

IHRE
sprech
Frühjahr 2018
STUNDE

 **evk MÜNSTER**
Ev. Krankenhaus Johannisstift

 **lukas GRONAU**
Evangelisches Krankenhaus

MIT SICHERHEIT GESUND BLEIBEN

EIN MAXIMUM AN HYGIENE

AUS FEHLERN LERNEN

DAS CIRS-PROGRAMM HILFT

SCHNELL

ZUGEORDNET

DAS PATIENTENARM BAND



Ein Beruf mit Zukunft:

PFLEGE-AUSBILDUNG AN DEN VALEO-KLINIKEN

- Ausbildung Gesundheits- und Krankenpflege
- Ausbildung Gesundheits- und Kinderkrankenpflege (nur in Lippstadt)
- Weiterbildung Praxisanleitung
- Duales Studium Pflege (Bachelor)

Ausbildungszentrum für Pflegeberufe Lippstadt

Ausbildungsbeginn: 1. Oktober

Wiedenbrücker Str. 33
59555 Lippstadt
Tel: 02941 / 66044-00
Fax: 02941 / 66044-44
info@ausbildungszentrum-lippstadt.de
www.ausbildungszentrum-lippstadt.de



Ev. Ausbildungsstätte des Münsterlandes (EAM)

Ausbildungsbeginn: 1. April und 1. Oktober

Coerdestraße 58
48147 Münster
Tel: 0251/239389 - 0
Fax: 0251/2391797
info@eam-muenster.de
www.eam-muenster.de



Träger praktischer Ausbildung:

Ev. Krankenhaus Lippstadt
Ev. Krankenhaus Hamm

Träger praktischer Ausbildung:

Ev. Krankenhaus Hamm
Ev. Lukas Krankenhaus Gronau
Ev. Krankenhaus Johannisstift Münster gGmbH

Übernahme garantiert: Unsere Krankenhäuser in Münster und Gronau bieten ihren erfolgreichen Absolventen der Gesundheits- und Krankenpflegeausbildung einen Jahresvertrag an!

SEHR GEEHRTE LESERIN, SEHR GEEHRTER LESER,

Sie als unsere Patienten sind uns besonders wichtig. Wir arbeiten tagtäglich daran, dass Sie sich bei uns wohlfühlen und bestens versorgt sind. Gleichzeitig wissen wir auch, dass in einem so großen Betrieb wie unserem Krankenhaus Sicherheit ein maßgeblicher Faktor ist. Damit wir Ihnen davon ein Höchstmaß bieten können, haben wir viele Maßnahmen eingeführt und ergriffen, die wir stetig verbessern. Welche dies sind, erfahren Sie in dieser Ausgabe unserer „Sprechstunde“, die wir dem Thema „Patientensicherheit“ widmen. Hier erfahren Sie, wie wir Fehlerquellen ausschalten, wie sich unsere Kolleginnen und Kollegen – ganz gleich ob im OP, in der Pflege oder der Verwaltung – Gedanken darüber machen, wie wir Ihren Aufenthalt bei uns noch sicherer machen können. Und dies dann auch umsetzen, sodass Sie sich voll und ganz auf Ihren Gesundheitsprozess konzentrieren können.

Wir wissen Ihr Vertrauen in uns sehr zu schätzen und gehen damit sorgsam um.

Eine informative Lektüre wünschen Ihnen

Ihr

Michael Wermker und Jochen Brink
Vorstand der Valeo-Kliniken GmbH



INHALT



		20	DIE AUFGABEN DES ETHIKKOMITEES
		22	VORSORGEVOLLMACHT UND PATIENTENVERFÜGUNG
04	QUALITÄTSMANAGEMENT	24	SEELSORGE
06	HYGIENEVORSCHRIFTEN	26	FAMILIALE PFLEGE
08	CRITICAL INCIDENT REPORTING SYSTEM	28	ZENTRUM FÜR ALTERSTRAUMATOLOGIE UND ALTERSCHIRURGIE
10	TEAM-TIME-OUT	34	SCHWEDENRÄTSEL
14	PATIENTENARMBÄNDER	35	SUDOKU / IMPRESSUM
17	GESICHTER DES KRANKENHAUSES		



