren zumindest einen Hoffnungsschimmer, langfristige volkswirtschaftliche Überlegungen in organisationsbezogene Qualitätsaktivitäten mit einzubeziehen. Inwieweit dies gelingt unter der Bedingung, dass sich einzelbetriebswirtschaftliche Nachteile daraus ergeben, bleibt abzuwarten. Konkrete Operationalisierungen, also inhaltlich bestimmte, messbare Indikatoren, für das was "Gesellschaftliche Verantwortung" für eine Gesundheitseinrichtung, die unter betriebswirtschaftlichem Druck steht, denn nun heißen kann, stehen noch weitgehend aus.

Übergreifende Qualitätsentwicklungsaktivitäten, die das Zusammenspiel aller fallbezogenen relevanten Gesundheitseinrichtungen fördern, wird z.B. unter dem Stichwort "Systemdesign" (DONABEDIAN 1989) seit den achtziger Jahren gefordert. Der Erfolg solcher gesundheitspolitischen Forderungen lässt allerdings bislang auf sich warten.

So stellt sich uns aktuell die Frage: Gibt es noch unterhalb dieser zwingend notwendigen Systemveränderungen Verbesserungskapazitäten, die systematisch "High Quality Performance" und "High Quality Decision Making" der Professionellen in der Praxis fördern, also auch die notwendigen, oft zeitintensiven Abstimmungsprozesse - die vordergründig betriebswirtschaftlich unattraktiven Schwachstellen gängiger Qualitätssicherungs-Programme - und die einrichtungsübergreifende Abstimmung und Kooperation der fallbezogen eingeschalteten Professionellen sowie der Betroffenen und ihrer Angehörigen verbessern?

Exemplarisch möchte ich hier kurz verweisen auf einen Qualitätsentwicklungs-Ansatz, den wir in einem hessischen Modellprojekt erprobt haben. Beteiligt waren Vertreter unterschiedlicher Gesundheitsberufe aus ca. 30 Gesundheitseinrichtungen, Betroffene und Vertreter der zuständigen politischen Gremien (HÖHMANN, MÜLLER-MUNDT, SCHULZ 1998). Ansätze dieser Art gewinnen zunehmend an Bedeutung, wie die Bundeskonferenz für Qualitätssicherung in der Pflege im Oktober 1999 in Köln deutlich zeigte.

#### **4. Der Ansatz "Kooperative Qualitätsentwicklung"**

Was sind nun seine Charakteristika und wie sehen seine Grenzen und Reichweiten unter gegebenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen aus?

Das Konzept "Kooperative Qualitätsentwicklung" geht davon aus, dass die Definition von Ergebnis-Kriterien des Perspektivabgleichs bedarf: Maßstäbe der Verbraucher, der Professionellen und der Kostenträger gilt es auszuhandeln. Ziel ist hier, zu einer inhaltlichen Ausformulierung der Begriffe "Kundenorientierung" und "gesellschaftliche Verantwortung", wie sie in organisationsbezogenen Qualitätssicherungs-Modellen angelegt sind, beizutragen. Im Prozess der Qualitätsentwicklung werden Sach-, Sozial- und Personalkompetenz der Beteiligten gefördert mit dem Ziel "High Quality Performance" und "High Quality Decision Making" der Professionellen in Abstimmung mit den Betroffenen zu unterstützen. Die Perspektive ist eine langfristige volkswirtschaftliche, die schnell auf die Hindernisse betriebswirtschaftlich bedingter Systemgrenzen verweist und diesen Barrieren die Notwendigkeit Institutionen übergreifender Abstimmungsprozesse, auch und gerade für wenig "lukrative Kunden" des Gesundheitssystems gegenüberstellt.

Der Ansatz "Kooperative Qualitätsentwicklung" beruht auf folgenden Prinzipien: Er hat viel gemeinsam mit einem pädagogischen Konzept, mit dem Sach-, Sozial und Personalkompetenz der Beteiligten gefördert wird. Ziel ist die Erweiterung der jeweiligen fachlichen und sozialen Qualifikationsbasis der Professionellen. Berufsgruppen als Vertreter unterschiedlicher Gesundheitseinrichtungen, Kostenträger und Betroffenen lernen gemeinsam, die Wechselwirkungen zwischen Krankheit, Alltag und Biographie zu erkennen, die Bedeutung der eigenen Interventionen für den komplexen Lebenszusammenhang der Betroffenen wahrzunehmen und mit den Betroffenen und den anderen an der Versorgung beteiligten Professionellen gemeinsame Ziele und Handlungsstrategien auszuhandeln.

Damit zielt kooperative Qualitätsentwicklung weiterhin darauf ab, die Entwicklung flexibler patientenbezogener Arbeitsabläufe zu fördern. Die Engführung der Handlungskonzepte der Professionellen wird, so weit möglich, von innen her aufgebrochen. Mittel dazu sind beispielsweise interprofessionell besetzte Qualitätszirkel, berufs- und einrichtungsübergreifende regionale Qualitätskonferenzen, gemeinsame themenbezogene Fortbildungen, gegenseitige Hospitationen, etc .

Alle diese Entwicklungsaktivitäten bedürfen der organisatorischen Einbindung in Organisationsentwicklungskonzepte und der aktiven Abstützung seitens der Leitungen.

Es handelt sich um ein regionales Konzept, das die in jeder Region vorhandenen Besonderheiten und Ansatzpunkte für Qualifikation, Abstimmung und Kooperationen einbezieht.

Ein gleichzeitiger Beginn und das Einhalten von Absprachen zwischen Institutionen kann zur Vertrauensbildung und einer einigermaßen gleichen "Kostenverteilung" für alle Einrichtungen führen.

Das Konzept kooperativer Qualitätssicherung kann vor allem durch seine intensive Einbeziehung der Betroffenen und durch die Förderung einer neuen Berufsorientierung der Professionellen zu einer Zivilisierung des Gesundheitsmarktes beitragen.

Die dazu erforderliche und damit einhergehende Interaktionspraxis der Professionellen kann regelmäßig auf die Einhaltung dieser Prinzipien überprüft werden. Dies ist möglich anhand retrospektiv und prospektiv ausgerichteter Planungs- und Verlaufskontrollen, wie DONABEDIAN es nennt, eines "Performance Monitorings". Dessen Kriterien sind nun allerdings die erfolgte und antizipierte patientenbezogene Problemlösungskapazität, nicht die Einhaltung von Ablaufstandardisierungen und routinisierte Domäneorientierung. In der Pflege eignen sich dazu so genannten Trajectories oder Krankheitsverlaufskurven (vgl. CORBIN, STRAUSS 1993, HÖHMANN, MÜLLER-MUNDT, SCHULZ 1998). Anhand dieses Kontrollmediums der retrospektiven Verlaufskurven lassen sich typische Schwachstellen der Versorgung erkennen, so dass daraus prospektive neue Handlungsstrategien abgeleitet werden können.

Langfristig sind allerdings neue Finanzierungsregelungen und Sozialisationskonzepte für die Professionellen erforderlich, und zwar als Rahmenbedingungen und notwendige Voraussetzungen einer stabil veränderten Berufsorientierung, in der die fall- und situationsbezogenen Bedarfe der Nutzer von Gesundheitsleistungen bei Intervention und Beratung im Vordergrund stehen. Dies unter Qualitätsaspekten einzufordern und sich am weiteren "Systemdesign" institutionalisiert aktiv und anwaltschaftlich zu beteiligen, erscheint mir eine der großen zukünftigen Herausforderungen für Patienten- und Betroffenenorganisationen zu sein.

#### **LITERATUR:**

- BRAUER, J.-P.; KÜHME, E.U.: DIN EN 9000 – 9004 umsetzen. München, Wien: Hanser 1997.  
CORBIN, J., STRAUSS, A.: Weiterleben lernen. München, Zürich: Piper 1993.  
DONABEDIAN, A.: Institutional and Professional Responsibilities in Quality Assurance. Quality Assurance in Health Care 1 (1989) 1, S. 3-11.  
ENGLERT, G. (Hrsg.): Die Beratung des Stomaträhgers. Freising: Deutsche ILCO 1997.  
FEUERSTEIN, G.: Systemintegration und Versorgungsqualität. In: Badura, B.; Feuerstein, G.; Schott, T. (Hrsg.) System Krankenhaus. Weinheim, München: Juventa 1993.  
GERSON, E.; STRAUSS, A.: Time for Living. Social Policy; 6 (1975), S. 12-18.  
HÖHMANN, U., MÜLLER-MUNDT, G., SCHULZ, B.: Qualität durch Kooperation. Frankfurt: Mabuse 1998.  
HUMMEL, T., MALORNY, C.: Total Quality Management. München, Wien: Hanser 1997.  
RADTKE, P., WILMES, D.: European Quality Award. München, Wien: Hanser 1997.

