

**WEITERBILDUNGSLEHRGANG FÜR
FÜHRUNGSAUFGABEN (BASISAUSBILDUNG)
„Basales und mittleres Pflegemanagement“
07.11.2011 bis 04.10.2012**

ABSCHLUSSARBEIT

zum Thema

**Management und Patientenorientierung
eines transurethralen Dauerkatheters im
Klinikum Klagenfurt**

vorgelegt von: Angelika Malle
Klinikum Klagenfurt
Chirurgische Ambulanzen

begutachtet von: Mag. Dr. Cernic Karl, MAS
Klinikum Klagenfurt

September/2012

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Abschlussarbeit selbst verfasst und alle ihr vorausgehenden oder sie begleitenden Arbeiten eigenständig durchgeführt habe. Die in der Arbeit verwendete Literatur sowie das Ausmaß der mir im gesamten Arbeitsvorgang gewählten Unterstützung sind ausnahmslos angegeben. Die Arbeit wurde in gedruckter und elektronischer Form abgegeben.

Ich bestätige, dass der Inhalt der digitalen Version mit der gedruckten Version übereinstimmt. Es ist mir bewusst, dass eine falsche Erklärung rechtliche Folgen haben wird. Die Arbeit ist noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.

Angelika Malle, Krumpendorf

September, 2012

Mein Dank gilt,

in aller erster Linie meiner Familie, die mich während der Ausbildungszeit moralisch immer unterstützt hat und meine Launen tapfer ertragen hat.

Besonders Danken möchte ich Karin Meyer die mir durch ihre Feedbacks und Anregungen wertvolle Denkanstöße gegeben hat

Kurzzusammenfassung

Die Abschlussarbeit des Weiterbildungslehrganges für Führungsaufgaben „Basales und mittleres Pflegemanagement“ beschäftigt sich mit dem Management und Patientenorientierung eines transurethralen Dauerkatheters im Klinikum Klagenfurt. Die Arbeit legt den Fokus auf die Sensibilisierung aller Beteiligten zum Thema: „Aseptischer, atraumatischer¹ transurethraler Dauerkatheterwechsel“. In der Einführung wurde der Blickwinkel auf die Geschichte des Blasenkatheters, die demographische Entwicklung der Bevölkerung und die rechtlichen Voraussetzungen des GuKG zum Legen des transurethralen Dauerkatheters gerichtet. In einem weiteren Kapitel geht es um die Qualitätsverbesserung im Handling mit dem transurethralen Dauerkatheter durch kompetente Mitarbeiterschulung und um die Bedeutung des Schulungskonzeptes. Mein Ziel als Führungskraft ist es ein Schulungskonzept für die Mitarbeiter der urologischen Ambulanz zu entwickeln um qualitativ hochwertig nach Richtlinien Schulen zu können. Implementiert wurde das Schulungskonzept anhand des PDCA Zyklus nach Deming. Im Abschlusskapitel wurden die ökonomischen Grundlagen hinsichtlich, Gesellschaft und Management stationärer und ambulanter Ablauforganisation dargestellt und ein Blick auf die Kostendarstellung des TDK gelegt.

¹ bedeutet nicht gegen einen Widerstand zu arbeiten

Abkürzungsverzeichnis

GuKG	Gesundheits- und Krankenpflegegesetz
TDK	transurethraler Dauerkatheter
Anm. d. Verf.	Anmerkung des Verfassers
CDC	Center of Disease Control
PDCA – Zyklus	Plan-Do-Check-Zyklus

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	8
1 EINLEITUNG	9
1.1 Forschungsfrage und Zielsetzung	9
1.2 Gang der Arbeit	10
2 GRUNDLAGEN	11
2.1 Geschichte des transurethralen Dauerkatheters	11
2.2 Demographie	12
2.3 Rechtliche Voraussetzung GuKG	14
3 UMGANG MIT DEM TRANSURETHRALEN DAUERKATHETER	17
3.1 Indikationen für die Anlage eines TDK	18
3.2 Wahl des Kathetermaterials	19
3.3 Pflege bei liegenden TDK und Handhabung des Urinauffangsystems	23
3.4 Normen und Richtlinien	25
3.4.1 Qualitätsstandards	26
3.4.2 Leitlinien	27
4 SCHULUNGSKONZEPT	28
4.1 Qualitätsverbesserung durch kompetente Mitarbeiterschulung	29
4.2 Bedeutung des Schulungskonzeptes	30
4.3 Implementierung des Schulungskonzeptes nach Deming	32
5 ÖKONOMISCHE ASPEKTE	35
5.1 Ökonomische Grundlagen	35
5.2 Ökonomisierungstendenz	36
5.3 Konsequenzen und Herausforderungen für die Pflege	37
5.4 Ökonomische Sicht des Dauerkatheterwechsels	38
6 ZUSAMMENFASSUNG	40
7 LITERATURVERZEICHNIS	41

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Land OÖ/Abtlg. Statistik: Die demografische Herausforderung, 23/2002

Abbildung2: Volkszählungen und Bevölkerungsprognose (mittlere Variante) der STATISTIK AUSTRIA

Abbildung 3: in Anlehnung an Deming [Out of crisis 1994], S. 88.

Tabellenverzeichnis

Tabelle: 1 bis 3: Controlling KABEG Management 2012

0 VORWORT

Ich bin seit 1989 am Klinikum Klagenfurt als Diplom Gesundheits- und Krankenschwester (DGKS) beschäftigt. Ich begann im stationären Bereich an der Unfallchirurgie und Orthopädie. Im August 1997 wechselte ich an die urologische Ambulanz, wo ich seit Oktober 2010 die Dienstführung einschließlich der zentrale Endoskopie, der Allgemein- und Herzthoraxchirurgischen Ambulanz inne habe. Die urologische Ambulanz ist Anlaufstelle für den transurethralen Dauerkatheterwechsel (TDK) und Legen eines Solchen für den intramuralen und extramuralen Bereich. Ein Anliegen der Abteilung ist es, dass die routinemäßigen stationären Katheterwechsel die Abteilungen selbst durchführen, um unnötige Patiententransporte, lange Wartezeiten sowie Transporte von Infektiösen Patienten zu vermeiden. Die Abteilungen des Klinikums Klagenfurt haben den Wunsch geäußert Einschulung für das Legen bzw. Wechsel des TDK durch die Mitarbeiter der urologischen Ambulanz zu erhalten. Ein reibungsloser und komplikationsloser Umgang mit dem TDK setzt eine Einschulung für die Mitarbeiter durch die urologische Ambulanz voraus.

Aufgrund der oben genannten Situation und meiner langjährigen Tätigkeit in der urologischen Ambulanz befasse ich mich in meiner Abschlussarbeit für den Weiterbildungslehrgang für Führungskräfte Basales – und mittleres Management mit dem Thema Management und Patientenorientierung eines transurethralen Dauerkatheters im Klinikum Klagenfurt. Mein Anliegen ist es ein Schulungskonzept für das Legen bzw. Wechsel des transurethralen Katheters im Klinikum Klagenfurt zu implementieren. Mein Ziel als Führungskraft ist es, die Mitarbeiter der urologischen Ambulanz über das erstellte Schulungsprogramm und dessen Ablauf zu unterweisen und ihnen damit eine fundierte Grundlage zur adäquaten Schulung bereitzustellen.

Auf geschlechtsspezifische Bezeichnung wird in dieser Arbeit verzichtet, das heißt, die Bezeichnung „Patient, Mitarbeiter“ gilt im Sinn der Gleichbehandlung grundsätzlich für beide Geschlechter.

1 EINLEITUNG

Bei vielen Patienten ist es notwendig den Harn vorübergehend oder dauerhaft über eine künstliche Harnableitung nach außen abzuleiten. Oft kommt dabei die transurethrale Harnableitung zum Einsatz. Wie im Vorwort ersichtlich ist die urologische Ambulanz eine intramurale sowie auch extramurale Anlaufstelle für das Legen bzw. Wechseln eines transurethralen Dauerkatheters. Aufgrund der demographischen Entwicklung nimmt die Zahl der älteren, multimorbiden Patienten zu. Durch diese Entwicklung nimmt nach wie vor die Anzahl des TDK im intramuralen als auch im extramuralen Bereich zu. Dieser Entwicklung möchte die Abteilung entgegen wirken. Daher ist es ein Anliegen der urologischen Abteilung, dass die jeweiligen Abteilungen bzw. extramuralen Einrichtungen den routinemäßigen Katheterwechsel, unter klarer Indikationsstellung, selbst durchführen. Da ein großer Bedarf für die Einschulung besteht wird ein Schulungskonzept für die urologische Ambulanz erarbeitet.

1.1 Forschungsfrage und Zielsetzung

Welchen Vorteil bringt ein Schulungskonzept „Legen und Wechseln des TDK“: aus pflegerischer Sicht, den Prozessablauf zu optimieren und hinsichtlich des ökonomischen Aspektes?

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es ein Schulungskonzept für den intramuralen Bereich anzubieten und in späterer Folge auch auf den extramuralen Bereich überzuleiten. Über keine andere Form der Harnableitung existiert eine so umfangreiche Fachliteratur. Keine andere Methode wird so umfassend wie kontrovers diskutiert, wenn es um die Indikation, Materialien und den pflegerischen Aspekt geht. Im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz (GuKG) § 15 ist das Legen bzw. Wechseln eines TKD im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich geregelt. Daher ist es für den Verfasser unumgänglich dieses Thema in der Abschlussarbeit zu erörtern. Das Schulungskonzept enthält die Planung, Ausführung, Kontrollieren, und Optimierung des TDK. Das Konzept der Schulung soll unterstützend dem Team der urologischen Ambulanz die Möglichkeit bieten adäquate Schulungen durchzuführen. Damit diese fachspezifische Fragen kompetent beantworten und Informationen über das richtige Handling im Umgang mit dem TDK ihren Kollegen als auch Patienten und deren Angehörige geben können. Durch die Schulung hat die diplomierte Pflegefachkraft die Möglichkeit einen sicheren aseptischen und atraumatischen Katheterwechsel zu erlernen und dadurch auch im Umgang mit dem

TDK sicherer zu werden. Ein weiterer Schwerpunkt ist der ökonomische Beitrag in Form von Kosteneinsparung im Gesundheitswesen, der durch folgende Maßnahmen gewährleistet wird

- Präventive Beratungsgespräche
- Kompetente Schulungen
- Beratung der Patienten und deren Angehörige im Umgang mit dem TDK
- Richtiges Materialhandling
- Durch Einhaltung der Hygienerichtlinien kommt es zur Prävention des katheter-assoziierten Harnwegsinfektes, daraus resultiert eine eingeschränkte Gabe von Antibiotika und kürzere stationäre Aufenthalte
- Vermeidung von Drehtürpatienten
- Reduzierung der internen Krankentransporte sowie auch der externen Rettungstransporte. Somit können die freigewordenen Ressourcen in der Ambulanz als auch bei den jeweiligen Transportdiensten anderwärtig genutzt werden (Anm. d. Verf.).

1.2 Gang der Arbeit

Nach einer kurzen Einleitung hat sich der Verfasser mit der Forschungsfrage und der Zielsetzung der Arbeit auseinander gesetzt.

Im anschließenden Kapitel gibt es einen kurzen Einblick in die Geschichte des TDK und in die demographische Entwicklung. Ein weiteres wichtiges Thema in diesem Kapitel sind die rechtlichen Grundlagen des GuKG, deren Inhalte für die diplomierte Fachkraft aus gesetzlicher Hinsicht im Pflegealltag von großer Bedeutung sind.

Das dritte Kapitel setzt sich mit den Indikationen, Kontraindikationen, Materialien und den pflegerischen Aspekten des transurethralen Dauerkatheters auseinander. Hier werden die Rahmenbedingungen für einen aseptischen und atraumatischen Katheterwechsel erarbeitet. Weiteres werden die vorgegebenen Leitlinien und Richtlinien für das Legen bzw. Wechseln des TDK beschrieben. Anschließend wird zum vierten Kapitel übergeleitet. Hier implementiert der Verfasser das Schulungskonzept. Das Fünfte und somit Abschlusskapitel beschäftigt sich mit dem ökonomischen und wirtschaftlichen Aspekt.

In dieser Abschlussarbeit wird die oben genannte Frage versucht mit Hilfe von Literaturrecherchen z.B. aus Fachbüchern, Fachzeitschriften zu beantworten. Dazu werden die praktischen Erkenntnisse des Schulungskonzeptes erklärt.

2 GRUNDLAGEN

Das folgende Kapitel stellt einen kurzen Einblick in die Geschichte des transurethralen Dauerkatheters. Weiterst gibt es einen Überblick über die demographische Entwicklung. Am Ende des Kapitels setzt sich der Verfasser mit den rechtlichen Grundlagen des GuKG auseinander.