Dr. med.
Irena Kriegesmann-Rembs
Qualitätsmanagement

SICHER IST SICHER

DER PATIENT IST IM KRANKENHAUS IN SICHEREN HÄNDEN

Sicher möchte sich jeder fühlen, der ein Krankenhaus betritt, ganz gleich ob als Besucher oder, noch wichtiger, als Patient. „Das ist ein Thema, das immer mehr an Bedeutung gewinnt“, weiß dann auch Dr. med. Irena Kriegesmann-Rembs, Stabsstelle Qualitätsmanagement Valeo-Kliniken, die dafür verantwortlich ist, dass hier nicht nur perfekte medizinische Arbeit geleistet wird, sondern auch die Sicherheit der Patienten immer Vorrang hat.

Beispiele, in denen es zu Fehlern in den komplexen Abläufen im Großbetrieb Krankenhaus kommen kann, sind vielfältig denkbar. „Menschen machen Fehler, das ist normal. Wenn sie dann noch unter hohem zeitlichen Druck arbeiten, wenn es nicht nur sprichwörtlich auch einmal um Leben und Tod geht, dann lassen sich Fehler nie ganz ausschließen“, sagt Dr. Kriegesmann-Rembs und weiß gerade deshalb, dass alles dafür getan werden muss, um genau diese zu verhindern.

Beiträge, um dies zu ermöglichen und die Patientensicherheit zu erhöhen, gibt es viele. Qualitäts- und Sicherheitsvorgaben werden vom Gesetzgeber immer wieder verschärft, gleichzeitig steigt die gesetzlich verankerte Verpflichtung zur Qualitätssicherung. „Doch es gibt auch viele Maßnahmen, die wir individuell erarbeitet haben, um ein Maximum an Sicherheit zu bieten“, sagt Dr. Kriegesmann-Rembs. Das beginne bei der Einführung der Patientenarmbänder, die in jeglicher Situation eine sichere Identifikation ermöglichen. Der Einsatz der OP-Risiko-Checkliste ist allen Beteiligten sprichwörtlich in Fleisch und Blut übergegangen. Auch der sichere Umgang mit umfangrei-

chen Hygienevorschriften gehört heute zum Alltag im Krankenhaus. „Früher wurde einfach sauber gemacht. Aber heute wissen wir, dass ein Krankenhaus ein Ort ist, an dem unterschiedlichste Menschen zusammenkommen. Diese bringen Keime und Erreger mit; das lässt sich nicht verhindern. Und auf das müssen wir individuell und gleichzeitig großflächig vorbereitet sein und reagieren“, so die Ärztin. Doch es gilt nicht nur, die rechtlich gesetzten Anforderungen zu erfüllen und die selbst erarbeiteten Regeln einzuhalten. „Wir bilden uns kontinuierlich fort, um immer wieder das eigene Handeln zu hinterfragen und neue Wege zu finden, die unser Krankenhaus noch sicherer machen“, sagt Dr. Kriegesmann-Rembs. Ein stets wachsames Auge sei notwendig, um neue Risiken richtig einzuschätzen und darauf angemessen zu reagieren. „Es hat anfangs etwas gedauert, bis jeder Mitarbeitende dafür sensibilisiert war, dass die Patientensicherheit eines der wichtigen Dinge ist, die wir gewährleisten müssen. Heute ist das Bild ein ganz anderes. Checklisten kennzeichnen unseren Alltag, Hygiene spielt bei sehr vielen Handgriffen eine übergeordnete Rolle. Und natürlich gibt es auch viele rechtliche Aspekte, die zeigen, wie wichtig die Sicherheit der Patienten ist und wie sehr sich jeder einzelne Mitarbeitende darum kümmern muss“, so Dr. Kriegesmann-Rembs. Und kann doch für diejenigen, für den all das etwas bedrohlich wirkt, Entwarnung geben: „Man muss akzeptieren, dass Fehler passieren, ganz gleich, wie sehr man sich dagegen absichert, wie viel man dagegen tut, damit sich dieses Risiko minimiert. Aber es gibt, glaube ich, kaum Orte, an denen so viel für die Sicherheit der Menschen getan wird wie in einem Krankenhaus.“ ■