# Qualitätsmanagement in der Akutklinik

*Thorolf Hager*

## Was ist eine Akutklinik?

"Akutklinik" ist ein sehr weiter Begriff. Die Akutklinik ist das Krankenhaus der Grundversorgung, sozusagen an der chirurgischen Front, aber auch das Zentralklinikum oder die Universitätsklinik. Alle drei Klinikformen sehen Patienten mit Colonerkrankungen, die zur Stomaanlage führen. In allen drei verschiedenen Einrichtungen müssen Stomaträger nach der Operation auf ihre neue Situation vorbereitet werden. Es ist notwendig, sie zu beraten, ihnen psychische Hilfestellung leisten, die Angehörige zu informieren, ja oft sie anzulernen. Es ist sicher so, dass die Akutklinik weniger Stomapatienten sieht als das Zentralklinikum oder die Universitätsklinik.

Ich sehe hier mehrere Problembereiche, die einen direkten Einfluss auf die Qualität der Beratung und damit die Rehabilitation des Stomaträgers haben.

## Chirurgische Qualität

Es ist für mich schon ein Unterschied in Erfahrung und Qualität, ob eine chirurgische Klinik im Jahr 30 oder 300 Eingriffe am Dickdarm durchführt. Entsprechend unterschiedlich ist die Erfahrung in der Krebschirurgie, Stomaanlage, Stomaberatung. Stomatherapeuten sind in kleinen Einrichtungen kaum zu finden.

Qualität in der Coloproktologie ist messbar, z.B. an der 5-Jahres-Überlebensrate nach Krebseingriffen, an dem prozentualen Wiederauftreten der Krebserkrankung, an der Zahl der erforderlichen Stomakorrekturen, an der Komplikationsrate bei dickdarmchirurgischen Eingriffen. Die Qualität ist direkt abhängig von der Qualität der Chirurgen und seiner coloproktologischen Erfahrung.

Ich weiß, dass das präoperative Anzeichnen eines Stomas noch immer nicht selbstverständlich ist. Im Notfall mag dies vielleicht verständlich sein, wenn auch dies möglich ist - bei Wahleingriffen ist es ein Muss.

Es gibt Diskussionen in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie, die Überlegungen einbeziehen, so genannte große Eingriffe, z. B. bei Krebserkrankungen am Dickdarm, ausschließlich an Zentren durchführen zu lassen. Vieles spricht dafür, ob es möglich ist, ist eine andere Frage.

Außer Frage ist sicher die Tatsache, dass wir im Bereich Coloproktologie eine Spezialisierung brauchen zum Wohle unserer Patienten. Hier gibt es gute Ansätze. Seit zwei Jahren gibt es auf europäischer Basis die Zusatzbezeichnung "Coloproktologie" für Chirurgen. Es haben bereits zwei Prüfungen stattgefunden. Auf dieser Basis gibt es nun einen Antrag an die Bundesärztekammer, die Zusatzbezeichnung "Coloproktologie" in Deutschland einzuführen, im Anschluss an die Schwerpunktbezeichnung "Viszeralchirurgie". Gelingt dies, wird der Patientenstrom sicherlich an

Kliniken gelenkt, an denen ein so qualifizierter Chirurg arbeitet, mit sicher entsprechend besseren Ergebnissen.

### **Die Qualität der Pflege**

Für mich ist es unerlässlich, Stomatherapeuten an Allgemein-Viszeralchirurgischen Kliniken anzustellen, in denen außer Notfallchirurgie am Dickdarm regelhaft Eingriffe im Bereich des Dickdarmes und des Mastdarmes durchgeführt werden. Die Stomatherapeuten müssen eine spezielle Ausbildung haben, Erfahrungen des Berufslebens alleine sind heute nicht mehr ausreichend.

Die normale Versorgung eines Stomas auf den chirurgischen Stationen kann sicher von jeder Krankenschwester vorgenommen werden. Dies ist aber nicht der Punkt:

- Die Information,
- psychische Betreuung,
- das Anlernen der Stomaversorgung und
- der Umgang mit dem Stoma,

dies sind die wichtigen Punkte, auf die es für den Stomaträger ankommt.

Mängel in diesen wesentlichen Bereichen führen zu

- verminderter Lebensqualität,
- Unmöglichkeit der sozialen Wiedereingliederung.

Die Rückkehr in das so genannte normale Leben ist gefährdet.

### **Qualität der Nachsorge und der Beratung nach der Entlassung aus der Klinik ist für mich der schwierigste Punkt**

Viele Kliniken in Deutschland haben keine ambulante Zulassung mit Ausnahme der Universitätskliniken und derjenigen Chefärzte in chirurgischen Kliniken, die an einem Ort tätig sind, an dem kein niedergelassener Chirurg tätig ist. Diese Situation ist in Deutschland kaum noch vorhanden.

Das bedeutet aber, dass der Stomaträger nach seiner Entlassung auf die Beratung des niedergelassenen Chirurgen angewiesen ist. Die Qualität in diesem Bereich mag und will ich nicht beurteilen. Wir wissen aber, dass zunehmend mehr Orthopädiehäuser Stomaberatung im ambulanten Bereich anbieten. Sie stellen Stomatherapeuten ein, versorgen Stomaträger zu Hause, beginnen ihre Versorgung zum Teil schon in den Kliniken. Dass dies so ist zeigt, dass die Ärzte heute die Stomaversorgung nicht durchführen wollen. Oder nicht durchführen können? Sie haben diesen Bereich völlig abgegeben.

Wir können die Qualität der Beratung im stationären Bereich, so wir das wollen, gut messen. Beim Entlassungsgespräch, sofern dieses stattfindet, erfahren wir, wie der Stomaträger seine neue Situation auffasst, ob er die Stomaversorgung beherrscht. Ist jedoch keine ambulante oder Stomasprechstunde in der Klinik vorhanden, werden wir über die spätere Situation des Stomaträgers

nichts erfahren. Es sei denn, die operierende Klinik hat ein Interesse an den Spätergebnissen und führt Umfragen unter den Stomaträgern durch, die dann sehr wohl Rückschluss auf die Qualität der Beratung und Information in der Klinik geben.

Die Qualität der Beratung im ambulanten Bereich, d.h. zu Hause, ist von uns jedoch qualitativ kaum messbar, ausgenommen für Patienten, die mit echten Komplikationen am Stoma, z.B. Stenose, Hauterkrankungen, Hautentzündungen wieder vorgestellt werden. Ich bin jedoch zuversichtlich, dass der freie Markt das Problem bessern hilft. Unsere Stomaträger wie auch unsere Patienten sind mobiler geworden, sind informierter, sie suchen sich zunehmend mehr qualifizierte Ärzte und auch qualifizierte Stomaberatungsstellen, z. B. Sanitätshäuser aus.

Wir haben an unserer Klinik das Problem sehr wohl erkannt und arbeiten sehr eng mit einem Orthopädiehaus zusammen, das in unserem oberfränkischen Raum eine - aus unserer Sicht - sehr effiziente Stomaberatung durchführt. Die Zusammenarbeit geht so weit, dass die Stomaberater dieser Firma die Patienten in unsere Stomaambulanz bringen und wir gemeinsam auftretende Probleme besprechen. Wir informieren unsere Stomaträger vor der Entlassung über die Möglichkeit, sich an ihrem Heimatort durch einen Mitarbeiter dieser Firma beraten zu lassen. Gleichzeitig haben unsere beiden hauptamtlichen Stomatherapeuten eine Nebentätigkeitsgenehmigung der Klinik und die Genehmigung der Krankenkasse, ambulant zu arbeiten. Das bedeutet, dass unsere beiden Schwestern auch außerhalb der Klinik in unserem Umfeld tätig werden können. Wir glauben, unseren Stomaträgern mit dieser Möglichkeit ein Höchstmaß an Sicherheit bieten zu können.

### **Welche persönlichen Anforderungen sind nun an Mitarbeiter bei der Beratung von Stomaträgern zu stellen?**

Die Grundvoraussetzung ist meiner Meinung nach eine langjährige Tätigkeit als Krankenschwester, Krankenpfleger und das Absolvieren eines internationalen oder national anerkannten Kurses für Enterostoma-Therapeuten.

Die Kurse beinhalten auch den Umgang mit Inkontinenzpatienten, eine aus meiner Sicht enorm wichtige Kombination.

Nur wer über eine ausreichende Berufserfahrung verfügt und diese Kurse absolviert hat, kann aus meiner Sicht heute eine hohe Qualität im Bereich der Stomatherapie abliefern.

In der Zusammenarbeit mit den Chirurgen der Klinik, die über eine hohe Erfahrung im Bereich der Coloproktologie verfügen sollten, sehe ich eine ideale Situation für unsere Stomapfleger.

In Deutschland werden regelmäßig Kongresse im Bereich der Chirurgie angeboten, bei denen parallel dazu Fortbildungsveranstaltungen für Pflegepersonal stattfinden. Wir schicken unsere Stomatherapeuten wie auch unsere Krankenschwestern regelmäßig zu diesen Veranstaltungen, insbesondere wenn Spezialveranstaltungen im Bereich der Dickdarmchirurgie oder in der Stomatherapie angeboten werden. Darüber hinaus informieren wir an unserer Klinik regelmäßig das

Personal zum Thema Stomatherapie speziell im Bereich der Dickdarmchirurgie, Stomatherapie allgemein usw., sodass auch das Pflegepersonal der chirurgischen Stationen jederzeit auf dem neuesten Stand der medizinischen Entwicklung ist.