2.1 Geschichte des transurethralen Dauerkatheters

Die ältesten urologischen Implantate sind die transurethralen Katheter. Der Name Katheter kommt aus dem Griechischen und bedeutet übersetzt Sonde. Seit der Antike stellte die Entleerung der überfüllten Blase die Mediziner vor eine Herausforderung. Die Katheter wurden aus verschiedenen Materialien entwickelt. Die ersten Katheter bestanden aus Schilfrohr, Strohhalme oder gerollte Palmenblätter. Ein deutlicher Fortschritt in der Katheterentwicklung stellten die flexiblen Katheter dar sowie die Erkenntnis eines atraumatischen Katheterismus durch Avicenna im Jahre 1036. Er bestand darauf einen Katheterismus ohne Gewalt und vorsichtig durchzuführen. Die Katheter wurden aus Tier- oder Fischhaut hergestellt die mit einer Salbe aus weißen Blei und Ochsenblut behandelt wurden. Im Mittelalter kamen dann die Silberkatheter zum Zug. Die sich durch ihre flexible Eigenschaft einfachere Verarbeitung, und eine antiseptische Wirkung auszeichneten. Bis ins 18. Jahrhundert bevorzugte man Silber als Material wobei die Materialien und die Form des Katheters immer wieder verbessert wurden. Ein Meilenstein in der Entwicklung des Katheters war die Verwendung von Gummi und Naturkautschuk. Der noch heute bekannte Katheter aus rotem Gummi wurde von Auguste Nelaton (1807-1873) mittels Vulkanisierungstechnik hergestellt. Schließlich begann die Produktion, Vermarktung, ständige Verbesserung, und die Patentierung von Kathetern. Georg Tiemann aus New York stieg 1876 zum Hauptfabrikanten auf. Durch die Ankurbelung und Verbreitung der Katheter war es notwendig zu einer Standardisierung und Vereinheitlichung in der Herstellung zu kommen. Der Katheterdurchmesser wobei 1 Charriere 1/3mm entspricht wurde vom Pariser Instrumentenmacher Joseph Frederick Benoit Charriere (1803-1876) entwickelt. Diese Einheit hat bis heute noch ihre Gültigkeit. Ein Problem das bis zu dieser Zeit noch nicht im Griff zu bekommen war, stellte die Fixierung des Katheters dar. Es gab mehrere Methoden der Fixierung, entweder wurde er am Penis angeklebt, angebunden oder auch festgenäht. 1927 kam erstmals ein Balonkatheter zum Einsatz. Die verwendeten Materialien mussten verbessert werden. Das Resultat kam 1937 als Foley-Katheter auf den Markt. Patienten mit einer vergrößerten Prostata mussten sich meist selbst katheterisieren. Sie führten die Utensilien in einem Spazierstock oder Taschenetui mit. Erstmals wurde 1833 von Andrew Clark Fieber bei Katheterträgern beobachtet. 1928

lieferte Cuthbert Dukes vom St. Marks Hospital in London den ersten Ansatz zur Infektionsprophylaxe mittels Harnblasenspülung durch eine antiseptische Lösung. Erst 1970 wurde der saubere Einmalkatheterismus durch Jack Lapidus eingeführt und propagiert. Bis vor wenigen Jahrzehnten war der Katheterismus ein einschneidender und schmerzhafter Eingriff. Die Anlage oder Wechsel eines transurethralen Dauerkatheters ist heute ein Routine Eingriff (vgl. Mattelaer 2000, S. 82ff).

2.2 Demographie

Auf Grund der demographischen Entwicklung, nimmt die Zahl der chronischen Erkrankungen und der Ko- bzw. Multimorbidität zu. „Die Lebenserwartung der österreichischen Bevölkerung ist in den letzten 30 Jahren um rund acht Jahre gestiegen und wird weiter steigen. Für das Jahr 2030 wird (in der mittleren Variante) für Frauen eine Lebenserwartung bei Geburt von 87,0 und für Männer von 82,4 Jahren erwartet“ (Deutmeyer/Thiekötter 2009, S. 13).

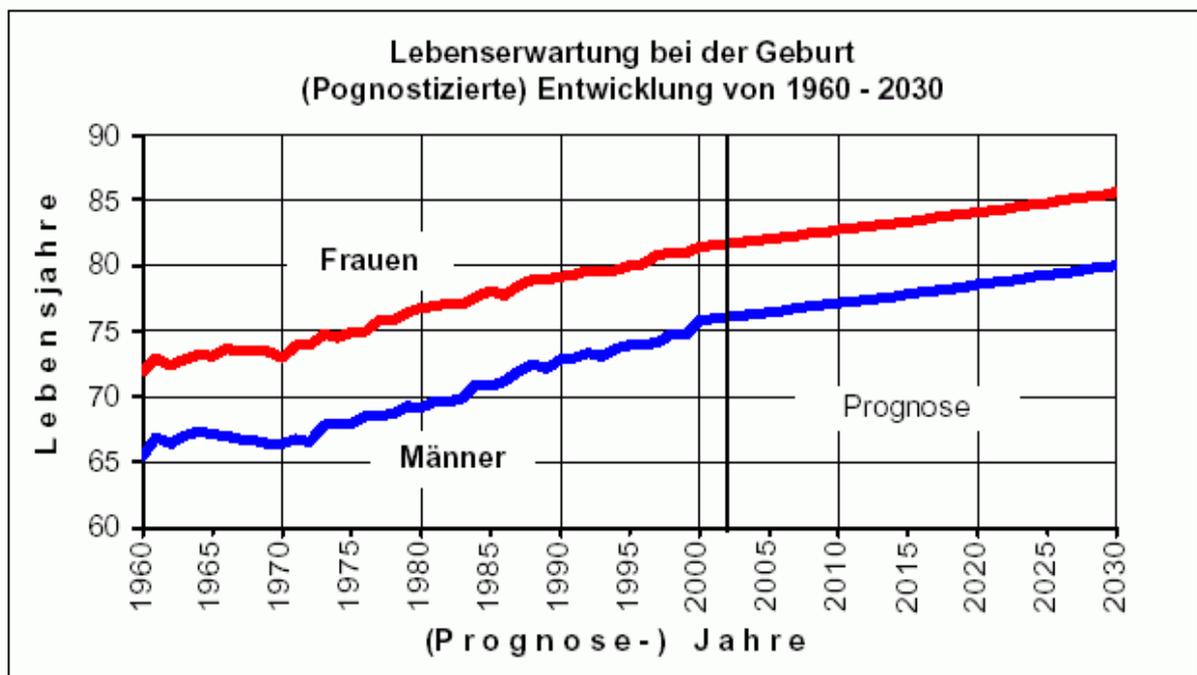


Abbildung 1: Land OÖ/Abtlg. Statistik: Die demografische Herausforderung, 23/2002

Der demographische Wandel wird uns in Zukunft vor eine große politische und gesellschaftliche Herausforderung stellen. Der wirtschaftliche und ökonomische Aspekt wird immer mehr in den Vordergrund gestellt. Um das System weiterhin finanzieren zu können, wird die Pflege und das Gesundheitssystem zu einen Umdenken angehalten.

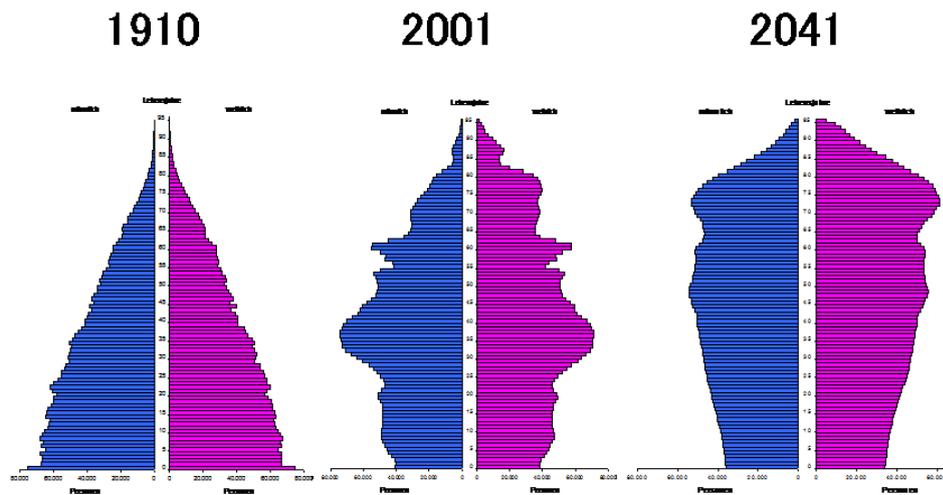


Abbildung 2: Volkszählungen und Bevölkerungsprognose (mittlere Variante) der STATISTIK AUSTRIA

Die Bemühungen sollten in Richtung Ressourcen ausgerichtet werden anstelle der momentanen Defizitorientierung, um die Eigenständigkeit alter Menschen zu fördern und zu erhalten und unnötige stationäre Aufnahmen zu vermeiden. Unerlässlich ist auch die Verknüpfung des intra- und extramuralen Bereichs. Solche Anforderungen erfordern eine Neuorientierung in der Gesundheitsvorsorge. Der Blick ist darauf zu fokussieren wie effizient und effektiv die derzeitigen Strukturen und Maßnahmen organisiert sind. Die derzeit Alleinverantwortliche Diagnosestellung und Therapie seitens der Medizin ist zu überdenken. Die Komplexibilität der medizinischen und pflegerischen Versorgung von Patienten ist ständig im wachsen. Gleichzeitig beteiligt sich eine Vielzahl von Expertenberufen in der Pflege erfolgreich bei den Genesungsprozessen der Patienten. Durch die Spezialisierung und Eigenständigkeit der Pflege zeigt sich jetzt schon ein klarer Trend zur Professionalisierung ab. Durch die akademische Ausbildung der Pflege wird ein Grundstein zur Bewältigung der zukünftigen Herausforderungen im Gesundheits- und Pflegewesen gelegt. Die Professionalität trägt mit einem evidenzbasierten Berufshandeln ihres dazu bei. Es ist zu hinterfragen welche Rolle die Pflege einnehmen kann, um das Gesundheits- und Pflegewesen nachhaltig zu sichern. Damit diese Herausforderungen bewältigt werden können ist ein handlungsfähiges und qualifiziertes Management notwendig. Die Anforderungen sollten organisiert, koordiniert, ökonomisch, evidenzbasiert, konzipiert und verantwortungsvoll umgesetzt werden (vgl. Deutmeyer/Thiekötter 2009, S. 13ff).

Für das Gesundheits- und Pflegemanagement ist nicht nur das betriebswirtschaftliche Management von Bedeutung, sondern auch die Makro- oder Volkswirtschaftliche Perspektive auf das System. Es geht darum sich die zukünftigen Finanzierungskonzepte und innovativen Lösungen angesichts der immer knapper werdenden Ressourcen zu erarbeiten um dadurch die bestmögliche Verteilung der Ressourcen anzustreben. Als Beispiele können im Gesundheits- und Management folgende Gebiete und Tätigkeiten erstellt und genannt werden

- Finanzierungskonzepte zur Versorgung der Bevölkerung in pflegerischer, gesundheitlicher u. medizinischer Entwicklung
- Ausbau des ambulanten Sektors, das wären zum Beispiel mobile Dienste mit Kontinenzexperten, häusliche Pflege und Palliativversorgung
- Management und Organisation durch die gemeindenahe Familiengesundheitspflege nach Vorschlag der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 2000
- Patienten- und Angehörigenschulung, Pflegeberatung
- Gesundheitsförderung und Prävention
- Personalentwicklung, Bedarfsermittlung
- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Implementierung von stationären Entlassungsmanagement in den extramuralen Bereich
- Gesundheits- und Pflegeberatungsstellen auf- und auszubauen
- Alternative Versorgungs- und Wohnkonzepte zu entwickeln
- Die Effektivität und Effizienz gesundheits- und pflegebezogener Dienstleistungen für die Qualitätssicherung und die Überprüfung (vgl. Deutmeyer/Thiekötter 2009, S. 22ff).

2.3 Rechtliche Voraussetzung GuKG

Das GuKG, 1997 legt die Ausbildung und Anforderungen für den gehobenen Dienst der Gesundheit- und Krankenpflege und die Pflegehilfe fest. Daraus ergibt sich für die Beschäftigten im Gesundheitsbereich eine höhere Voraussetzung im Bezug auf ihre Sorgfaltspflicht. Dadurch ist ein strenger Sorgfaltsmaßstab für die Berufsgruppe von hoher Bedeutung. Es ist gesetzlich geregelt welche Kenntnisse, Fähigkeiten der einzelne Mitarbeiter für seine Tätigkeitsbereiche mitbringen muss (vgl. Peinbauer/Mandl 2003, S. 77).

Allgemeine Berufspflichten gemäß § 4

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege hat unter Einhaltung der hierfür geltenden Vorschriften und nach Maßgabe der fachlichen und wissenschaftlichen Erkenntnisse und Erfahrungen das Wohl und die Gesundheit der Patienten, Klienten und pflegebedürftige Menschen zu wahren. Darunter fällt insbesondere

- Verbot der eigenmächtigen Heilbehandlung
- Pflicht zur Hilfeleistung
- Verpflichtung zur Fort- und Weiterbildung (vgl. RIS – Gesamte Rechtsvorschrift für GuKG 2011, S. 8).

Eigenverantwortlicher Tätigkeitsbereich gemäß § 14 Abs 1 GuKG

Der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege handelt bei folgenden Tätigkeiten im intra- und extramuralen Bereich eigenverantwortlich. Dies umfasst insbesondere

- Pflegeprozess
- Pflegeforschung
- Pflegediagnosen
- Gesundheitsförderung und Gesundheitsberatung
- Administrative Aufgaben
- Pflegeplanung
- Organisation der pflegerischen Maßnahmen
- Dokumentation der Pflege
- Durchführung und Kontrolle aller pflegerischen Maßnahmen
- Pflegehilfsdienst anleiten und überwachen
- Krankenpflegeschüler im Rahmen ihrer Ausbildung anleiten und begleiten (vgl. RIS – Gesamte Rechtsvorschrift für GuKG 2011, S. 14f).

Mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich gemäß § 15 Abs 1 GuKG

Im mitverantwortlichen Tätigkeitsbereich ist die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen nach ärztlicher Anordnung geregelt. Der anordnende Arzt hat die Anordnungsverantwortung, das diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegepersonal trägt die Durchführungsverantwortung. Es ist seit 1997 klar geregelt welche ärztlichen Tätigkeiten an das Pflegepersonal zur Durchführung weiter

gegeben werden dürfen. Die Anordnung des Arztes hat schriftlich zu erfolgen. Zusätzlich hat sich der Arzt zu vergewissern, dass die diplomierte Gesundheits- und Krankenpflegeperson über erforderliche Kenntnisse und Fähigkeiten verfügt. Sollte die Anordnung den Wissenstand der Pflegeperson überschreiten, hat sie unumgänglich den Arzt zu informieren. Die Durchführung ist vom diplomierten Gesundheits- und Krankenpflegepersonal mit einer Unterschrift zu bestätigen. In Ausnahmefällen kann die ärztliche Anordnung wenn sie medizinisch begründet ist mündlich erfolgen. Die nachfolgende Dokumentation des Arztes hat unverzüglich, spätestens von innerhalb 24 Stunden zu erfolgen.

Dieser Tätigkeitsbereich umfasst insbesondere

- Verabreichung von Medikamenten
- Blutentnahme aus den Kapillaren und Venen
- Vorbereitung und Verabreichung von Injektionen
- Legen von transurethralen Blasenkathetern zur Harnableitung, Harnblaseninstillation und Spülung der Harnblase
- Infusionen vorbereiten und anschließen ausgenommen Transfusionen
- Verabreichung von Darmeinläufen
- Magensonden legen (vgl. RIS – Gesamte Rechtsvorschrift für GuKG 2011, S. 12).

Interdisziplinärer Tätigkeitsbereich gemäß § 16 Abs 1 GuKG

„Im interdisziplinären Tätigkeitsbereich haben Angehörige des gehobenen Dienstes für Gesundheits- und Krankenpflege das Vorschlags- und Mitentscheidungsrecht. Sie tragen die Durchführungsverantwortung für alle von ihnen in diesen Bereichen gesetzten pflegerischen Maßnahme“ (RIS – Gesamte Rechtsvorschrift für GuKG 2011, S. 13).

Dazu gehören insbesondere

- Gesundheitsförderung
- Gesundheitsberatung

Vorbereitung der Patienten und deren Angehörige auf die bevorstehende Entlassung aus einer Pflegeeinrichtung oder Krankenanstalt (vgl. RIS – Gesamte Rechtsvorschrift für GuKG 2011, S. 13).

Führungsaufgaben § 26

Die Leitung umfasst die Verantwortung für die Qualität der Pflege und die Organisation der pflegerischen Maßnahmen in der gesamten Einrichtung. Hierzu gehören unter anderem die

- Überwachung, Sicherung und die Verbesserung der Pflegequalität und der Pflegeorganisation
- Personaleinsatz und Führung im Pflegebereich
- Organisation der Sachmittel und Überwachung des Einsatzes dieser Mittel im Pflegebereich
- Zusammenarbeit im Intra- und Extramuralbereich, Organisationseinheiten und Berufsgruppen (vgl. RIS – Gesamte Rechtsvorschrift für GuKG 2011, S. 16).

3 UMGANG MIT DEM TRANSURETHRALEN DAUERKATHETER

Der Verfasser setzt sich in diesem Kapitel mit dem Thema eines aseptischen und atraumatischen Blasenkatheterismus auseinander. Dazu gehören die Indikationen, Komplikationen, Materialien, Auffangsysteme, Katheterpflege, Richtlinien und Leitlinien.

Der Katheterismus ist hinsichtlich der Asepsis einem chirurgischen Eingriff gleichzusetzen, das heißt er bezieht sich auf die Verwendung von sterilem Arbeitsmittel und auf die sterile Durchführung (vgl. Bach/Brühl 1995, S. 21).

Blasenverweilkatheter werden laut umfassender Untersuchung nach wie vor aus pflegerischen Gründen gelegt. Die Indikation für das Legen eines Blasenverweilkatheters ist genau zu evaluieren. In der Vergangenheit war der Blasenverweilkatheter bei Harninkontinenz das Mittel der Wahl. Aus heutiger Sicht weiß man um die Problematik eines TDK. Die Verletzungsgefahr beim Anlegen eines Katheters ist deshalb so groß weil die Harnröhre nicht innen hohl ist, sondern sie ist von aufeinanderliegenden Schleimhautfalten und Schleimhauttaschen umgeben. Beim Legen selbst und auch durch die lange Liegezeit entstehen kleinste Verletzungen der Harnröhre. Genau diese Verletzungen lassen Entzündungen und Strikturen (Verengungen) entstehen. Wichtig hierbei ist auch die Auswahl der Materialien um Verletzungen zu minimieren. Die Indikation für die Anlage eines transurethralen Dauerkatheters ist ausschließlich vom Arzt fest zu legen. Die Durchführung obliegt der Pflegefachkraft. Ein solcher Eingriff ohne

Folgeschäden für den Patienten kann nur durch geschultes Personal gewährleistet werden (vgl. Sachsenmaier 1991, S. 136f).

Durch den Katheterismus besteht die Gefahr, dass pathogene Keime von der Harnröhrenmündung in die Blase verschleppt werden. Dies bedeutet ein hohes Risiko für Infektionen der Niere und Harnwege. Darum ist ein atraumatisches und aseptisches vorgehen unumgänglich (vgl. Pflege Heute 1997, S. 1033).

Das Legen bzw. Wechseln eines TDK erfolgt unter aseptischen und atraumatischen Bedingungen. Um den Gerech zu werden, wurde in Zusammenarbeit mit der Urologischen Ambulanz und der Hygiene, Standards zum transurethralen Katetherwechsel und Legen eines solchen ausgearbeitet. Diese sind im Intranet im Klinikum Klagenfurt zu finden. Für den Patienten bedeutet dieser Eingriff ein gewisses Maß an Verlust von Würde, Selbstwertverlust, Angst vor Überwältigung und es geht um den Verlust der Sexualität.

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Legung bzw. Wechsel des TDK ist für eine ruhige Atmosphäre zu sorgen, den Patienten aufklärend gegenüber zu stehen, seine Intimsphäre zu achten. Nur unter diesen Bedingungen kann der Patient eine entspannte Lage einnehmen die für diesen Eingriff unabdingbar ist. Ist der Patient angespannt, atmet er nicht richtig, kann kein atraumatischer Katheterwechsel durchgeführt werden (Anm. d. Verf.).

3.1 Indikationen für die Anlage eines TDK

Es wird mit der Anlage eines TDK verschiedenen Ziele verfolgt.

In Akutsituationen

- Bei akuten Harnverhalt zur Entlastung der Blase
- Bei Makrohämaturie zur Spültherapie und nach einer Evakuation (Ausräumung einer Blasentamponade)
- Zur Flüssigkeitsbilanz in der Intensivmedizinischen Betreuung

Routinemäßig für die Diagnostik und Therapie in der Urologie

- Im Rahmen einer Urodynamik
- Nach operativen Eingriffen z.B. der Prostata, Harnröhre, Blase, den oberen Harntrakt um die operative Heilung zu gewährleisten
- Bei einem fieberhaften komplizierten Harnwegsinfektes zur Ableitung des bakteriell kontaminierten Harns

- Für therapeutische und diagnostische Maßnahmen anderer Fachabteilungen z. B. für eine größere Operation wo eine mehrstündige Harnableitung notwendig ist (vgl. Boelker/Hegeholz et al 2006, S. 78).

Die Liegezeit eines TDK hängt immer davon ab, wie rasch die Akutsituation beseitigt ist und welche diagnostischen Maßnahmen folgen werden. Oberstes Gebot ist, das der TDK soll so schnell wie möglich entfernt werden soll. Ist eine Anlage des TDK über den Zeitraum von 5 Tagen geplant, ist eine suprapubische Harnableitung unter Beachtung der Kontraindikationen anzuraten, da bei dieser Art der Harnableitung die Rate des katheterassoziierten Harnwegsinfektes beträchtlich geringer ist. Ebenso ist im geriatrischen Bereich die Anlage eines TDK kritisch zu hinterfragen. Ständiges Einnässen verursachen pflegerische und soziale Probleme. Hier ist zu evaluieren ob nicht ein Kondomurinal, Verwendung von aufsaugenden Hilfsmitteln oder ein suprapubischer Katheter folgerichtiger wären. Anders in der Palliativpflege, hier würde man den Patienten schmerzliche und mühevollen Wechsel von aufsaugenden Hilfsmitteln durch einen TDK ersparen (vgl. Boelker/Hegeholz et al 2006, S. 78f).

Eine kurzzeitige Versorgung mit Blasenverweilkatheter kann bei ausgeprägtem Decubitalgeschwür angedacht werden, aber nur wenn keine andere Form der Ableitung in Frage kommt. Bei einem inoperablen Blasenkarzinom oder Strahlencystitis kommt ebenfalls ein Blasenverweilkatheter zum Einsatz. Der Patient kann somit von seinen starken Schmerzen und den fortwährenden Harndrang entlastet werden. Bei liegendem Katheter ist immer zu evaluieren ob der Katheter noch benötigt wird. In Pflegeheimen und in der häuslichen Pflege hat sich das Fachwissen um die Problematik eines liegenden Katheters mehr als im Krankenhaus durchgesetzt. Es muss an das Verantwortungsbewusstsein der Ärzte und Pflege im Krankenhaus appelliert werden auch über die Entlassung des Patienten hinauszudenken (vgl. Sachsenmaier 1991, S. 135f).

3.2 Wahl des Kathetermaterials

Katheter aus PVC und reinem Silikon haben eine beträchtlich bessere Durchflussleistung als ein Latex Katheter, da sie bei gleichem Außendurchmesser einen wesentlich voluminöseren Innendurchmesser aufweisen. Der reine Silikonkatheter ist für eine Dauerableitung vorzuziehen, er weist eine geringere Inkrustationstendenz auf und ist zudem am wenigsten toxisch. PVC Katheter verwendet man nur als Kurzzeitdrainage oder zum Einmalkatheterismus. Die Hydrogelbeschichteten Katheter finden im intermittierenden Katheterismus Verwendung. Durch eine Befeuchtung des Katheters kommt es zur Herabsetzung der Reibung und der Katheter wird sehr schlüpfrig und kann somit ohne Gleitmittel verwendet werden. Trotz der bedeutsamen Fortschritte in der Entwicklung verschiedener Katheteroberflächen besteht nach wie vor eine

Herausforderung für die Entwickler. Es werden Versuche unternommen, die die Entwicklung eines Biofilms an der Katheteroberfläche verhindern sollen, um die Inkrustation und Bakteriurie zu entkräften. Am Markt sind zurzeit unter anderem Silberbeschichtete Katheter, Katheter mit Heparin Beschichtung, antiseptische und antibiotische Beschichtete Katheter. Zurzeit wird versucht nicht pathogene Keime an der Katheteroberfläche anzusetzen um somit das Wachstum pathogener Keime abzuwenden und dadurch symptomatische Infektionen zu verhindern (vgl. Liedl in Joham/Müller 2003, S. 335).