Die von Herrn Englert an mich gestellte Frage, ob ich es für möglich halte, die Qualität bei der Beratung zu kontrollieren und wenn ja, wie dies geschehen könnte, kann ich nur mit "Ja" beantworten. Bis auf wenige Ausnahmen sind unsere Stomaträger motiviert und sich ihres Problem es bewusst. Anhand von Fragebögen kann ihre Lebenssituation sehr wohl erfragt werden.

Die Akzeptanz der Stomaanlage und das Leben damit ist in ein klares "Ja" oder "Nein" zu gliedern. Ein Stomaträger, der informiert und gut versorgt die Klinik verlässt, der weiß, welche Erkrankung er hatte, über die Möglichkeiten des Wiederauftretens der Erkrankung informiert ist, der sich einer regelmäßigen Nachsorge unterzieht, ist auf der Zufriedenheitsskala oben anzusiedeln. Der uninformierte Stomaträger wird Probleme haben, sich wieder einzugliedern, er wird weniger zu Nachsorgeuntersuchungen gehen. Die Qualität der Beratung in der Klinik und auch dann nach dem Verlassen der Klinik ist also sehr wohl fassbar. Der zufriedene Patient teilt dieses mit, wie auch der unzufriedene sein Problem artikuliert.

Wir führen an unserer Klinik regelmäßig eine Qualitätskontrolle dahingehend durch, dass wir die 5-Jahres-Überlebensrate unserer Patienten überprüfen, unsere Komplikationen postoperativ dokumentieren, auswerten. Wir haben uns außerdem einer externen Qualitätskontrolle angeschlossen, die dem Klinikleiter jedes Jahr zeigt, wo er im Vergleich zu anderen Kliniken steht. In dieses Schema sind auch unsere Stomaträger, die wir regelmäßig sehen, mit einzubeziehen. Unsere Stomatherapeutinnen führen eine Karteikarte, in der alle Probleme, Wünsche, auch ein Lob sowie die Zufriedenheit unserer Stomaträger vermerkt sind. Dies rundet das Bild der Qualitätskontrolle ab. Dies ist sicherlich aufwendig, hat aber Vorteile. Wir haben so die Möglichkeit, zufriedene Menschen zu entlassen und wir wissen zudem, wo wir stehen. Wir werden außerdem im Hinblick auf die Entwicklung im Gesundheitswesen in Deutschland auf sicheren Beinen stehen, wenn es darum geht, sich einer externen Qualitätskontrolle zu unterziehen, um möglicherweise die Lizenz der Krankenkassen nicht zu verlieren. Denn auch dies muss bedacht werden: Unser Gesundheitswesen ist an eine Grenze gestoßen, was die Machbarkeit und die Finanzierbarkeit angeht. Langfristig wird es aus meiner Sicht so sein, dass nur hoch motivierte, hoch qualifizierte und effektiv arbeitende Kliniken überleben werden.

## Qualitätsmanagement in der stationären Rehabilitation von Stomaträgern

*Peter Kruck*

Rehabilitationsmedizin wird auch noch in diesen Tagen vielerorts mit Skepsis betrachtet. Häufig werden stationäre Rehabilitationsmaßnahmen mit traditionellen Badekuren verwechselt oder ihr Wert wird grundsätzlich in Frage gestellt mit dem Argument, nur der kleinere Teil sei medizinisch überhaupt zwingend notwendig. Allerdings sollte - auch bei distanzierter Betrachtung der Rehabilitation - nicht übersehen werden, dass in bestimmten Bereichen medizinischer Maßnahmen die Rehabilitationsmedizin eine wichtige, ja zentrale Erfordernis darstellt - und hierzu gehört zweifelsohne die Rehabilitation nach Anlage eines Stoma.

Wenn als vorrangiges Ziel der Rehabilitation eine Wiedererlangung des körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens definiert wird, ist hiermit eine umfassende Aufgabe beschrieben, besonders dann, wenn eine notwendigerweise verbleibende Behinderung - nämlich das Stoma - akzeptiert werden muss.

Nach der Stomaanlage ist der Betroffene mit einer völlig veränderten Lebenssituation konfrontiert, die aber nicht nur allein durch die Stomaanlage selbst und die Notwendigkeit ihrer Versorgung hervorgerufen ist. Über 80% der Patienten geben nach der Operation akute Beschwerden an, unter anderem in Form von verzögerter Wundheilung, Schmerzen, Harninkontinenz oder evtl. entstandenen Komplikationen im Bereich der Stomaanlage. Die unmittelbar postoperativ einsetzende notwendige, zum Teil auch zeitaufwendige Betreuung im Akutkrankenhaus stößt jedoch in dieser Zeitspanne auf immer größere Probleme durch die zunehmende, gesundheitspolitisch induzierte Verkürzung der Verweildauer. Eine weitere Schwierigkeit bereitet erfahrungsgemäß die Tatsache, dass der Erfolg vieler rehabilitativer Bemühungen in der Zeit nach dem operativen Eingriff ohnehin durch die verringerte Aufnahmefähigkeit des Betroffenen deutlich eingeschränkt ist. Viele Patienten - besonders auch Tumorpatienten - sind psychisch mehrfach belastet. Neben der notwendigen Verarbeitung des Operationstraumas steht die Belastung durch die Diagnose: das unbestimmte Gefühl der Angst vor zunehmendem Leiden, Hilflosigkeit und der Bedrohung durch ein vorzeitiges Ende der eigenen Existenz, verbunden mit der konkreten Furcht vor einem möglichen Tumorrezidiv, evtl. eintretenden Schmerzen und sozialen Konsequenzen einer unheilbaren Krankheit. In dieser Situation soll ein Stomapatient lernen, das Stoma zu versorgen, mit dem Versorgungsmaterial umzugehen, Kenntnisse über Komplikationen und eventuelle prophylaktische Maßnahmen zu erwerben und, wenn notwendig, eine Stuhlregulierung durchzuführen. Die Erfahrung zeigt, dass dieses Programm nur selten mit Erfolg durchgeführt werden kann.

Wenn man in Rechnung stellt, dass sich rehabilitative Maßnahmen definitionsgemäß nicht nur auf körperliche Funktionseinbußen beschränken sollten, sondern auch mögliche Störungen der psy-

cho-sozialen Integration, die Akzeptanz verbliebener Behinderungen, die Verminderung der Lebensqualität und berufliche bzw. wirtschaftliche Belastungen einschließen müssen, liegt es auf der Hand, dass nur ein umfangreiches Programm zum erwünschten Erfolg führen kann.

Im Sinne dieser Zielsetzung ist Rehabilitation - besonders auch die eines Stomaträgers - als komplexe und interdisziplinär durchzuführende Aufgabe zu verstehen, die optimal am ehesten in Form einer stationären Maßnahme, am besten in Form einer Anschlussheilbehandlung zu realisieren ist.

Die Rehabilitationsmedizin ist - wie jeder andere Bereich der Medizin auch - vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, erbrachte Leistungen überprüfen zu lassen, mit dem Ziel einer Sicherung und Verbesserung ihrer Qualität. Maßnahmen zur Sicherung der Qualität müssen sich auf strukturelle Bedingungen, auf Versorgungsabläufe und auf das Behandlungsergebnis erstrecken. Daraus folgt, dass als Voraussetzungen für ein erfolgreiches Qualitätsmanagement

- eine bedarfsgerechte Struktur,
  - ein definiertes Versorgungsprogramm und
  - eine adäquate Evaluation des Behandlungsergebnisses
- zu gelten haben.

Als Grundlage für eine **bedarfsgerechte Struktur** zur optimalen Rehabilitation von Stomaträgern sind folgende Voraussetzungen anzusehen:

- gastroenterologische Fach- und onkologische Zusatzkenntnisse der betreuenden Ärzte
- gründliche Kenntnisse in der Rehabilitation und Sozialmedizin
- ausreichende Erfahrung in der Stomaversorgung, nicht nur bei Stomatherapeuten, sondern auch bei Ärzten und Krankenschwestern
- zusätzliche Praxis in der Kost- und Ernährungsberatung
- problemorientierte Erfahrung über psychische, soziale und berufliche Besonderheiten (Sozialarbeiter, Psychologen)
- Bereitstellung aller auf dem Markt befindlichen Versorgungsmöglichkeiten
- ausreichende Räumlichkeiten für Beratungsgespräche und Stomaversorgung
- ausreichendes (!) Personal für die zum Teil zeitintensiven rehabilitationsbezogenen Tätigkeiten
- bedarfsgerechte apparative Ausstattung für Diagnostik und Therapie.

Unverzichtbare Grundlage für den Rehabilitationsprozess ist die **Definition von Therapiezielen** unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse. Ein verbindlich formuliertes Therapieziel konkretisiert spezifische Defizite und sichert bei langfristigen Rehabilitationsabläufen die Kontinuität des Therapieprozesses. Dies kann bei Übergängen zwischen verschiedenen Einrichtungen der Rehabilitation (stationär/ambulant/Hausarzt/Stomatherapeut) von entscheidender Bedeutung sein.

Die **Qualität des Rehabilitationsprozesses** bei Stomaträgern kann gemessen werden an der erfolgreichen Durchführung der folgenden Maßnahmen:

- zügiges Erlernen einer sicheren Stomaversorgung (Versorgungstraining)
- Erlernen der Irrigation (falls möglich)
- Erwerb von Kenntnissen in der Beurteilung und (evtl.) Behandlung von Stomakomplikationen
- Unterrichtung über die Angebote des Hilfsmittelmarktes und ihre Beurteilung
- Sicherheitstraining (Schwimmen, Gymnastik etc.)
- Information über evtl. notwendige Stuhlregulierung
- Information über die Nachsorge bei Tumorkrankheiten (falls notwendig)
- psychische Hilfestellung
- Beratung bei sexuellen Problemen
- soziale Beratung
  - . Information über Schwerbehindertenausweis, Nachteilsausgleiche
  - . Beratung der Partner und Angehörigen
  - . Vermittlung von Kontaktadressen (Selbsthilfegruppen ILCO), Beratungsstellen
  - . Kontaktherstellung zu benötigten Institutionen (Sozialversicherungsträger, Versorgungsamt, Sozialamt, Krankenkasse)
  - . berufliche Reintegration
- Organisation der ambulanten Versorgung
- umfassende Kommunikation (ausführlicher Entlassungsbericht, Formular mit Angaben über das Versorgungssystem).

Um den erforderlichen Leistungsstandard zu erhalten, ist zu gewährleisten, dass auch neue rehabilitationsbezogene Erkenntnisse in den Fachgebieten der Medizin, Krankenpflege, Stomaversorgung, Sozialmedizin, Psychologie usw. von den Beteiligten in die tägliche Arbeit umgesetzt werden. Bei dem sehr schnellen Wandel der Erkenntnisse und dem großen Wissenszuwachs in relativ kurzen Zeitabständen ist eine regelmäßige **Fortbildung** für alle Beteiligten durchzuführen. Neben den klinikextern angebotenen Fortbildungsmöglichkeiten ist klinikintern ein regelmäßiger Informationsaustausch zu gewährleisten in Form von klinikeigenen Fortbildungsveranstaltungen, an denen ggf. auch externe Fachkräfte aktiv oder passiv teilnehmen können. Themenschwerpunkte der Fortbildung:

- stomaspezifische Themen (Chirurgie, Stomaarten, postoperative Beobachtung usw.)
- Grundsätze der Stomapflege
- Anforderungen an Stomaversorgungssysteme
- Stomakomplikationen
- Irrigation
- Gesprächsführung
- psycho-soziale Themen
- berufsbezogene Probleme

- Protokollführung
- Zusammenarbeit mit Selbsthilfegruppen
- allgemeine Themen der Rehabilitation (Harninkontinenz, Postproktomie-Syndrome, Physiotherapie etc.)

Die Kontrolle und Beurteilung der Effektivität rehabilitativer Maßnahmen setzt voraus, dass der therapeutische Erfolg gemessen und auf das vorab definierte Therapieziel bezogen werden kann. Allerdings sind zurzeit nicht für alle Therapieziele geeignete Messinstrumente verfügbar, die eine objektive, valide Messung der Zielgröße erlauben.

Ein weiteres Problem bei der Beurteilung von Ergebnisqualität liegt in der Wertung des Ergebnisses durch den Betroffenen selbst, der schließlich im Mittelpunkt des medizinischen Handelns steht. Nicht alle Bedürfnisse des Menschen können jederzeit vollständig befriedigt werden. Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit erwächst aus dem Vergleich der erbrachten Leistung mit den zuvor bestandenen Erwartungen des Betroffenen an die vorgenommene Maßnahme. Die Erwartung ist aber grundsätzlich subjektiv, wobei ihr Realitätsbezug für das Endergebnis sicherlich eine zentrale Rolle einnehmen dürfte. Je realitätsbezogener die Erwartungen eines Betroffenen sind, umso eher ist ein objektives Urteil zu erwarten.

Unter Berücksichtigung der methodischen Einschränkungen sollte es aber trotzdem durchaus möglich sein, die Qualität rehabilitativer Maßnahmen und insbesondere auch die Beratung des Stomaträgers zu evaluieren, wobei die Beurteilung verschiedene Perspektiven zulässt (produktbezogen, prozessbezogen usw.). Für die Bewertung der erhobenen Kontrolldaten ist ein Vergleich mit anderen ähnlichen Einrichtungen bzw. Institutionen unbedingt erforderlich, wobei auf die Vergleichbarkeit sowohl der Einrichtungen als auch der Dokumentation bzw. der Messverfahren größten Wert gelegt werden muss. Als Grundlage für ein derartiges Vorgehen sind Empfehlungen für ein standardisiertes Verfahren anzusehen, die für die Rehabilitation von Stomaträgern derzeit noch fehlen.

**Zusammenfassend** sei festgestellt, dass durchaus allen Stomaträgern eine optimale Versorgung und Beratung ermöglicht werden kann. Voraussetzung hierfür sind eine adäquate Struktur der beteiligten Institutionen, ein evidenzbasiertes Programm der Durchführung und die qualitätsbezogene Evaluation des Rehabilitations- bzw. Beratungsergebnisses. Fixierte Qualitätsstandards in Form von Empfehlungen oder Leitlinien, die in Zusammenarbeit aller Beteiligten erstellt werden sollten, wären hierbei von großem Nutzen.

# Qualitätsmanagement-Konzept der APOHILF

*Harald Wohlers*

## **Nahziel**

Qualifizierte Betriebe aus den einzelnen Branchen im Gesundheitswesen müssen zusammenarbeiten!

## **Leitbild (Vorschlag)**

Wir streben eine vollständige, dezentrale und flächendeckende Versorgung der Versicherten unter Nutzung von Marktsynergismen zur Kostenminimierung an. Dazu wollen wir die Zusammenarbeit aller beteiligten Gruppen branchenübergreifend mit der Hilfe von leistungsfähigen Unternehmen so koordinieren, dass ethische und wirtschaftliche Gesichtspunkte gleichrangig Berücksichtigung finden.

Diese qualitativ optimierte Kooperation von Einzelunternehmen soll als nachweislich betriebswirtschaftlich sinnvolles Angebot an die Krankenkassen zur kompletten Erfüllung des gesetzlichen Versorgungsauftrages für die Versicherten rund um die Uhr und 365 Tage im Jahr installiert werden.

## **Voraussetzung**

Einführung eines Qualitäts-Management-Systemes (QM) gemäß DIN EN ISO 9002:2000 aufgrund einer definierten Forderung der Krankenkassenspitzenverbände.

## **Anforderungsprofil (Vorschlag)**

Zertifizierung in den Modulen Qualifikation, Dokumentation, Kommunikation, Beschaffung, Vertrieb und Datenwesen.

## **Definition**

Beschreibung aller Prozesse zum Erreichen des Total Quality Management (TQM) zum Erhalt der Kassenzulassung bis zum vereinbarten Termin.

## **Zeitraumen (Vorschlag)**

- Nachweis der Zertifizierung als Grundlage für die Kassenzulassung für die Einzel- oder Gruppenzulassung von Betrieben bis zum 30. Juni 2003.
- Bestandsschutz für bereits zugelassene Betriebe bis zum vorgenannten Termin.

## **Umsetzung**

Dokumentation der je Modul festgelegten Anzahl von Prozessanweisungen (Standards).

## **Minimalforderungen (Vorschlag)**

- Fortbildungsverpflichtung mit Lernkontrolle von Inhaber und Mitarbeitern - Einführung eines Punktesystems

- Fallbezogene Anzahl von qualifizierten Mitarbeitern - z.B. Enterostomatherapeuten nur nach W.C.E.T. oder DVET
- Lückenlose patientenbezogene Verlaufsberichte mit Fotodokumentation als Nachweis der Qualitätskontrolle
- Regelmäßige Abfrage der Kundenzufriedenheit sowie Feststellung der Rentabilität des Betriebes gemäß neuer ISO.

### **Ziel**

Nur wer die Voraussetzungen zu 100% erfüllt, erhält ab dem 1. Juli 2003 eine 100%ige Vergütung !

## **Qualitätsmanagement-Praxis**

### ***Anita Beckmann***

In den letzten Jahren hat sich die Diskussion über Qualität und Qualitätssicherung im Gesundheitswesen zu einem regelrechten Boom entwickelt. Auch im Dienstleistungssektor der Alten- und Krankenpflege wird hierüber heftig debattiert. Wie sieht es nun im Bereich der Stomaberatung aus?

- Qualität wollen alle, aber verstehen wir alle dasselbe darunter?
- Wer definiert die Qualität in der Stomaberatung?

Sicherlich ist Qualität auch subjektiv vom Kunden zu beurteilen. Wenn die Erwartungen der Stomaträger optimal erfüllt werden, verstehen sie dieses als Qualität. Jedoch im Vorfeld zu erkennen, welcher Leistungserbringer im Markt gewissen Mindestanforderungen entspricht, wird für den Kunden oftmals zu einem Problem. Deshalb muss schnellstens für den Laien erkennbar werden, bei welchen Unternehmen mit Kompetenz im Bereich Dienstleistung zu rechnen ist.

Nur als anerkannte Enterostomatherapeuten (W.C.E.T. oder DVET), und somit als Leistungsträger unseres Unternehmens APOHILF, sind wir in der Lage, die uns selbst auferlegten Qualitätsanforderungen zu erfüllen und die daraus resultierende Kompetenz zu bieten.