Entstehung der Biofilme an der Katheteroberfläche: frei schwimmende Bakterien werden von Signalmolekülen und Protonen an die Katheteroberfläche gezogen. Die Bakterien zementieren sich an der Oberfläche des Katheters mit dem Biofilm. Es wurde nachgewiesen das Betalaktamanantibiotika innerhalb von 90 Sekunde den ganzen Biofilm durchdringen können ohne eine exorbitante Anzahl von Zellen abzutöten. Die entdeckten besonderen Eigenschaften des Biofilms erklären, das nach einer Antibiotikatherapie bei einer katheterassoziierten Harnwegsinfektion der Urin rasch von Organismen rekolonisiert wird die im Katheterbiofilm überleben und somit sind sie für Antibiotika resistent (vgl. Liedl in Joham/Müller 2003, S. 336).

Es gibt eine Vielzahl von Ballonkatheter mit unterschiedlichen Namen und Typen. Die Form der Katheterspitze hat eine große Bedeutung. Sie kann die Anlage eines Katheters oder aber auch das Ableiten von Schleim, Sediment oder Blut erleichtern. Der von Nelaton (1807 bis 1873) entwickelte 2-Weg-Katheter kann als Standardkatheter bezeichnet werden. Der Tiemann Katheter hat eine funktionell geformte Tiemannspitze. Sollte ein erhöhter Widerstand im Bereich der prostatistischen Harnröhre auf Grund einer Prostatavergrößerung vorhanden sein, erleichtert ein Katheter mit Tiemannspitze beim Mann die Katheterisierung. Die Spitze muss beim Legen so ausgerichtet sein dass sie die physiologische Windung der bulbären Harnröhre folgt (vgl. Boelker/ Hegeholz et al 2006, S. 80).

Die Katheterstärken bzw. Durchmesser werden mit Charriere bezeichnet. 1/3 mm entspricht 1 Charriere (vgl. Pflege Heute 1998, S. 1034). Es sollten Katheter mit der Charriere 14 bis 16 verwendet werden. Folgerichtig ist es mit einem kleineren Lumen zu beginnen. Kommt es trotz liegendem Blasenverweilkatheter zu einem Harnaustritt aus der Harnröhre ist der Grund meist nicht der dünne Katheter sondern eine bestehende Dranginkontinenz. Der bestehende Drang wird durch den mechanischen Reiz des Katheters meist noch verstärkt. Hier könnte man eine medikamentöse Therapie in Erwägung ziehen. Durch zu großlumige Katheter können Verletzungen der Harnröhre,

des Schließmuskels aber auch Drucknekrosen auftreten. Es können aber auch durch den Sekretstau die ein zu großlumiger Katheter herbeiführt Infektionen der Harnröhre auftreten (vgl. Sachsenmaier 1991, S. 138).

Für das Füllen des Ballons beim Silikonkatheter ist 10%iges Glycerin dem Aqua dest. vorzuziehen da es beim Aqua dest. im Laufe der Liegezeit zum Volumsverlust kommt. Die Wechselintervalle von 6 Wochen sollten nicht starr reglementiert werden, sondern sie sind individuell vom Patienten abhängig. Je nach Inkrustationsneigung, Schleimbildung, Verstopfung durch Blut, oder durch allgemeine Verschmutzung z.B. durch Stuhl (vgl. Boelker/Hegeholz et al 2006, S. 79).

Durch wissenschaftliche Begründungen, hat das Center of Disease Control (CDC) Empfehlungen zur Verhinderung katheterassozierte Harnwegsinfektionen herausgegeben. Jede Manipulation durch den Harnröhrenkatheterismus an der Harnröhre, schafft Eintrittsmöglichkeiten für eine örtliche Infektion, diese kann sich aber auch zu einer aufsteigenden Infektion bis hin zu einer Urosepsis entwickeln. Um dieser Problematik vorzubeugen ist eine adäquate Technik von Nöten um Traumatisierungen zu vermeiden. Weiteres wird auch ein standardisiertes Katheterset empfohlen. Diese Sets enthalten Materialien für das aseptische Katheterisieren. Aus ökonomischen Gründen beinhaltet dieses Set kein Gleitmittel und auch kein Antiseptikum da diese in Krankenhäusern auch für andere Anwendungen als Einmalprodukt zur Verfügung stehen. Bei der Legung des TDK ist je nach Indikation der passende Katheter zu verwenden und alle dafür notwendigen Materialien für eine aseptische Katheterisierung vorzubereiten (vgl. Liedl in Joham/Müller 2003, S. 337).

CDC Empfehlung für die Prävention katheterassozierten Harnwegsinfektion

- Aseptisches und atraumatisches Katheterisieren durch geschulte Pflegekraft
- Strenge Indikationsstellung für einen Blasenverweilkatheter
- Händedesinfektion vor und nach jeder Manipulation am Katheter oder Drainagesystem
- Steriles Katheterisierungsset für eine aseptische Katheterisierung
- Nach der Blasenkatheterlegung sichere Fixierung durch Blocken des Ballons
- Sterile geschlossene Drainagesysteme verwenden
- Drainagesystem nicht diskonnektieren (nicht lösen)
- Für mikrobiologische Untersuchungen Harn nur an vorgesehenen Stellen nach erfolgter Desinfektion entnehmen

- Entleerung des Urinauffangbeutels immer mit Einmalhandschuhen
- Urinauffangbeutel nie über das Blaseniveau heben
- Kein Blasentraining mittels abklemmen des Katheters, es muss ein freier Urinfluss gewährleistet werden (vgl. Liedl in Joham/Müller 2003, S. 338).

Immer Alternativen zu transurethralen Katheter wie z.B. suprapubischer Katheter, Kondomurinal oder Einmalkatheterismus in Betracht ziehen. Um mögliche Komplikationen des TDK zu vermeiden und die korrekte Technik für die Legung bzw. Wechsel des TDK zu erlernen ist das Personal regelmäßig zu schulen. Der Blasen Katheter ist so dünn wie möglich zu wählen um Urethraschäden zu minimieren der Abfluss des Urins muss jedoch gewährleistet sein. Von kontinuierlichen Blasenspülungen soll Abstand gehalten werden. Der Katheterwechsel soll nicht routinemäßig durchgeführt werden sondern sich individuell der Situation anpassen (vgl. Liedl in Joham/Müller 2003, S. 338).

Wie die vorherigen genannten Autoren stellt Liedl wie nachfolgend zusammenfassend fest was beim TDK zur Prävention der katheterassoziierten Harnwegsinfektionen von Bedeutung ist.

Probleme der transurethralen Harnableitung

Die zwei häufigsten Komplikationen einer transurethralen Harnableitung sind die auftretenden Harnwegsinfektionen und die Inkrustationen des Katheters. Ein liegender TDK stellt eine direkte Verbindung zur Körperaußenseite dar, daher wird zwischen den intraluminären und extraluminären Infektionsweg unterschieden. Die Katheterinnenräume bezeichnet man als intraluminäre Infektionswege. Bedingt durch mangelhafte Systeme oder falsche Technik kann es durch Rückfluss von Harn in die Blase zu aufsteigenden Infektionen, der Harnwege kommen. Die extraluminären Infektionen geschehen an der Katheteraußenseite. Zwischen Katheter und Urethra bildet sich eine Sekretstraße, diese stellt einerseits einen natürlichen Schutz der Urethra zum Katheter dar, andererseits bietet diese Sekretstraße den Keimen die Möglichkeit innerhalb kürzester Zeit in die Blase vorzudringen. Dadurch erklärt sich auch warum die Intimhygiene so eine wichtige Bedeutung hat. Da Harnwegsinfektionen bei liegendem TDK fast immer vorprogrammiert sind, ist die ausreichende Flüssigkeitszufuhr die sogenannte innere Spülung von wesentlicher Bedeutung für die Prophylaxe des katheterassoziierten Harnwegsinfektes (vgl Sachsenmaier 1991, S. 149).

Katheterobstruktionen (Verstopfungen) stellen ein beträchtliches Risiko in der Höhe von ca 40% bei Langzeitdauerkatheterträger dar. Unbemerkt können diese Obstruktionen eine Bakteriämie, Pyelonephritis, Sepsis oder Schock verursachen. Diese Verstopfungen werden hauptsächlich durch Inkrustationen verursacht. Inkrustationen bestehen aus den

mineralisierten Biofilm, die an der Katheteroberfläche entstehen. Vorherrschende Rolle im Inkrustationsprozess nimmt der Proteus mirabilis Keim ein (vgl. Liedl, in Johann/Müller 2003, S. 336f).

Inkrustationen lassen sich durch Ansäuern des Harns mit Medikamenten verringern. Dadurch wird die Harnkristallbildung minimiert. Weiteres sind eine ausreichende innere Spülung durch hinreichende Flüssigkeitszufuhr und ein regelmäßiger Katheterwechsel notwendig um den Katheter durchgängig zu halten (vgl. Sachsenmaier 1991, S. 150).

3.3 Pflege bei liegenden TDK und Handhabung des Urinauffangsystems

- Der transurethrale Dauerkatheter ist regelmäßig auf seine Durchgängigkeit zu überprüfen. Ein freier Urinabfluss muss gesichert sein
- Vor jeder Pflegemaßnahme ist eine Händedesinfektion durchzuführen
- Um Verkrustungen am Harnröhreneingang und Katheter zu entfernen ist eine tägliche Intimhygiene durchzuführen wenn notwendig auch 2-mal täglich. Nicht immer ist hierfür ein Schleimhautdesinfektionsmittel wie z. B. Octenisept notwendig, in der Regel wird Wasser und Seife verwendet
- Beim geschlossenen Drainagesystem ist auf einen hygienischen Umgang zu achten (vgl. Pflege Heute 1998, S. 1036).

Ein Drainagebeutel muss bestimmte Kriterien aufweisen. Der Drainagebeutel muss an der unteren Kante ein Abflussventil aufweisen damit der Harn entleert werden kann. Weiteres muss eine belüftete Tropfkammer vorhanden sein, die als Bakterienschranke dient. Damit es zu keinem Rückfluss des Harns kommt, muss ein Rückflussventil vorhanden sein, die die Tropfkammer abdichtet (vgl. Boelker/Webelhuth, 2003, S. 126).

Die Wechselintervalle eines geschlossenen Drainagebeutel von 10 bis 14 Tage wird durch Firmen laut Medizinprodukte Gesetz als Richtwert angeführt. Der Wechsel eines Drainagebeutels richtet sich auch nach der jeweiligen Verschmutzung (Anm. d. Verf.).

Harnblasenspülung

Die Indikation einer Harnblasenspülung erfolgt ausschließlich auf Anordnung des Arztes. Gespült wird zum Beispiel zur Reinigung der Blase von Blutkoageln. Diese Spülung muss unter sterilen Bedingungen erfolgen (vgl. Sachsenmaier 1991, S. 151).

Routinemäßige Harnblasenspülungen mit physiologischer Kochsalzlösung oder mit desinfizierenden Substanzen haben sich als wirkungslos erwiesen. Sie führen eher zu einer vermehrten Reizung der Blase und diese Spülungen sollten somit vermieden werden. Das noch häufige Abklemmen des Katheters vor der Entfernung desselben zum

sogenannten Blasentraining oder vermeintlichen Restharnmessung ist keinesfalls zu befürworten. Durch den fehlenden Abfluss würde es durch die meist bestehende Bakteriurie zu einer raschen Keimvermehrung kommen. Eine Restharnmessung bei liegendem Dauerkatheter ist nicht möglich. Anzumerken ist noch das eine Blasenschrumpfung durch eine längere Harnableitung nicht auftritt (vgl. Liedl in Joham/Müller 2003, S. 340).

Aus Sicht des Verfassers kann der Erkenntnis, dass durch eine längere Harnableitung bzw. bei Langzeitdauerkatheterträgern keine Blasenschrumpfung erfolgt, nicht zugestimmt werden. Aufgrund der langjährige Berufserfahrung und Beobachtung hat es sich sehr wohl gezeigt, dass es bei Langzeitdauerkatheterträgern bei einer Dauerableitung zu einer Blasenschrumpfung kommt.

Um dem Patienten die Situation zu erleichtern kann nach Rücksprache mit dem Arzt auch ein Katheterstöpsel, Katheterventil oder ein Oberschenkelbeutel verwendet werden. Die Wahl des Systems ist immer nach Absprache mit dem Patienten und seinen Bedürfnissen anzupassen. Die Mitarbeit des Patienten, das Wissen über die Problematik der katheterassoziierten Harnwegsinfekte ist Voraussetzung für die notwendige Akzeptanz für die Anwendung dieser Systeme. Auch die Vertrauenspersonen müssen in die Aufklärung über die Handhabung mit einbezogen werden, da durch unsachgemäße Handhabung zu einer aufsteigenden Infektion kommen kann. Die Pflege hat bezüglich der Harnableitung und der Auffangsysteme dem Patienten beratend zur Seite zu stehen. Der Patient hat das Recht Informationen über die Produkte zu erhalten und die Produkte selbst auszuprobieren, damit er sich im Umgang mit dem Ableitungssystem auch sicher fühlt. Nur dann kann er den hygienischen Anforderungen gerecht werden (Anm d. Verf.).