Wie kann dieses nun in der Praxis aussehen?

Wie Sie bereits von unserem Geschäftsführer Herrn Wohlers erfahren haben, ist die ISO - Zertifizierung ein maßgebliches Merkmal dafür, dass Qualitätsmanagement in einer Einrichtung entwickelt und gelebt wird, um so die einheitliche Arbeitsweise in der Dienstleistung zu garantieren und die Qualität in der Beratung zu definieren.

Bestandteile unseres Qualitätsmanagements sind visualisierte Pflegestandards und Verfahrensanweisungen zur Patientenbetreuung. Erfolgskontrolle ist dabei bei uns ebenfalls ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements.

Als eine weitere qualitätssichernde Maßnahme ist sicherlich die fortlaufende Dokumentation der erbrachten Leistungen zu sehen. Sie ist unerlässlich, um eine lückenlose Betreuung zu gewährleisten. Damit ist die kompetente Beratung nicht an eine Enterostomatherapeutin gebunden und kann jederzeit von einer anderen Kollegin übernommen werden.

In komplizierten Fällen ist es unbedingt notwendig, anhand der Fotodokumentation den Verlauf regelmäßig festzuhalten, um somit am positiven Erfolg die Beratungsqualität zu unterstreichen.

Ein wichtiges Kriterium für die Qualitätssicherung ist die kontinuierliche Fortbildung. Nur die Betreuung durch einen Enterostomatherapeuten kann dem Stomaträger die Sicherheit einer kompetenten Beratung geben. Das Wissen gerade im Produktbereich auf dem neusten Stand zu halten ist unerlässlich. Es kommen immer wieder neue innovative Produkte auf den Markt, die dem Stomaträger nicht vorenthalten werden dürfen, da sie zur Verbesserung der Lebensqualität beitragen und schließlich Fehlversorgungen minimieren.

Bei all diesen standardisierten Vorgehensweisen darf jedoch nicht nur die methodisch-technisch korrekte Durchführung im Vordergrund stehen. Meines Erachtens ist gerade auch die zwischenmenschliche Beziehung bei einer Beratung von besonderer Bedeutung und zeichnet diese erst aus. Jeder Stomaträger sollte also individuell gesehen werden, mit all seinen Wünschen, Fragen und Problemen, auf die eingegangen wird. Nur so kann eine Vertrauensbasis geschaffen werden. Qualität in der Stomaberatung bedeutet somit für mich, explizit nicht nur das Stoma zu sehen, sondern den Betroffenen mit seiner Individualität. Hier wird zusätzlich die Anforderung gestellt, über den Tellerrand hinaus zu schauen und das gesamte Umfeld des Patienten wahr zu nehmen und darauf einzugehen.

Wir Stomatherapeuten fungieren als Bindeglied zwischen Patient, Angehörigen, Arzt, Apotheke, Pflegedienst, Krankenhaus, Pflegeheimen und Krankenkassen. Erst durch diese Kombination von professioneller Handlung und Berücksichtigung der Individualität des Kunden können wir dem Stomaträger und unserem Versorgungsauftrag gerecht werden.

# Qualitätsmanagement-Konzept und –Erfahrungen der HSC-Gruppe

*Andreas Rudolph*

## Aufgabengebiete der HSC-Gruppe

- Stomaversorgung
- Inkontinenzversorgung
- Wundversorgung
- Enterale Ernährung
- Tracheostomieversorgung

## Kriterien einer guten Versorgung

- Optimale Betreuung der Kunden
- Vermeidung von Folgeschäden durch falsche Produkte oder Anwendungsfehler
- Hilfe zur Selbsthilfe (Schulung und Beratung)
- Kostenreduktion durch optimalen Einsatz der Produkte
- Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Berater
- Steigerung der Lebensqualität durch gute Beratung

## Qualifikationen und Qualifizierung der Berater

- abgeschlossene Berufsausbildung im pflegerischen Bereich
- Zusatzqualifikation (85 WCET anerkannte Stomatherapeuten)
- 3 Wochen Einschulung (produktspezifisch, fachlich, Kommunikationstraining, Persönlichkeitstraining)
- kontinuierliche (betriebsinterne) Fortbildung
- zwischenmenschliche Kompetenz

## Beratungsfrequenzen für eine optimale Versorgung

Beratungsphase	Beratungsfrequenz
präoperative Phase (Dauer: 2 Tage)	1 Beratungsgespräch
postoperative Phase bis Entlassung (Dauer: ca. 10 Tage)	3 Beratungsgespräche
I. Phase nach der Klinikentlassung (Dauer: ca. 6 Tage)	mindestens 10 Beratungsgespräche (nach Bedarf mehr)
II. Phase nach der Klinikentlassung → Alltagsleben (Dauer: unbegrenzt)	Beratungsgespräche nach Bedarf, mindestens 2 pro Quartal)

## Kundenzufriedenheitsstudie

### Zielfragen

- Was verstehen Kunden unter gutem Service und guter Beratung?
- Wie zufrieden sind unsere Kunden mit der Arbeit "ihrer" Med's?

### Zielgruppe

Die Stomapatienten der Medgesellschaften im Jahr 1998

### Organisation

*Umfang:*  
3000 Fragebögen

*Rücklauf:*  
1739 Fragebögen

*Zeitraum der Befragung:*  
Dezember 1998 bis März 1999

*Vorgehensweise:*  
von den Patienten ausgefüllte Fragebögen,  
Auswertung durch das unabhängige Institut  
GESS

### Ergebnisse

<b>Punkte mit zentraler Bedeutung für die Stomapatienten</b>	<b>sehr wichtig für den Kunden</b>	<b>sehr zufrieden mit der Med</b>
gute Fachkenntnisse	86,5 %	86,5 %
qualifiziertes Pflegepersonal	73,0 %	82,2 %
große Erfahrung	70,1 %	75,5 %
aufmerksame, respektvolle Behandlung	63,3 %	83,3 %
Zeit für den Patienten	71,2 %	82,7 %
geregelte Notfallbereitschaft	66,2 %	73,2 %

## Stellungnahme des Fachverbandes Stoma + Inkontinenz DVET

*Felicitas Schwartz, Marita Georg*

Wenn Qualität in der Therapie, Pflege, Rehabilitation und ambulanter Nachversorgung so definiert sein würde wie sie jeder aus den Bereichen Gesetzgeber, Kostenträger und Leistungserbringer im Gesundheitswesen im Falle der eigenen Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit für sich selber haben wollte, wäre ein Qualitätsmanagement in der Stomaberatung längst eingeführt und würde der Rehabilitation ein oberster Stellenwert eingeräumt.

Ein Qualitätsmanagement setzt sich aus vielen Teilbereichen zusammen. Daraus lässt sich bereits jetzt ableiten, dass ein Qualitätsmanagement fachkompetentes, übergreifendes und interdisziplinäres Arbeiten erfordert.

Für den Fachverband Stoma und Inkontinenz e. V., den ich hier vertreten darf, möchte ich zum heutigen Thema einige Ausführungen machen und Beispiele benennen. Wesentliche Voraussetzungen zur Qualitätserbringung sind fundiertes aktuelles Wissen. Der Fachverband Stoma und Inkontinenz bietet seit vielen Jahren **Fort- und Weiterbildungen** in der Stoma- und Inkontinenzpflege an. Seit 1993 ist es für Pflegende möglich, eine zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung zur ganzheitlichen Pflege von Stomaträgern zu absolvieren. Die Weiterbildung wird zurzeit von zwei Fortbildungsstätten in Deutschland in Zusammenarbeit mit dem Fachverband Stoma und Inkontinenz jährlich angeboten.

Diese Weiterbildung zur Stoma- und Inkontinenzpflege ist in ein Bildungskonzept integriert, welches in Zukunft für sämtliche pflegerische Weiterbildungen Gültigkeit erlangen soll. Die Kranken- und Altenpflege haben in Deutschland eine getrennte Ausbildung und ein eigenständiges Berufsbild, und so müsste das Weiterbildungskonzept diesen Umstand auch berücksichtigen.

In der Ausbildung wird das Pflegegrundwissen vertieft und erweitert. Themen wie Hautpflege und Ernährung haben eine direkte stomatherapeutische Relevanz. Schlüsselqualifikationen wie psychosoziale, kommunikative und beratende Kompetenz sowie pflegerische Handlungskompetenz sind ebenso Ausbildungsinhalte wie spezielles Fachwissen im medizinischen wie pflegerischen Bereich. In die Ausbildung werden ebenfalls Kenntnisse über die Stomaprodukte und andere Hilfsmittel sowie die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen und mit den Selbsthilfeorganisationen einbezogen. Ziel der Ausbildung ist es, den Pflegenden ein hohes Maß an Fachkompetenz zu vermitteln und sie dadurch in der Beratung und Betreuung von Menschen mit künstlichen Stuhl- und Harnableitungen zu qualifizieren, im klinischen wie im ambulanten Bereich.

Mit der Anerkennung dieser Weiterbildung durch den Gesetzgeber, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kostenträger wäre ein grundlegender Schritt in der Qualitätssicherung für Sto-

maträger erreicht, weil damit auch die Grundlage für spezielle Arbeitsbereiche und Arbeitsplätze im stationären wie im ambulanten Bereich geschaffen würde.

Ein anderes Beispiel einer Qualitätsmaßnahme ist das **Fachmagazin Stoma + Inkontinenz**, dessen Herausgeber der Fachverband Stoma und Inkontinenz e. V. ist. Unsere Fachzeitschrift ist ein Beitrag im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit zur Pflege, Betreuung und Versorgung von Stomaträgern. Darüber hinaus werden durch die Fachbeiträge aktuelles fachkompetentes Wissen und Erfahrungen aus den verschiedensten Bereichen weiter vermittelt. Der Leserkreis geht weit über die Mitglieder des Fachverbands hinaus. Auf diese Weise haben Pflegekräfte, andere Berufsgruppen und Interessierte die Möglichkeit, Fachwissen zu erwerben.

Ein Konzept zur Qualitätssicherung in der Stomaberatung möchte ich Ihnen anhand einer Folie vorstellen. Dieses **Pflegekonzept** wurde in einem Krankenhaus - zunächst in Zusammenarbeit mit dem Ärztlichen Dienst - umgesetzt.

Ein weiteres Konzept stellt eine **Pflegevisite** dar. Sie ist ein Instrument der Qualitätssicherung und durch den § 80 SGB XI bezüglich der Prozessqualität "Förderung der Selbstbestimmung des Patienten" im ambulanten Bereich eindeutig definiert. Sie steckt vielerorts noch in den Anfängen, aber durch sie ist es möglich, den Stomaträger als Partner einzubeziehen **und** fachkompetente Beratung, Betreuung und Pflege zu gewährleisten.

Eine Pflegevisite bietet einen patientenbezogenen, individuellen Handlungsspielraum und kann im Wesentlichen in zwei Formen durchgeführt werden:

- *Pflegevisite anhand der Dokumentation*

Diese Form kann lediglich dazu dienen, in einem Teamgespräch den Verlauf im Gespräch der Pflegepersonen zu besprechen oder Probleme im Team zu erörtern.

Weil der Patient in dieses Gespräch nicht mit einbezogen wird, ist **diese** Form der Pflegevisite eine ungünstige Lösung.

- *Pflegevisite unter Einbeziehung des Patienten (auf Wunsch auch Angehörige oder Freunde)*

Diese Form der Pflegevisite ist ein Gespräch bei einem Besuch des Stomaträgers mit dem Ziel, eine gemeinsame pflegerische Planung unter Einbeziehung der Wünsche, Bedürfnisse und Ressourcen des Betroffenen zu erstellen. Neben dem persönlichen Gespräch sind auch die Motivation und die Stärkung der Eigenverantwortung wichtige Voraussetzungen für die Erreichung der Lebensqualität, z. B. durch die Entscheidung für eine Rehabilitationsmaßnahme. Die Zufriedenheit des Stomaträgers wird erhöht und die Pflege kann durch ihre Transparenz belegen, dass sie qualifiziert und fachlich arbeitet. Die Pflegevisite, die in einer Gesprächsform stattfindet, bietet auch die Möglichkeit berufsübergreifend die Gesprächsteilnehmer zu beteiligen. Diese beteiligten Personen können somit durch die umfangreicheren Informationen sich besser auf den Stomaträger und seine individuellen Möglichkeiten und Bedürfnisse einstellen.

Die Bewältigung von Krisensituationen und die Förderung der Teilnahme am sozialen Umfeld wird damit verstärkt. Es entsteht ein patientenorientiertes, berufsgruppen-übergreifendes Konzept, das für den Betroffenen Lebensqualität ermöglicht.

Anhand der vorgestellten Beispiele sollte aufgezeigt werden, wie pflegerische Qualitätsmaßnahmen für die Stomaträger aussehen und umsetzbar sind.

Die gesetzlichen Eckdaten und die Kostenübernahme durch die Kostenträger sind noch nicht ausreichend definiert und festgeschrieben. Dieses kann mit Einführung von bundesweiten verbindlichen Qualitätsstandards für den klinischen und den ambulanten Bereich im Gesundheitswesen erfolgen. Der Qualitätsstandard sollte die medizinische, pflegerische und ambulante Behandlung, Pflege, Beratung, Betreuung und Versorgung umfassen und als interdisziplinäre Zusammenarbeit festschreiben. Das Ziel sollte sein, ein umfassendes **individuelles Beratungsangebot nach verbindlichen Richtlinien** für den Stomaträger zu erstellen.

Das Beratungsangebot muss **vor** der Operation durch ein Aufklärungs- und Informationsgespräch mit dem Operateur und der Krankenschwester/Krankenpfleger mit abgeschlossener Weiterbildung für Stomapflege und Inkontinenz erfolgen. Die Anzeichnung der Stomaanlage sollte innerhalb dieses Gespräches vorgenommen werden. Kontinuierlich - bis zur Entlassung - muss der Stomaträger eine Begleitung durch die Fachschwester/Fachpfleger erfahren und - auf Wunsch des Betroffenen - über die Entlassung hinaus. Das Ziel der Stomapflege ist die Selbständigkeit und Unabhängigkeit des Stomaträgers. Ein wesentlicher Beitrag ist dabei die umfassende neutrale Produktauswahl von Stomaartikeln und weiteren Hilfsmitteln. Nur durch die Produktvielfalt ist es für den Stomaträger möglich, eine sichere, individuelle Stomaversorgung zu bekommen.

Die Überleitung vom klinischen in den ambulanten Bereich kann nur in Absprache und mit Zustimmung des Betroffenen erfolgen und hat auch bereits vor der Entlassung die Stoma- und Hilfsmittelversorgung mit einzubeziehen.

Eine Empfehlung für Stomakontrolluntersuchungen und Beratungen in der nächsten Zeit sollte mit dem Betroffenen besprochen und ihm in schriftlicher Form mitgegeben werden. Im Rahmen der Tumornachsorge muss immer neben der Stomaanlage auch die Versorgung mit einbezogen werden.

Als weitere Informationen können für den Stomaträger die Adressen von ambulantem Fachpersonal, bei dem er sich beraten lassen kann, und die Anschriften von Selbsthilfegruppen von großer Wichtigkeit sein. Sie sollten als Information immer bereitgestellt werden.

Für die Menschen in Deutschland stellt sich das Gesundheitswesen zurzeit unter sich verändernden Aspekten der Hochleistungsmedizin, der Spezialisierung, der Pflegewissenschaft und von Struktur- und Finanzierungsveränderungen dar. Es zeigt sich ein Spannungsfeld von Erwartungen, Anforderungen, Möglichkeiten, Bedürfnissen und Wünschen, aber auch von Grenzen.

Gerade deshalb ist es notwendig, dass von Ärzten, Pflegenden und anderen Berufsgruppen der gemeinsame Weg zur Rehabilitation von Stomaträgern fortgesetzt wird mit dem Ziel, sie unabhängig und frei von fremder Hilfe und Versorgung zu machen. Dieser Weg ist für Stomaträger ein Grundstein für das gesellschaftliche Leben innerhalb unserer Gesellschaft.

Die Einrichtung eines Qualitätsmanagements kann dieses Ziel durch verbindliche Richtlinien sicherstellen. Jedoch müssen dazu auch die wirtschaftlichen Eckdaten angeglichen werden. Die Vergütung einer Beratungsleistung an einen Produktpreis zu koppeln und für diesen Festbeträge festzulegen, lässt eine qualifizierte Leistung nicht zu.

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen wird immer noch als Kostenfaktor diskutiert und definiert und oft werden dabei nur zusätzlich anfallende Kosten aufgezählt. Qualitätssicherung ist in der Wirtschaft längst ein fester Bestandteil und ein wesentliches Instrument, nur im Gesundheitswesen wird immer noch nicht konsequent damit umgegangen.

Der Fachverband Stoma und Inkontinenz wird sich als Fachverband der Pflegenden in Deutschland mit seinen Möglichkeiten weiterhin für Qualitätsmaßnahmen bei der Stomaberatung einsetzen und diese in seinem Rahmen auch zukünftig umsetzen. Bei der Erarbeitung von Richtlinien zur Stomaversorgung würden wir gern mitwirken und unser Wissen und unsere Fachkompetenz in die Überlegungen zum Qualitätsmanagement einbringen.

## **Stellungnahme des Fachbereiches "Harn- und Stuhlauffangsysteme" im Bundesfachverband Medizinprodukteindustrie (BVMed)**

*Joachim Weber*

Qualität vollzieht sich in einem dreidimensionalen Spannungsfeld zwischen Produktqualität, Beratungsqualität und wirtschaftlicher Qualität bzw. dem Preis. Das Modell erlangt selbstverständlich nur dann Gültigkeit, wenn man es auf die Zeit nach dem Krankenhausaufenthalt bezieht und die besonderen Umstände der Operation und Stomaanlagen außer Acht lässt - wobei ich unterstelle, dass auch in diesem Bereich die Beachtung von mehr Qualität schon bei der Anlage des Stomas einen konzertierten Ansatz wert ist. Mehr Qualität von Anfang an könnte hier späteren Beratungsbedarf zur Problemlösung häufig überflüssig machen.