Verwendet der Patient ein Katheterventil, erfolgt die Entleerung über das Ventil direkt in die Toilette. Ein Katheterventil darf nur dann verwendet werden wenn keine Kontraindikation vorliegt. Die Patienten benötigen am Tag bei diesem System keinen Drainagebeutel. Für eine ungestörte Nachtruhe wird das Ventil auf Durchfluss umgestellt und an den Drainagebeutel angeschlossen. Beim Beinbeutel ist auf Größe des Füllvolumens zu achten und wie der Verschlussmechanismus funktioniert. Der Beutel muss an die Bedürfnisse der Patienten angepasst sein. Daher gibt es am Markt unterschiedliche Systeme wie z.B. zum Auf- und Zuschieben, Auf- und Zuklappen oder auch zum Zudrehen des Beutelverschlusses. Die Beinbeutel müssen eine Rücklaufsperrung aufweisen. Weiteres ist darauf zu achten das die Beutel an der Rückseite eine Baumwoll- oder Vliesbeschichtung aufweisen. Beinbeutel mit einer Kunststoffolie an der Rückseite

sind unangenehm und führen zu vermehrten Schwitzen. Die Befestigung der Beinbeutel erfolgt entweder mit Beinbänder oder Beinbeutel tasche (vgl. Boelker, Hegeholz et al 2006, S. 83,91).

Bei medizinischer Indikation, kann sich der Patient auch für einen Katheterstöpsel entscheiden. Wichtig ist dabei, dass er die hygienischen Richtlinien genau einhält. Je nach Füllkapazität der Blase muss alle 2 bis 3 Stunden diskonnektiert werden um den Harn in die Toilette zu entleeren. Bevor die Harnableitung mit dem Katheterstöpsel verschlossen wird muss eine Wischdesinfektion an der diskonnektierten Stelle durchgeführt werden. Für die Nacht wird ein Tagesurinbeutel angeschlossen und der Katheterstöpsel wird verworfen (Anm. d. Verf.).

Für den Patienten bedeutet eine transurethrale Harnableitung immer einen gravierenden Eingriff in seine Intimsphäre. Damit der Patient in ein alltägliches Leben zurückfinden kann, benötigt er eine geraume Zeit der Auseinandersetzung. Voraussetzung für eine gesellschaftliche Wiedereingliederung ist eine Harnableitung die nicht schmerzhaft und möglichst unauffällig ist (vgl. Sachsenmaier 1991, S. 151).

Kurzzusammenfassung des Verfassers: Voraussetzung für das Legen bzw. Wechseln eines TDK ist die nötige fachliche Kompetenz bezüglich des theoretischen Wissen über Materialien, Auswahl der richtigen Charriere und der praktischen Umsetzung, um die Fehlerquellen bzw. die Komplikationen beim liegenden Dauerkatheter so gering wie möglich zu halten. Jede Anlage eines Katheters muss genau auf ihre Indikation überprüft werden ob nicht doch eine andere Möglichkeit der Ableitung in Frage kommt. Die Indikation für einen transurethralen Dauerkatheter setzt ausschließlich der Arzt und er kann die Durchführung nur an eine erfahrene Pflegekraft delegieren, wie im GuKG § 15 festgehalten. Die Pflegefachkraft hat sich streng an die hygienischen Maßnahmen und an Richtlinien, Leitlinien und Qualitätsstandards zu halten.

3.4 Normen und Richtlinien

Bei diesem Instrument handelt es sich um Handlungsregeln, die sich durch eine gesetzliche, berufsrechtliche Legitimation auszeichnet. Sie werden vom Gesetzgeber oder einer bestimmten Institution festgelegt. Somit sind sie für die Angehörigen der Berufsgruppe streng verbindlich. Die Nichteinhaltung dieser Richtlinien wird mit Sanktionen bis hin zur Entziehung der Berufserlaubnis verfolgt. Richtlinien und Normen reflektieren die professionellen Wertvorstellungen und erklären damit den Verantwortungsbereich und Aufgabenbereich von Pflegenden. Die Umsetzung des Pflegeprozesses, die Organisation eines Pflegedienstes oder die erforderliche Qualifikation von Pflegenden für verschiedene Aufgabenbereiche sind Inhalte von Normen

und Richtlinien. Sie bestimmen einen Level bezogen auf Strukturen, Prozesse und Ergebnisse die die Qualität der Pflege messen. Somit geben sie der pflegerischen Praxis Orientierung und bilden einen Rahmen für die Evaluierung. Dadurch besteht die Möglichkeit die Einhaltung der Normen und Richtlinien zu überprüfen. Das Ziel ist eine hundertprozentige Einhaltung von Normen und Richtlinien und ist damit mit guter Qualität gleich zu setzen. Durch eine Abweichung von dieser Norm kommt es zu einer schlechten Qualität und zieht Sanktionen nach sich (vgl. Bölicke 2007, S. 8).

Normen und Richtlinien haben eine hohe Verbindlichkeit für die Pflegeperson. Hier geht es nicht um die Individualität des Patienten oder der Pflegefachkraft sondern hier geht es um ein fachgerechtes Legen und Wechseln des transurethralen Dauerkatheters (Anm. d. Verf.).

3.4.1 Qualitätsstandards

Im Pflegewesen und im Gesundheitswesen findet der Qualitätsstandard zunehmend Verbreitung. Anzumerken ist, dass Qualitätsstandards im ursprünglichen Sinn nicht mit Pflegestandards in Verbindung stehen. Im Qualitätsmanagement können Qualitätsstandards als Normen und Richtlinien bezeichnet werden. Von der Organisation wird im Qualitätsstandard ein gewünschtes Ziel definiert. Damit sich die Qualität bezogen auf Strukturen, Prozesse oder Ergebnisse überprüft lässt, hält sie sich an ein bestimmtes Level wie bei Normen oder Richtlinien fest. Dieses geschieht mit Hilfe von vorgegeben Kriterien die das Ziel genauer definieren. Dabei ist anzumerken, dass hier im Gegensatz ein abweichen von Normen und Richtlinien keine Sanktion mit sich zieht. Hier wird eine Abweichung im positiven Sinn genutzt, um kontinuierliche Verbesserung anzusteuern, Verbesserungspotenziale aufzuzeigen und entsprechende Maßnahmen einzuleiten um die vorgegebenen Ziele zu erreichen. Typische Themen für den Qualitätsstandard sind unter anderem wie viele Mitarbeiter über eine spezialisierte Fachausbildung verfügen, oder die Inhalte beziehen sich auf pflegefachliche Kriterien, dass zum Beispiel eine bestimmte Zahl an nosokomialen Harnwegsinfektionen nicht überschritten werden darf. Auch die Wartezeiten auf eine Behandlung spielt für die Qualität eine große Rolle. Qualitätsstandards sind nur in jener Organisation wo sie erstellt worden sind verbindlich. Qualitätsstandards die auf einer fachlichen Ebene entwickelt wurden haben eine Größere Verbindlichkeit (vgl. Bölicke 2007, S. 9).

Um den Inhalt eines Qualitätsstandards überprüfen zu können ist es notwendig, die bei der Erstellung angeführten Kriterien zu kennen. Daher kann ein solches Kriterium auch als messbarer Faktor eines Standards bezeichnet werden und inwiefern ein Standard erfüllt wird. Daher ist ein Qualitätsstandard in zwei Hauptgliederungspunkte unterteilt.

- Standardaussage: sie beschreibt das gewünschte Qualitätsniveau und kann ebenso als Ziel verstanden werden
- Kriterien: diese beschreiben die Charakteristika des Qualitätsniveaus. Diese werden anhand der RUMBA – Regel dargestellt und sollen dem entsprechen. Sie sollen relevant, unmissverständlich, messbar, beobachtbar und angemessen sein (vgl. Bölicke 2007, S. 22).

Der Qualitätsstandard ist für dieses Schulungskonzept aus Sicht des Verfassers unabdingbar.

3.4.2 Leitlinien

Eine Leitlinie ist ein Instrument die auf einer rationalen Basis beruht und in Übereinstimmung mit der klinischen Forschung getroffen wird. Von Experten und wissenschaftlichen Fachgesellschaften werden Leitlinien für bestimmte Pflegeprobleme oder Pflegediagnosen gestellt. Sie sollen für die Pflegefachkraft in der Praxis aber auch für den Patienten, eine Entscheidungshilfe darstellen welche Maßnahmen oder Behandlungen bei bestimmten Problemen am wirkungsvollsten sind. Daher werden Maßnahmen deren Wirksamkeit auf wissenschaftliche Erkenntnisse beruht zusammengefasst. Da die Leitlinien für die Pflegefachkräfte eine relativ hohe aber keine zwingende Verbindlichkeit haben, treffen sie die Entscheidung ob einer bestimmten Empfehlung gefolgt wird oder nicht. Die Pflegefachkraft trifft diese Entscheidung mittels der verfügbaren Ressourcen und individuell an die Situation des Patienten angepasst (vgl Bolicke 2007, S. 10f).

Für den Aufbau und deren Entwicklung von Leitlinien gibt es internationale und detaillierte Vorgaben. Eine mögliche Gliederung ist z. B. wie folgend

- Einleitung: das Problem wird beschrieben und die Bedeutung in der pflegerischen Praxis diskutiert
- Praxisleitfaden: hier wird die Maßnahme besprochen, wie das vorhandene Problem gelöst werden soll. Diese Intervention wird auch dokumentiert, es wird auch festgehalten welches Ergebnis beim Patienten zu erwarten ist. Ferner werden Alternativen aufgelistet sollten die festgelegten Maßnahmen nicht zum erwünschten Ergebnis führen
- Leitlinienentwicklungsdokumentation: hier geht es um die nachvollziehbare Entwicklung des gesamten Prozesses und den Nachweis über die verwendete Literatur
- Plan für die Umsetzung: Bewertung der praktischen Durchführung. Beschreibung der Methode und Diskussion der Auswirkung für Pflegefachkraft und den

Patienten. Anzumerken wäre noch eine Empfehlung für die periodische Überprüfung (vgl Bölicke 2007, S. 28ff).

Aus Sicht des Verfassers kann dieses Instrument als Ansatz ins Schulungskonzept einfließen. Das das Legen bzw. Wechseln des Blasenkatheters mit Problemen für den Patienten einhergeht und beratend und unterstützend auf die Bedürfnisse des Patienten eingegangen werden soll.

Im nachfolgenden Kapitel wird die Bedeutung und Voraussetzung eines Schulungskonzeptes erörtert. Mit der Möglichkeit für Mitarbeiter anderer Abteilungen, die praktische Durchführung in der urologischen Ambulanz zu erlernen und sie erhalten spezielle Inputs zum theoretischen Teil.

4 SCHULUNGSKONZEPT

In erster Linie geht es um die Qualität der Schulung. Weiteres wird ein Augenmerk auf die Kompetenzen und die Teamfähigkeit der schulenden und einzuschulenden Mitarbeiter gelegt und zum Schluss dieses Kapitels wird das Schulungskonzept implementiert.

Ziel des Schulungskonzeptes ist es, dass auch die positiven Seiten eines Schulungskonzeptes gesehen werden. Denn Verbesserungsvorschläge und Feedbacks über Fehler haben einen positiven Wert und führen zur Qualitätsverbesserung. Wichtig für die Organisation der Schulung ist es, dass den Mitarbeitern anhand der praktischen Durchführung die theoretischen Grundlagen anschaulich und einfach erklärt werden. Eine strukturierte Schulung hat zum Ziel, eine hohe Patientenzufriedenheit fürs Klinikum Klagenfurt zu erreichen. Damit dieses Konzept in dieser Form umgesetzt werden kann, benötigen die Mitarbeiter der urologischen Ambulanz ein hohes Maß an Motivation. Je höher die Motivation der Mitarbeiter auf beiden Seiten desto schneller werden die Zusammenhänge erkannt. Für die Organisation tragen gut geschulte Mitarbeiter zur Qualitätsförderung und darüber hinaus auch zur Umsetzung von Unternehmenszielen bei (Anm. d. Verf.).

Damit Ziele in der Pflege erreicht und umgesetzt werden sind verschiedene Faktoren notwendig. Die wären unter anderem eine individuelle, patientenorientierte Versorgung, Betreuung und Beratung durch kompetente Pflegefachkräfte. Der Zielerreichungsgrad dieser Faktoren ist von der Pflegeorganisation, der Informationsweitergabe, Kommunikation und vom Wissen um den Pflegeprozess abhängig (vgl. Peters/Schär 1994, S. 248).

Die Schulung für die Qualifizierung der Mitarbeiter beinhalten folgende Punkte.

- Instruktion und Unterweisung in neue Arbeitsaufgaben
- Fachspezifische Fortbildung
- Mitarbeitermotivation zur Förderung besserer Ergebnisse
- Organisations- und Managementaufgaben (vgl. Weigert 2008, S. 186).

4.1 Qualitätsverbesserung durch kompetente Mitarbeiterschulung

Damit Krankenhäuser sich heute im Nonprofit-Bereich behaupten können, sind sie einem verstärkten Wettbewerb ausgesetzt. Sie müssen um die Zielgruppen ansprechen zu können der gewünschten Leistungsqualität gerecht werden. Durch kompetente Mitarbeiterschulung und Motivation, Training und Coaching kommt man den Ziel der Fehlervermeidung näher. Daraus erschließt sich auch eine Kostensenkung (vgl. Peinbauer/Mandl 2003, S. 7).

Da jede Organisation von „ihren“ Menschen lebt, hat eine effektive Schulung von Mitarbeitern Sinn. Qualifizierte, motivierte und leistungsbereite Mitarbeiter bringen dem Unternehmen Erfolg. Gerade das Gesundheitswesen ist auf diese Mitarbeiter angewiesen. Sie steigern das Ansehen der Organisation im internen und externen Bereich und sind für die Qualität und Effizienz am Patienten ausschlaggebend beteiligt. Die Möglichkeit der Weiterentwicklung von sozialen und fachlichen Kompetenzen erhöht die Bindung an die Organisation und sichert hiermit die Qualität und reduziert die Kosten. Hohe Fluktuationen der Mitarbeiter bringen hohe Folgekosten mit sich. Die Qualitätssicherung findet im österreichischen Bundes- Krankenanstaltenrecht (B-KAG) von 1993 ihre Begründung. Dieses Gesetz hat sich zum Ziel gesetzt Verbesserungsmaßnahmen bezüglich der Struktur, Prozess und Ergebnisqualität zu erfassen aber auch zu verbessern oder bereits erreichte zufriedenstellende Qualität zu halten (vgl. Peinbauer/Mandl 2003, S. 8f).

Ein Managementsystem kann nur dann effektiv umgesetzt werden wenn Mitarbeiter aktiv am Prozess mitgearbeitet haben. Ein Managementsystem spiegelt in der Regel die Organisation, die wichtigen Prozesse und Verfahren wider. Daher ist das Management einer Einrichtung das Spiegelbild der Ablauforganisation und das Zusammenarbeiten mit anderen Abteilungen einer Organisation. Der Aufbau die Einführung und Aufrechterhaltung eines Qualitätsmanagementsystems ist niemals von einer einzelnen Person abhängig, sondern vom gesamten Team einer Organisation, insbesondere der Personen mit qualitätsbezogenen Funktionen. Eine Grundvoraussetzung für solch ein Qualitätsmanagement ist die aktive, ehrliche Unterstützung das Vertrauen die Beratung

und die Information die die Leitung der Organisation den Mitarbeitern entgegenzubringen hat. Qualität ist immer abhängig vom Können, Wollen und Dürfen der Mitarbeiter und insbesondere von der Führung abhängig (vgl. Weigert 2008, S. 43f).

In vielen Literaturquellen ist belegt, dass die Qualitätsmessung im Gesundheitswesen viel schwieriger ist als in Industriebetrieben. Ein geeignetes Schulungsinstrument für die Motivation und die Sicherheit von Mitarbeitern ist ein wichtiges Segment für die Qualitätssicherung im Krankenhaus. Um die Qualität der Mitarbeiterschulung zu messen wurden mittels wissenschaftlicher Methoden zuverlässige Kriterien entwickelt. Hier geht es darum dass der finanzielle Aufwand sich positiv zu Relation zum Ergebnis stellt. Durch mehrere Experten muss die Evaluierung zu vergleichbaren Resultaten führen. Diese Ergebnisse müssen Vergleiche zwischen guter und schlechter Qualität ermöglichen. Eine Qualitätsentwicklung in der Mitarbeitereinschulung kann nur durch strukturiertes vorgehen von Arbeitsprozessen gewährleistet werden (vgl. Peinbauer/Mandl 2003, S. 10f).

4.2 Bedeutung des Schulungskonzeptes

Ein weiteres Ziel ist es, den einzuschulenden Mitarbeiter im Team während der Schulungsphase zu integrieren und ihm für die Zukunft die Möglichkeit einer persönlichen und fachlichen Entwicklung zu vermitteln. Ein weiterer Aspekt einer professionellen Schulung ist, den Mitarbeiter in seine Selbstverantwortung heranzuführen. Vertrauen ist ein essentieller Faktor zur Förderung von Selbstverantwortung. Mit zunehmender Kompetenz des Mitarbeiters wird auch sein Selbstvertrauen wachsen und ihm somit seinem Ziel Verantwortung zu übernehmen ein Stück näher bringen. Die innere Einstellung von Verantwortung muss vom Mitarbeiter kommen. Das Schulungskonzept sollte im Sinne der Verantwortung und Bewusstseinsbildung handeln. Entwicklungen und Innovationen werden erst durch die Motivation und Verantwortung der Mitarbeiter möglich. Daraus lässt sich erschließen warum Verantwortung für jedes Team, ob Kleingruppen oder für ein Unternehmen so wichtig ist. Gut ausgebildete Mitarbeiter sind für ein erfolgreiches Unternehmen unabdingbar daher ist es notwendig das Teamfähigkeit, Fachkompetenz und Selbstverantwortung bewusst gemacht und umgesetzt wird (vgl. Peinbauer/Mandl 2003, S. 33f).

Im Bereich der Mitarbeiterschulung stellt das Schulungskonzept ein Management- und Steuerungsinstrument dar. Das Konzept soll strukturiert geplant sein um einen erfolgreichen Beitrag zur Arbeitszufriedenheit zu leisten. Deshalb enthält ein sinnvolles Schulungskonzept regelmäßige Gespräche zwischen Lehrendem und Lernendem um den Ist-Soll-Status zu erheben, die Einhaltung der Lernzielvorgabe zu erheben und die

Schulungsphase zu reflektieren. Das hat zum Ziel die praktische Schulung zu reflektieren, damit eventuelle Schwachstellen aufgezeigt und wenn notwendig Ziele für die nächste Zeit festgelegt werden (vgl. Peinbauer/Mandl 2003, S. 44).

Aus der Sicht des Verfassers können die Mitarbeiter der urologischen Ambulanz mit ihrer fachlichen und sozialen Kompetenz das Schulungskonzept umsetzen. Die Führungskraft übernimmt hier die Aufgabe der Koordination zwischen den Abteilungen für die Einteilung der zu Schulenden Mitarbeiter. Darüber hinaus stellt sie für die Schulenden als Unterstützung zur Verfügung und holt Feedbacks von beiden Seiten ein. Um die Schulungsmaßnahmen zu evaluieren und wenn notwendig Maßnahmen zu setzen. Das Ziel der Führungskraft ist es eine kontinuierliche, erfolgreiche und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit den Abteilungen herzustellen. Somit auf längere Sicht einen optimalen fachlichen kompetenten Umgang mit dem TDK zu gewährleisten.

„Als Koordinator wird jemand bezeichnet, der etwas aufeinander abstimmt oder in Einklang bringt“ (Fremdwörterbuch, Duden 1998). Diese Definition spricht am ehesten den Vorstellungen über die zukünftige Tätigkeit des Verfassers. „Etwas aufeinander abstimmen“ beinhaltet die Aufgabe für einen gewissen Zeitraum die zielorientierten abgestimmten Arbeiten eines Teams sicherzustellen, ohne dass aufgrund von Informationsdefiziten Fehlerquellen entstehen. Von Bedeutung sind daher auch die Schnittstellen eines Arbeitsprozesses die immer im Hinblick auf das Gesamtziel der Patientenzufriedenheit zu betrachten ist. Der Patient erwartet sich eine menschliche Zuwendung verbunden mit qualitativ hochwertiger Pflege. Diese Erwartungen müssen auch im Schulungskonzept berücksichtigt werden. Mitarbeiter wünschen sich dafür entsprechende Schulungen, das heißt für die Schulenden genügend Zeitressourcen und Empathie aufzubringen umso mit der Möglichkeit eines angstfreien Lernens zu verschaffen. Diese Anforderungen können nur erfüllt werden, wenn die dazu notwendigen Rahmenbedingungen vorhanden sind und die zu erreichenden Ziele definiert wurden. Die Qualität in menschlicher sowie in fachlicher Hinsicht soll durch die Schulung gesichert werden um die Kundenbedürfnisse zufriedenstellend erfüllen zu können. Durch die steigende Motivation kann in Phasen konzentrierten Arbeitsanfalles die Stresstoleranz der Mitarbeiter höher sein. Nachweislich ist auch das kompetente Schulungen zu einer geringeren Fluktuation des Personals führt (vgl. Peinbauer/Mandl 2003, S. 38f).

Ein weiteres Ziel des Schulungskonzeptes ist es Patienten und deren Angehörige eine umfassende fachliche Beratung und Information über den transurethralen Blasenverweilkatheter und deren Ableitungssysteme zu übermitteln (Anm. d. Verf.).

Wichtig ist das die Beratungstätigkeit von Mitarbeitern wahr genommen wird. Damit einerseits die Qualität der Versorgung sichergestellt und andererseits auch der Beratungs- und Schulungsbedarf erkannt und sicher gestellt werden kann. Somit kann auf die individuellen Bedürfnisse des Patienten und deren Angehörige eingegangen werden (vgl. Deutmeyer/Thiekötter 2009, S. 210).

4.3 Implementierung des Schulungskonzeptes nach Deming

Der PDCA – Zyklus (Plan-Do-Check-Act- Zyklus) nach Deming der nach William Edward Deming (1900 – 1993) einen amerikanischen Physiker und Statistiker benannt ist wird als Problemlösungsprozess bezeichnet. Dessen Wirken hat den Stellenwert des heutigen Qualitätsmanagement weltweit beeinflusst. Sein Bestreben ist es ständigen Verbesserungsprozess in Sinne einer kontinuierlichen Verbesserung. Das Ziel einer kontinuierlichen Qualitätsverbesserung ist das Probleme erkannt werden und eine Ist – Analyse erhoben wird. Daraus resultiert die stetige Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität, wodurch auch ein dauerhaftes Qualitätsniveau erreicht wird und darauf geachtet werden muss das es dauerhaft gesichert ist. Um den kontinuierlichen Verbesserungsprozess erreichen zu können müssen im ersten Schritt die zu erreichenden Ziele festgelegt werden. Um dann mit der Planung und mit der Umsetzung des Prozesses zu beginnen. Nach der Umsetzung erfolgt die Evaluation. Hier entscheidet das Ergebnis inwieweit die Abläufe gegebenen falls auch die Ziele korrigiert bzw. optimiert werden müssen. Nach Deming wird dieser Prozess in vier Phasen den, Plan-Do-Check-Act-Zyklus (kurz: PDCA) eingeteilt (vgl. Weigert 2008, S. 58f).

Im nächsten Schritt sind die Rahmenbedingungen für den Implementierungsprozess zu Gunsten der Mitarbeiter durch die Organisation bzw. durch die Leitung herzustellen. Hier geht es um die infra-, betriebskulturellen und organisatorischen Rahmenbedingungen im Sinne einer nachweisbaren Sorgfaltspflicht herzustellen. Die Sorgfaltspflicht bezieht sich auf die Personalauswahl, Kontrolle und Überwachung. Damit der Prozess in der gesamten Pflegeeinrichtung auch qualitätsorientiert entwickelt und auch umgesetzt werden kann. Wesentlich mitentscheidend für den gesamten Implementierungsprozesses und der Aufrechterhaltung des Qualitätsmanagement ist die Führungskultur. Um den Prozess voranzutreiben und die festgelegten Ziele zu erreichen muss eine geeignete Struktur für die Einführung und Anwendung festgelegt werden (vgl. Weigert 2008, S. 44f).

Damit das Schulungskonzept implementiert werden kann, muss vorerst eine Ist – Analyse der Ausgangssituation erfasst werden. Danach können laut Deming die vier Phasen des PDCA – Zyklus beginnen. Die im folgenden Abschnitt erläutert werden (Anm. d. Verf.)