Produktqualität soll hier und heute nicht näher betrachtet werden. Die Wirtschaftlichkeit ist hier als zentrale Grundvoraussetzung zu sehen, welche die Dienstleistung der Stomaberatung im Einklang mit der Versorgung mit Produkten überhaupt erst möglich macht.

Beratung für Betroffene findet durch unterschiedlichste Einrichtungen statt. Die Frequenz und Häufigkeit der Inanspruchnahme von Ansprechpartnern in diesen Institutionen ist unterschiedlich ausgeprägt. Nach unserer Wahrnehmung findet zunehmend eine Konzentration im Bereich Sanitätsfachhandel und Home Care statt. Messen lässt sich dies an einer Verschiebung der Absätze von Produkten von Apotheken in Richtung Sanitätsfachhandel/Home Care. Tendenziell ist hier die These von mehr Kundenzufriedenheit bei der Versorgung und Beratung durch Sanitätsfachhandel/Home Care sicher nicht ganz falsch.

Eine angemessene, den Anforderungen und individuellen Bedürfnissen entsprechende Beratung und Information von Betroffenen bedingt eine ausgewogene medizinisch/pflegerische Grundausbildung, praktische Erfahrungen sowie auch eine nicht zu vernachlässigende psychologische Kompetenz des Beraters. Dies finden die Betroffenen bei den angesprochenen Leistungserbringern offensichtlich mehr als bei anderen. Die praktische Erfahrung während der letzten Jahre hat gezeigt, dass die Ergänzung "aus der Praxis für die Praxis" durch die Berater der Deutschen ILCO in vielen Fällen sinnvoll für den Betroffenen ist. Und ich denke, unser Angebot (der Hersteller) rundet die Möglichkeiten für kompetente Beratung als kostenlose Dienstleistung für alle Stomaträger ab. Wir verstehen uns als Ergänzung (und vielfach als Vermittler) des medizinischen Fachpersonals. Wenn auch zugegebenermaßen unsere Möglichkeiten im Dialog mit dem Betroffenen eher gering sind im Vergleich z.B. zum Personal der aktiven Leistungserbringer.

Wir Hersteller können uns schon seit vielen Jahren nicht mehr allein auf das Angebot qualitativ hochwertiger Produkte beschränken. Sinnvolle Ergänzungen des Produktsortiments durch geeignete Servicemaßnahmen und Dienstleistungen für Betroffene sind heute selbstverständlich und

werden immer wichtiger. Wir haben ein Angebot geschaffen und dieses wird im Markt dankbar angenommen.

Was wir tun und was wir tun können im Sinne einer bedarfsgerechten Beratung von Betroffenen wird bestimmt durch die Intensität und die Qualität des Dialogs, den wir mit ihnen führen. Hierfür steht ein Stab von qualifizierten Mitarbeitern im **Beratungsservice** zur Verfügung. Diese Kolleginnen und Kollegen sind in der Regel über eine telefonische Hotline zur individuellen Beratung und Problemlösung erreichbar. Die Erfahrung hat gezeigt, dass dieser Service umso mehr und häufiger in Anspruch genommen wird, je intensiver wir ihn in unseren Unterlagen, die wir an Fachpersonal und an Betroffene verteilen, bewerben. Wenn ich im vergangenen Jahr an dieser Stelle eine Größenordnung von ca. 10.000 Anrufen pro Jahr bei den Beratern unseres Hauses (bei Coloplast) angegeben habe, so muss diese Zahl aus heutiger Sicht deutlich nach oben korrigiert werden.

Und hiermit komme ich schon zur Beantwortung der letzten Frage, die mir Herr Dr. Englert in seinem Briefing für diesen Vortrag aufgegeben hat, nämlich die Frage zur **Messbarkeit der Beratung**. Unsere Möglichkeiten der Messung von Beratungsqualität sind beschränkt. Um hier zu Ergebnissen zu gelangen, müssen wir mit Hilfsgrößen arbeiten. Fallweise haben aber auch Fragebogenaktionen, die wir in Zusammenarbeit mit der ILCO durchführen durften, wertvolle Resultate ergeben.

Bezüglich der **Anforderungen**, die wir an die berufliche und persönliche Qualifikation unserer Mitarbeiter stellen, ist Folgendes zu sagen: Empathie und Offenheit sind manchmal wichtiger, als praktische Erfahrungen in der Stomaversorgung gesammelt zu haben. Das "Wie" im täglichen Kontakt am Telefon ist häufig wichtiger als das "Was". Das "Wie" wird kontinuierlich durch Telefonschulungen verbessert, das "Was" lernen unsere Telefonberater im Rahmen einer umfangreichen Einarbeitung.

Regelmäßige Mitreisen mit unseren Außendienstmitarbeitern sowie auch Hospitationen bei einschlägigen Leistungserbringern runden das Profil der "Industrieberater" ab. Und wenn ein Problem wirklich nur praktisch gelöst werden kann, wird die Empfehlung gern angenommen, Kontakt zum aktiven Leistungserbringer oder zur nächsten ILCO-Selbsthilfegruppe aufzunehmen.

Wie hoch die Leistungsfähigkeit einer funktionierenden Partnerschaft der Industrie mit den Leistungserbringern sein kann, hat die vor etwas mehr als zwei Jahren gegründete Initiative "Fördergemeinschaft Krebskranker und Stomapatienten" gezeigt. Gemeinsam haben wir es geschafft, auf den qualitativ hohen Standard der Stomaversorgung in Deutschland hinzuweisen und (wenn auch nicht ganz so deutlich wie erhofft) die Öffentlichkeit auf dieses Thema aufmerksam zu machen. Der Umfang und die hohe Qualität der Beratung wie auch Qualitätsstandards bei der Stomaversorgung sind in mehreren unterschiedlichen Broschüren veröffentlicht und zigtausendfach verteilt worden. Und wir haben es mit dieser konzertierten Aktion geschafft, die dunklen Wolken einer drohenden weiteren Absenkung der Festbeträge für Stomaversorgungsprodukte (bis auf

weiteres) zu vertreiben. Entsprechende Überlegungen sind aber leider nicht endgültig vom Tisch, ein entsprechender Gesetzentwurf zur Neuordnung der Festbeträge ruht lediglich bis Anfang des nächsten Kalenderjahres. Und das steht bekanntlich vor der Tür.

Die Gruppierungen, die im Stomamarkt eine Rolle besetzen, haben sich mit den aktuellen Gegebenheiten arrangiert, der Markt "funktioniert". Auch und gerade im Sinne der Betroffenen. Produktqualität, Innovation und bedarfsgerechte Beratung müssen auch in Zukunft möglich sein und finanzierbar bleiben. Die drei Faktoren zur Bestimmung der Beratungsqualität müssen in ihrer wechselseitigen Abhängigkeit berücksichtigt und sensibel "gemanagt" werden, damit der hohe Standard in der Stomaversorgung sichergestellt bleibt. Zum Wohle der Betroffenen.

## Zusammenfassung und Perspektiven

**Rainer Winkler**

Qualitätsmanagement ist zum dritten Male Gegenstand eines ILCO-Forums. Erfreulicherweise ist es der ILCO auch diesmal wieder gelungen, alle von diesen Fragen betroffenen Einrichtungen (Leistungserbringer und Kostenträger) an einen Tisch zu bringen. Sieht man die Geschichte dieser Veranstaltung, so wird deutlich, dass der Beratungsbedarf von niemandem mehr in Frage gestellt wird. Ebenso ist positiv zu vermerken, dass anerkannt wird, dass die Beratung eines Stomaträgers erheblich höhere Ansprüche als eine reine Produktversorgungsberatung erfordert und mit einer über die Produktversorgung geregelten Gebühr nicht abzudecken ist. Da zu einer kompetenten Beratung unterschiedlichste Leistungserbringer wie primär versorgendes Krankenhaus, Rehabilitationskliniken, Stomatherapeuten, Sanitätshäuser, Homecare-Unternehmen oder aber auch traditionell Apotheken, diese teilweise mit neuen Konzeptionen, Sozial- und Versorgungsämter, psychologische Dienste und andere, schließlich in ganz erheblichem Umfang die ILCO selbst beitragen, fehlt es vor allem an einer **Vernetzung**, welche die durchaus vorhandenen Beratungsangebote sinnvoll und kostengünstig an die Betroffenen vermittelt. Erfahrungen der Vergangenheit haben gezeigt, dass überall dort befriedigende Ergebnisse erreicht werden konnten, wo die ILCO vermittelnd organisatorisch tätig wurde.

Von niemandem widersprochen bleibt die Forderung, dass eine derart umfassender verstandene Beratung nicht Opfer von Sparzwängen werden darf. Sieht man von der sich aus humanitären Aspekten gleichsam von selbst ergebenden Begründung ab, so sprechen auch erhebliche wirtschaftliche Gründe für eine umfassende Beratung, zum Beispiel in der Vermeidung von Fehlversorgung, in der Früherkennung von Komplikationen oder der Verhinderung einer vorzeitigen Berentung. Dies setzt natürlich eingehendere Kenntnisse über die jeweilige Stomasituation voraus, sei es die Art des Stomas selbst (die von den Betroffenen oft nicht gewusst wird!), seine Funktionsweise, die Hautverhältnisse, fortwirkende oder neu hinzugetretene Komplikationen, aber auch die psychologische Verarbeitung der Stomasituation oder soziale Fragen. Allein diese kurze Aufzählung macht deutlich, dass es **eine** die Beratung übernehmende Einrichtung mit Ausnahme geeigneter Rehabilitationskliniken nicht gibt.