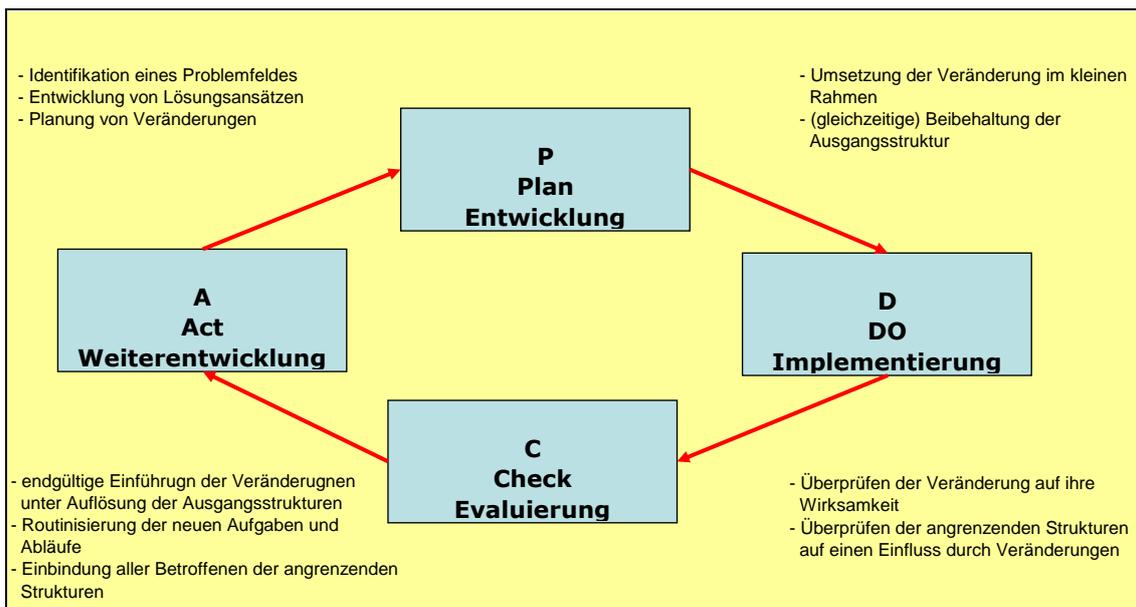


Abbildung 3: in Anlehnung an Deming [Out of crisis 1994], S. 88.

Die erste Phase des PDCA – Zyklus ist die Plan – Phase. Das bedeutet festlegen von erreichbaren Zielen und erörtern von Maßnahmen, Methoden und Strategien wie die Ziele erreicht werden können. Diese Plan – Phase beinhaltet im ersten Schritt

- Die Informationssammlung
- Erkennen von Problemen und Ressourcen
- Formulierung der Ziele
- Planung der Maßnahmen zur Lösung, Verbesserung oder Optimierung (vgl. Weigert 2008, S. 60f).

In der Praxis sieht dies folgend aus. Die Ist – Analyse hat ergeben, dass die Abteilung kein einheitliches und strukturiertes Schulungskonzept für Mitarbeiter vorliegen hat. Deshalb hat sich die Dienstführung der urologischen Ambulanz folgendes Ziel gesetzt, ein Schulungskonzept für die Mitarbeiter der urologischen Ambulanz zu erstellen. Durch dieses Schulungskonzept sollen die Mitarbeiter der urologischen Ambulanz Kompetenz und Sicherheit erhalten und dadurch Fehler im Umgang mit dem TDK vermeiden (Anm. d. Verf.).

Die zweite Phase ist die Do – Phase diese Phase steht für die Umsetzung der festgelegten Maßnahmen. Diese sieht wie folgt aus

- Die praktische Umsetzung der Maßnahmen, um die Ziele zu erreichen
- Die Qualitätsanforderungen zu erzielen
- Einhaltung des Zeitplans (vgl. Weigert 2008, S. 60).

In der Praxis sieht die Do – Phase folgend aus: Nachdem in der ersten Phase die Führung, das Schulungskonzept erstellt und den Mitarbeitern der urologischen Ambulanz vermittelt hat, wird durch die Mitarbeiter die praktische Umsetzung erfolgen (Anm. d. Verf.).

Die dritte Phase ist die Check – Phase. Die Checkphase steht für

- Überprüfung und Bewertung inwieweit die Qualitätsanforderungen erreicht worden ist
- Sind die Ziele mittels der festgelegten Methoden und Strategien erreicht worden (vgl. Weigert, S. 60)

In der Praxis ist die Check – Phase noch ausständig da das Schulungskonzept noch am Anfang der Do – Phase steht (Anm. d. Verf.).

Die letzte Phase ist die Act – Phase. In dieser Phase geht es um die Optimierung. Festlegung von zukünftiger Vorbeugungs- und Korrekturmaßnahmen im Sinne einer regelmäßigen Qualitätsverbesserung (vgl. Weigert 2008, S. 60).

Für Deming ist das wiederholen der Durchläufe des PDCA – Zyklus wichtig, da dadurch bestehende Probleme und Schwachstellen eingegrenzt und Erfahrungen aus vorhergehenden Zyklen in der Zukunft berücksichtigt werden können (vgl. Weigert 2008, S. 59).

Dem PDCA – Zyklus wäre noch hinzuzufügen wie wichtig eine Führungs- oder Managementprozess ist. Sie verhelfen der Leitung eine Organisation im Sinne des Qualitätsmanagementsystems zu steuern, zu lenken und zu leiten. Die Festlegung einer Qualitätspolitik, der Qualitätsziele, die Erfüllung der Kundenanforderungen, die Kundenorientierung und der rechtlichen Anforderungen gehört zu den Führungs- und Managementprozessen (vgl. Weigert 2008, S. 153).

Es liegt in der Verantwortung der Leitung, dass die infrastrukturellen Voraussetzungen und geeignete Arbeitsumgebung vorhanden sind. Damit die Dienstleistungsanforderungen, Kunden- und Mitarbeiteranforderungen auch erfüllt und eingehalten werden können. Damit die Mitarbeiter die Dienstleistungen in ihrem Verantwortungsbereich im Hinblick auf die Anforderungen erfüllen können, müssen sie fachlich und persönlich entsprechend Qualifikationen aufweisen. Die dafür notwendigen Fähigkeiten können im Anforderungsprofil oder in einer Stellenbeschreibung festgehalten werden. Bei Schulungsmaßnahmen ist ein Nachweis zu erbringen, dass die notwendigen Kenntnisse erworben wurden. Die Feststellung dieser Fähigkeiten könnte z.B. durch eine Bewertungssystematik anhand erreichter Arbeitsergebnisse durchgeführt werden.

Kundenzufriedenheit, Prüfergebnisse, Fehlerquoten, Feedbackgespräche mit dem Mitarbeiter oder auch Leistungskennzahlen können Grundlagen für diese Bewertung sein. Schulungskonzepte sowie fortlaufende Unterweisungen der Mitarbeiter müssen eindeutig in der gesamten Einrichtung geklärt werden und haben alle Hierarchieebenen zu betreffen (vgl. Weigert 2008, S. 186).

5 ÖKONOMISCHE ASPEKTE

Das fünfte und somit Abschlusskapitel beinhaltet die ökonomischen Grundlagen hinsichtlich Gesundheit, Gesellschaft und Management stationärer und ambulanter Ablauforganisation.

5.1 Ökonomische Grundlagen

In den letzten Jahrzehnten wurde Gesundheit in zunehmendem Maße zum Gegenstand wissenschaftlicher Überlegungen in verschiedenen Bereichen aber auch die Wirtschaftswissenschaften haben sich mit dem Gut Gesundheit ausgiebig auseinandergesetzt. Im wirtschaftlichen Sinne sollen Güter nicht in unbeschränktem Ausmaß zur menschlichen Bedürfnisbefriedigung zur Verfügung stehen. Die Verwendung derartiger Güter muss immer unter Berücksichtigung auf eine bestmögliche Befriedigung menschlicher Bedürfnisse verstanden werden. Diese Entscheidungen sollen rational getroffen werden. Das bedeutet, dass durch die Entscheidung der Wirtschaftswissenschaften diejenigen Alternativen auszuwählen sind die im Hinblick auf ein verfolgtes Ziel eine höchstmögliche Effektivität und Effizienz zu leisten verspricht. Wirtschaften setzt das Vorhandensein von Zielen voraus um Ziele effektiv umsetzen zu können. Setzt man Ziele um, ist besonders auf Rationalität und Wirtschaftlichkeit zu achten. Dieses Wirtschaftlichkeitsprinzip kann man in Minimalprinzip oder in Maximalprinzip formulieren. Unter dem Minimalprinzip das auch als Ökonomie der Kräfte bezeichnet werden kann, versteht man dass ein Ziel durch wirtschaftliches Handeln mit einem Einsatz minimaler Güter umgesetzt wird. Gegensätzlich wird beim Maximalprinzip durch Einsatz knapper Güter ein höchstmögliches Ergebnis erzielt (vgl. Peters/Schär 1994, S. 13).

Die Ökonomie hat sich zum Ziel gesetzt, knappe Ressourcen so einzusetzen dass die Versorgung der Gesellschaft optimal gedeckt ist. Ökonomische Zusammenhänge und deren Bedeutung haben sich lange Zeit z. B. auf die land- und forstwirtschaftliche Produktion und nachfolgend auf die handwerkliche und industrielle Produktion beschränkt bzw. volkswirtschaftlich etabliert. Erst in den letzten Jahren haben sich die

Dienstleistungsbereiche bzw. Dienstleistungsökonomie und insbesondere auch das Gesundheitswesen (Gesundheitsökonomie) an Bedeutung für die ökonomischen Zusammenhänge erhalten. Hierbei stellt die Kosten – Nutzen – Analyse ein wichtiges Instrument der Gesundheitsökonomie dar. Durch diese Kosten – Nutzen – Analyse lassen sich auf gesamtwirtschaftlicher Stufe Beziehungen zwischen Volksgesundheit (Verbrauchernutzen) und Gesundheitsgüterverbrauch (Produzentenkosten) sowie einzelwirtschaftlichen Handlungsweisen ableiten (vgl. Peters/Schär 1994, S. 19f).

5.2 Ökonomisierungstendenz

Der ökonomische Strukturwandel hat in den letzten beiden Jahrzehnten auch die westlichen Industrieländer im medizinischen Versorgungssystem erreicht. Es wird immer schwieriger ausgeglichen oder mit Gewinn zu bilanzieren. Eine kapitalwirtschaftliche rationale Betriebsführung ist nur dann möglich, wenn entsprechende Anpassungsstrategien in Bezug auf die Kosten bzw. die Minimierung des Ressourceneinsatzes entwickelt werden. Jede ärztliche oder therapeutische Anordnung entscheidet über Erfolg und wirtschaftliche Existenz des Unternehmens. Medizin unterliegt einer Standardisierungstendenz. Diagnosen und die daraus folgenden Behandlungen werden normiert. Im Zuge der Behandlungen werden medizinische Daten produziert, die Aufschluss über die Wirtschaftlichkeit der Behandlungen geben bzw. diese transparent machen. Die Auswertung dieser Daten lässt Rückschlüsse ob mit Gewinn oder Verlust gearbeitet wurde und sie geben Aufschluss ob Abteilungen rentabel gearbeitet haben. Auf Grund dieser Daten kann man Rückschlüsse ob Ärzte, Pflegepersonal, Diagnosen und therapeutische Anordnungen im Hinblick auf den wirtschaftlichen Aspekt richtig bzw. effizient waren. Ebenso ist eine Evaluierung dieser Abläufe möglich. Die steigende Bürokratisierung entzieht den Medizinischen- und Pflegebereich personelle Ressourcen, da mehr Personal im Verwaltungsbereich eingesetzt wird. Dadurch wird die medizinische Dienstleistung zunehmend formalisiert und Bürokratisiert (vgl. Kühn in Naegler 2008, S. 33ff).

Diese Veränderungen, Erfordernisse und Erwartungen werden in Zukunft nur zu bewältigen sein wenn sich die Betriebsführung der Gesundheitsbetriebe verändert. Erfolgreiche Maßnahmen hierfür wären ein betriebliche Gesundheitsmanagement. Damit die Mitarbeiter im Gesundheitswesen weiterhin der Anforderungen die in Zukunft auf sie zukommen werden (psychisch und körperlich) entsprechen können, brauchen sie Unterstützung des betrieblichen Gesundheitsmanagement. Diese Unterstützung ermöglicht personell qualitative Optimierung, dies wiederum den Patienten zugute kommt und somit auch das angestrebte Outcome. Eine weitere Maßnahme im personellen

Bereich wäre das Krankenhausmarketing. Das Management im Krankenhaus hat den Betrieb so zu führen, dass die Unternehmensziele erreicht werden. Durch die Umsetzung und das Erreichen von Zielen können die Bedürfnisse der Patienten besser erkannt und deren Zufriedenheit erhöht werden. Dies hat zur Folge dass die Tätigkeit der Mitarbeiter und die des Betriebes anerkannt und der Ruf des Krankenhauses gestärkt wird. Es kann festgehalten werden, dass vom ökonomischen Standpunkt aus, durch Einführung neuer Elemente im Gesundheitsbereich die Effizienz erhöht werden kann. In weiterer Folge auch eine Stabilisierung der Kosten und gleichzeitig könne auch die Erwartungen der Patienten besonders auch mit Rücksicht auf die immer älter werdenden Patienten erfüllt werden (vgl. Siffert 2008, S. 24f).

5.3 Konsequenzen und Herausforderungen für die Pflege

Seit Jahrzehnten ist die Frage der Finanzierung im Gesundheits- und Pflegewesen zunehmendes Thema bei politischen Debatten. Durch die demographische Entwicklung erhöht sich der Bedarf an Pflege- und Betreuungsangeboten, durch die Multimorbidität steigert sich der Pflegeaufwand und daraus resultiert ein erhöhter Personalaufwand. Gleichzeitig sollte im Jahre 2005 mit der Gesundheitsreform Einsparungen im Gesundheitswesen erzielt werden. Angedacht wurde ein verbessertes Naht- und Schnittstellenmanagement, eine Reduktion von Doppelgleisigkeiten bei Untersuchungen, Einsparungen in der Verwaltung und neue Organisationsformen in der Leistungserbringung. Diese Herausforderungen fordern umdenken und Veränderungen in der Pflege. In Zukunft werden Pflege- und Betreuungsteams multiprofessionell zusammengesetzt sein. Die Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen im Sinne eines funktionierenden Gesundheitswesens wird in Zukunft notwendig sein um in abgestimmter, effizienter und effektiver Art und Weise auf den Bedarf der Patienten reagieren zu können. Die Zusammensetzung des Personals soll bedarfsorientiert sein und sich nach den Gegebenheiten richten. Wichtig hierbei ist die Klärung der Handlungsfelder der verschiedenen Berufsgruppen hinsichtlich der rechtlichen Grundlagen (vgl. Siffert 2008, S. 30ff).

Zusammengefasst kann gesagt werden dass sich das Gesundheitswesen in gesellschaftlichen, medizinischen, pflegerischen und ökonomischen Strukturwandel befindet. Pflegedaten müssen gesammelt und analysiert werden. Das erfolgt durch nationale Pflegedaten im Sinne einer Pflegeepidemiologie. Damit in Zukunft die Pflege- und Versorgungsprozesse bedarfsorientiert organisiert werden. Die Aufgabenverteilung und Verantwortlichkeit muss unter den Gesichtspunkten der Patientensicherheit, Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung gelenkt werden. Welche Rollen und Aufgabe der gehobene Dienst für Gesundheits- und Krankenpflege in dieser zunehmenden

Veränderung in der Berufslandschaft übernehmen möchte ist noch offen. Der gehobene Dienst steht vor einer Richtungsentscheidung. Die rechtlichen und fachlichen Rahmenbedingungen bieten der Berufsgruppe ein breites Betätigungsfeld. Es ist zu diskutieren in welchen Umfang und Ausmaß soll der eigenverantwortliche §14, der mitverantwortliche §15 und der interdisziplinäre Tätigkeitsbereich §16 (GuKG 1997) als Teil des Berufes umgesetzt werden. In diesen Veränderungsprozess gehören alle in der Pflege tätigen Personen mit einbezogen weiteres auch die Berufsverbände, Gewerkschaften, die Bildungs- und Pflegeinstitutionen (vgl. Siffert 2008, S. 37f).

5.4 Ökonomische Sicht des Dauerkatheterwechsels

In diesem Abschnitt setzt sich der Verfasser mit der Kostenrechnung und Kostenaufstellung auseinander.

Der Begriff Kostenrechnung hat in der Betriebswirtschaft einen festen Bestandteil. Die Kostenrechnung bezieht sich auf die Berechnung von Kosten, die in einem Betrieb für die Leistungserstellung oder Erzeugung entstehen. In der Kostenrechnung werden die Kosten wie folgt zugerechnet

- Kostenarten
- Kostenstellen
- Kostenträgern (vgl. Papenhoff/Schmitz 2009, S. 68f).

Kostenartenrechnung

Bei der Kostenartenrechnung werden alle angefallenen Kosten erfasst und unterteilt. Wie z.B. Die Personalkosten und die Materialkosten. Die Personalkosten inkludieren neben den Bruttogehältern auch die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung und gegeben falls die Pensionsversicherung. Für die Materialkosten ist die Summe aller verbrauchten Materialien die im Zuge eines Prozesses verwendet wurden ausschlaggebend (vgl. Papenhoff/Schmitz 2009, S. 69).

Kostenstellenrechnung

Bei der Kostenstellenrechnung werden die Kosten auf die organisatorischen Einheiten verteilt (vgl. Papenhoff/Schmitz 2009, S. 69).

Kostenträgerrechnung

Aus der Kostenträgerrechnung resultiert das alle angefallenen Kosten die Kostenträger tragen müssen. Es gibt verschiedene Methoden wie sich die Gemeinkosten auf die

Kostenträger aufteilen lassen. Zum Beispiel das Verursachungsprinzip, Durchschnittsprinzip, Tragfähigkeitsprinzip. Verursachungsgerechte Zuordnung von Gemeinkosten sind daher mehr oder weniger ungenau. Sie werden daher gern als Umlügen bezeichnet. In der Kostenrechnung wird zwischen einer Vollkostenrechnung und einer Teilkostenrechnung unterschieden. Die Vollkostenrechnung umfasst sämtliche anfallenden Kosten eines Quartals, sie ist mit der Kostenleistungsrechnung die in vielen Firmen durchgeführt wird zu vergleichen. Die Teilkostenrechnung umfasst variable Kosten die auf Kostenträger verrechnet werden. Diese Varianten weisen Vor- und Nachteile auf (vgl. Papenhoff/Schmitz 2009, S. 70f).

Aufzeichnung von Kalkulationschemen für das Legen eines TDK mit 3 verschiedenen Varianten von Auffangsystemen

Personalkosten DGKS u. Pflegehilfe	Materialkosten zum Legen eines TDK mit <u>Beinbeutel</u>	Gemeinkosten -zuschlag	Summe
12 € pro Patient	26 €	61,63 %	60,07 €

Personalkosten DGKS u. Pflegehilfe	Materialkosten zum Legen eines TDK mit <u>Urindrainagesystem</u>	Gemeinkosten -zuschlag	Summe
12 € pro Patient	9 €	61,63 %	32,85 €

Personalkosten DGKS u. Pflegehilfe	Materialkosten zum Legen eines TDK mit <u>Katheterstopfen</u>	Gemeinkosten -zuschlag	Summe
12 € pro Patient	7 €	61,63 %	29,64 €

Tabelle: 1 bis 3: Controlling KABEG Management 2012

Abschließend kann gesagt werden dass durch eine professionelle Schulung der Mitarbeiter im Umgang mit dem TDK die zusätzlichen Kosten durch falsche Materialverwendung und Anwendung (Mehrverbrauch) niedrig gehalten werden können (Anm. d. Verf.).

6 ZUSAMMENFASSUNG

Ziel ist, das zukünftig seitens der Fachabteilungen der routinemäßige TDK Wechsel selbständig, eigenverantwortlich unabhängig von der urologischen Abteilung durchgeführt wird. Die vorliegende Arbeit zeigt einen strukturierten Weg auf, dieses Ziel mit entsprechenden Schulungsmaßnahmen nach dem Vorgehensmodell Plan-Do-Check-Act nach Deming zu erreichen. Keineswegs besteht seitens des Verfassers der Anspruch, dass dies die einzige Lösungsmöglichkeit ist, jedoch werden Methoden und Abläufe beschrieben, welche sich in der bisherigen Praxis und dem Umfeld im Klinikum Klagenfurt bewährt haben. In erster Linie ist es wichtig, sich mit den gesetzlichen Bestimmungen des GuKG auseinanderzusetzen. Erst durch die Einhaltung des hierfür benötigten § 15 im GuKG (mitverantwortlicher Tätigkeitsbereich) kann ein TDK durch die Pflege gelegt bzw. gewechselt werden. Das Schulungskonzept ermöglicht den Mitarbeitern der urologischen Ambulanz kompetente Informationsweitergabe an die zu schulenden Mitarbeitern, an die Patienten und deren Angehörige zu vermitteln. Dieses Schulungskonzept setzt sich mit dem Wissen über einen aseptischen und atraumatischen Blasenkatheterismus auseinander. Dazu gehören die Indikationen, Komplikationen, Materialien, Auffangsystemen, Katheterpflege und die Qualitätsstandards. Ein weiteres Ziel einer professionellen Schulung ist es die Zusammenarbeit zwischen den Abteilungen auszubauen um das Ergebnis im Qualitätsmanagement zu verbessern. Dies ermöglicht in weiterer Folge einen optimalen fachlichen kompetenten Umgang mit dem Blasenverweilkatheter und wenn notwendig Veränderungen der Schulungsmaßnahmen zu setzen. Damit das Schulungskonzept implementiert werden konnte musste im Vorfeld die Ausgangssituation erfasst werden. Danach wurden die vier Phasen des PDCA – Zyklus nach Deming implementiert. In der Praxis sieht dies folgend aus: Nachdem die Führung das Schulungskonzept erstellt und den Mitarbeiter der urologischen Ambulanz vermittelt hat, erfolgt durch die Mitarbeiter die praktische Umsetzung. Abgeschlossen wird das Schulungskonzept mit der Checkphase die zurzeit noch am Anfang steht. In späterer Folge geht es um die Optimierung. Festlegung von zukünftigen Verbesserungsmaßnahmen im Sinne einer regelmäßigen Qualitätsverbesserung. Das heißt die Kooperation und die Koordination zwischen den Abteilungen und deren Mitarbeitern sichert die Qualität im Umgang mit dem Blasenverweilkatheter. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass durch ein ausreichend geschultes Personal, präventive Beratungsgespräche, interdisziplinäre Zusammenarbeit, Verbesserung im Umgang mit Materialien und Verminderung des internen Krankentransportdienstes ein ökonomischer Beitrag in Form von Kosteneinsparung im Gesundheitswesen geleistet wird. Somit können die frei gewordenen Ressourcen in der Ambulanz anderwärtig genutzt werden.

7 LITERATURVERZEICHNIS

Bach,Dietmar/Brühl,Peter: Nosokomiale Harnwegsinfektionen, Prävention und Therapiestrategien bei Katheterismus und Harnwegsdrainage. 1.Auflage, Nekarsulm, Lübeck, Ulm, Jungjohann Verlag, 1995.

Boelker,Thomas/Webelhuth,Wolfgang: durch dick und dünn, Das Buch für Stomapflege und Harnableitung. 2. Auflage, Menden Druckhaus Schmücker Verlag, 2003.

Boelker,Thomas/Hegeholz,Dietmar/Webelhuth,Wolfgang: Außer Kontrolle Pflege bei Harn- und Stuhlinkontinenz. 1. Auflage, Leipzig, Tabea Noreiks – Edition Partikel Verlag, 2006.

Bölicke,Claus: Standards in der Pflege, entwickeln – einführen – überprüfen. 1.Auflage, München, Urban & Fischer Verlag, 2007.

Deutmeyer,Melanie/Thiekötter,Andrea: Herausforderungen, Trends und Potenziale im österreichischen Gesundheits- und Pflegemanagement. Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2009.

Jocham,Dieter/Müller,Kurt: Praxis der Urologie. Band 1, 2. Überarbeitete Auflage, Stuttgart Gerorg-Dieme Verlag, 2003.

Naegler,Heinz: Personalmanagement im Krankenhaus, Grundlagen und Praxis. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft OHG, 2008.

Papenhoff,Mike/Schmitz,Frank: BWL für Mediziner im Krankenhaus, Zusammenhänge verstehen – erfolgreich argumentieren. Heidelberg, Springer Medizin Verlag, 2009.

Peinbauer,Christian/Mandl,Manfred: Schulung und Coaching in der Gesundheits- und Krankenpflege. Wien, Springer Verlag, 2003.

Sönke,H.F.Peters/Schär,Walter: Betriebswirtschaft und Management im Krankenhaus. Berlin, Ullstein Mosby Verlag, 1994.

Pflege Heute: Lehrbuch und Atlas. 1. Auflage, Stuttgart Jena Lübeck Ulm, Gustav Fischer Verlag, 1998.

Sachsenmaier,Brigitte: Inkontinenz Hilfen, Versorgung und Pflege. Hannover, Schlütersche Verlagsanstalt und Druckerei, 1991.

Siffert,Petra: Handlungsfeld Pflege – was heute für morgen anzudenken ist. Wien, Facultas Verlags- und Buchhandels AG, 2008.

Schultheiss,Dirk/Rathert,Peter/Jonas,Udo: Streiflichter aus der Geschichte der Urologie. Berlin Heidelberg, Springer Verlag, 2000.

Weigert,Johann: Der Weg zum leistungsstarken Qualitätsmanagement. Ein praktischer Leitfaden für die ambulante, teil- und vollstationäre Pflege. 2. Aktualisierte Auflage, Hannover, Schlütersche Verlag, 2008.

Internet Literatur:

<http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnu...>

(21.12.2011), Gesamte Rechtsvorschrift für Gesundheits- und Krankenpflegegesetz, Fassung vom 21.12.2011