**Probleme aus Sicht des Akutkrankenhauses** ergeben sich einerseits aus den sehr unterschiedlichen Qualifikationen, für die wegweisend die Position des Chefarztes steht. Angesichts der gestiegenen Anforderungen an die operativen Maßnahmen insbesondere auf dem Gebiet der Onkologie werden qualifizierende Maßnahmen wie Zertifizierungen und damit auch Konzentrationseffekte unverzichtbar, wie sie sich de facto auch heute schon entwickeln. Eine besondere Problematik bleibt dabei die Erhaltung eines ausreichenden Leistungsangebotes in der Fläche, da gerade Stomaanlagen sehr häufig zu den notfallmäßig vor Ort zu erbringenden

Leistungen gehören. Mit abnehmender Erfahrung vieler Krankenhäuser auf diesem Gebiet steht nicht nur zu befürchten, dass die Primärqualität der Stomaanlage leidet, vor allem aber auch vorhandene Versorgungsstrukturen abgebaut und im Rahmen eines so genannten "Outsourcing" externen Anbietern übertragen werden. Ein hochrangiges Problem ist die teilweise drastische Verkürzung der Krankenhausverweilzeiten, die eine adäquate Verarbeitung der Stomasituation wie auch ihrer Versorgung nicht zulässt, die Betroffenen in ihrer Aufnahmefähigkeit schlichtweg überfordert. Darüber hinaus lässt der Einheilungszustand der Stomata wichtige Versorgungsmaßnahmen wie etwa die Irrigationsbehandlung noch nicht zu bzw. können diese Versorgungsanforderungen sich unter einer adjuvanten Strahlen- und/oder Chemotherapie wandeln. Da diese Leistungen mehrheitlich nicht von den primär behandelnden Chirurgen erbracht werden, müssen Einrichtungen der nachstationären Betreuung, wie sie vom Gesetzgeber auch durchaus vorgesehen sind, konsequent umgesetzt werden. Im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen sind darüber hinaus externe Qualitätskontrollen unverzichtbar.

Zum großen Teil könnten in die aus der Entwicklung in den Akutkliniken sich anbahnenden Defizite durch eine grundsätzliche **Anschlussheilbehandlung in dafür geeigneten Rehabilitationskliniken** ausgeglichen werden. Zwar liegen für diesen Bereich durchaus qualifizierende Richtlinien vor, es fehlt jedoch an ihrer generellen Akzeptanz und Umsetzung. Ebenso ist bei Kostenträgern nicht durchgängig die Bereitschaft zu erkennen, die Maßnahmen auch auf wirklich geeignete Rehabilitationseinrichtungen zu konzentrieren. Hier könnte die ILCO eine wichtige Beratungsfunktion übernehmen.

Für den **Fachhandel** ist die freie Zugänglichkeit zum Markt unverzichtbar, da allein schon die Konkurrenzsituation die Beratungsqualität verbessern kann. Allerdings fehlen Mechanismen der internen wie externen Qualitätskontrolle. Denkbar wäre bei der Produktbelieferung eine Abhängigkeit der Vergütungshöhe von bestimmten Beratungs-Qualitätsstandards, die aber noch zu definieren wären und deren Überprüfung gewährleistet werden müsste. Die Festbetragsregelung sollte hinsichtlich der Schaffung solcher versorgungsqualitätsbezogener Merkmale variabler gestaltet werden, um Anbietern, die über eine reine Warenlieferung hinaus sich engagieren, bessere Marktbedingungen zu bieten.

### **Schlussfolgerungen**

Es besteht ein unwidersprochener, über eine reine Produktversorgung deutlich hinausgehender Beratungsbedarf für Stomaträger. Dieser Beratungsbedarf ist in der Zeit und für die Person sehr stark wechselnd, initial hoch und vielschichtig, aber auch mit unverkennbaren Akzentverlagerungen in der Zeiteinheit. Es besteht derzeit keine Institution, die in der Lage wäre, allen Beratungsbedarfen zu genügen. Am ehesten wäre hier noch die geeignete Rehabilitationsklinik zu nennen, die aber mit dem Nachteil lebt, die Betroffenen nur kurzzeitig zu

sehen, womit dem Aspekt der Rehabilitation am Wohnort selbst natürlich nicht voll genügt werden kann.

Grundsätzlich sind alle Beratungsbedarfe auch in der Fläche deckend als gegeben anzusehen, sie erreichen die Betroffenen vielfältig jedoch nicht, da es an einer entsprechenden Vernetzung der Leistungserbringer fehlt.

Eine qualitativ hochwertige Beratung ist nicht nur aus humanitären Gründen, sondern auch unter Kostensenkungsaspekten zu fordern wie der Vermeidung von Fehl- und Überversorgungen, der Prophylaxe und Behebung von Komplikationen, der Vermeidung von Frühberentung sowie Förderung der Wiedereingliederung am Arbeitsplatz oder Berufsfindungsmaßnahmen.

### **Perspektiven**

Betrachtet man die Perspektiven, die sich aus der aktuellen Gesundheitsentwicklung ergeben, so sehe ich vor allen Dingen kurzfristig zwei Chancen für Verbesserungen:

1. Die konsequente **Einschaltung geeigneter Rehabilitationskliniken** im Rahmen von AHB-Maßnahmen, welche die sich aufbauenden Defizite des Akutkrankenhauses vermeiden oder zumindest lindern helfen. Ihnen muss zudem die Möglichkeit von Wiederholungsmaßnahmen eingeräumt werden, insbesondere wenn Probleme nur teilweise gelöst werden können oder aber neue sich auftun. Geeignete Rehabilitationseinrichtungen sind zu zertifizieren.
2. Die **Schaffung interdisziplinärer Anlaufstellen** im Rahmen der sich entwickelnden ambulanten Nachsorge in den Krankenhäusern. Hier können nicht nur Vernetzungen zu den Hausärzten, wie sie teilweise sich schon in der Einbindung der Hausärzte in die poststationäre Ambulanz am Krankenhaus ergeben, wirksam werden, sondern auch andere Leistungserbringer wie (am Krankenhaus vorhandene) Stomatherapeuten, Sozialdienste und die ILCO hinzugezogen werden. Im Ergebnis ergäbe dies Qualitätszirkel. Im Rahmen derartiger Ambulanzen bestünde dann auch die Möglichkeit, interdisziplinär über aufwendigere Maßnahmen im Rahmen der stationären Heilbehandlung zu entscheiden.

Wesentliches Element einer Qualitätskontrolle wäre eine adäquate Dokumentation, wie sie durch die ILCO mit der Entwicklung eines Stomapasses (jetzt UNS: Untersuchungsnachweis Stoma genannt) schon gebahnt wäre. Dieser Untersuchungsnachweis müsste eine Aufwertung erfahren, etwa indem er als Nachweis bei Versorgungsämtern anerkannt wird oder aber Vorteilsvergütungen bei den Kostenträgern nach Art von Leistungsrabatten gewährt. Dies führt zwangsläufig zu der Frage, inwieweit Stomaträger in die wirtschaftliche Versorgung ihres Stomas eingebunden werden können, indem man auch hier Leistungsanreize für eine kostengünstige Versorgung bzw. einen sorgsamen Umgang mit den Versorgungsartikeln schafft oder aber für Stomaträger mit erkennbar sehr hohen Versorgungsaufwendungen eine Beratungspflicht einführt.

## LISTE DER AUTOREN

**Anita Beckmann**

Krankenschwester, Firma APOHILF

**apl. Prof. Dr.rer.nat. Gerhard Englert**

Vorsitzender der Deutschen ILCO und der Fördergemeinschaft STOMA

**Marita Georg**

stellvertretende Vorsitzende DVET Fachverband Stoma + Inkontinenz, Vorstandsmitglied der Fördergemeinschaft STOMA

**Prof. Dr.med. Thorolf Hager**

Chefarzt an der Frankenwaldklinik Kronach

**Prof. Ulrike Höhmann M.A.**

Evangelische Fachhochschule Darmstadt, Fachbereich Pflege- und Gesundheitswissenschaft

**Dr.med. Peter Kruck**

Chefarzt der Rehaklinik Nahetal Bad Kreuznach

**Andreas Rudolph**

Geschäftsführer der Firma Home Supply+Care (HSC)

**Felicitas Schwartz**

Vorsitzende DVET Fachverband Stoma + Inkontinenz

**Joachim Weber**

Sprecher des Fachbereiches "Harn- und Stuhlauffang-systeme" des Bundesfachverbandes Medizinprodukteindustrie (BVMed)

**Prof. Dr.med. Rainer Winkler**

Chefarzt am Martin-Luther-Krankenhaus Schleswig, stellvertretender Vorsitzender der Fördergemeinschaft STOMA

**Harald Wohlers**

Apotheker, Geschäftsführer der Firma APOHILF