DIE ERREGER IM BLICK BEHALTEN

MODERNES HYGIENEMANAGEMENT ARBEITET MIT VIELEN MITTELN

JEDEN TAG WERDEN MENSCHEN INS KRANKENHAUS
EINGELIEFERT, VERLASSEN ES ODER BESUCHEN
DORT PATIENTEN. DURCH DIE VIELEN MENSCHEN
BESTEHT EIN ERHÖHTES RISIKO, DASS ERREGER,
GEGEBENENFALLS AUCH RESISTENTE ODER INFEKTIÖSE,
MIT IN DAS KRANKENHAUS GEBRACHT WERDEN.



Agnes Salomo
Hygienefachkraft
EVK Münster



Sandra Oeder
Hygienefachkraft
Ev. Lukas-Krankenhaus Gronau



Um Übertragungen zu vermeiden, arbeitet in unseren Krankenhäusern speziell ausgebildetes Hygienefachpersonal. Tag für Tag werden vielfältige Maßnahmen – von der Händedesinfektion bis hin zur Nutzung ausgefeilter Computerprogramme – angewendet, um die Sicherheit für alle zu erhöhen.

Es gibt sehr viele verschiedene Erreger. Und an einem Ort, an dem täglich viele Menschen zusammenkommen, sammeln sich naturgemäß jede Menge davon an. „Hygiene fängt daher schon an der Pforte an“, sagt Agnes Salomo vom EVK Münster. „Dabei können uns die Patienten und Besucher sogar helfen – denn die wichtigste und offensichtlichste Maßnahme ist und bleibt die Händedesinfektion. Damit sie wirkt, muss man die Hände 30 Sekunden lang feucht halten. Beim Einreiben des Desinfektionsmittels Nägel und Fingerzwischenräume nicht vergessen! Desinfektionsmittelpender stehen unter anderem in den Eingangsbereichen unseres Krankenhauses zur Verfügung.“

Im Krankenhaus selbst sorgt dann eine hohe Basishygiene dafür, dass Erreger, die mit hereingebracht werden, erst gar keine Möglichkeit finden, sich anzusiedeln oder gar auszubreiten. Etwa durch die reinigende Desinfektion von Oberflächen und häu-

figen Handkontaktflächen: „Das Personal wird eingehend und stetig geschult. Wir stellen dabei sicher, dass alle Flächen und verwendeten Materialien korrekt desinfiziert werden. Egal, ob es sich um eine Blutdruckmanschette oder die Türklinke eines Patientenzimmers handelt“, sagt Sandra Oeder vom Ev. Lukas-Krankenhaus Gronau. Da der Krankenhaushygiene in den letzten Jahren zunehmende Bedeutung zukommt, wurde im Ev. Lukas-Krankenhaus Gronau sowie im EVK Münster das Hygienepersonal gemäß den wachsenden Anforderungen und Bedürfnissen aufgestockt. Die Fachkräfte erarbeiten für alle Bereiche Hygienepläne – Richtlinien und Automatismen, die von allen einzuhalten sind – und aktualisieren diese laufend. Im digitalen Hygieneplan, quasi dem Hygienehandbuch, halten sie alles fest. Zum Beispiel Informationen über einen bestimmten Erreger und Handlungsanweisungen, wie mit ihm umzugehen ist. Dieser Hygieneplan ist allen Mitarbeitenden zugänglich und kann von jedem Arbeitsplatz aus eingesehen werden. „Außerdem halten wir durch Schulungen die Kolleginnen und Kollegen aus allen Teams auf dem neuesten Stand“, ergänzt Sandra Oeder.

„Modernes Hygienemanagement ist aber noch viel mehr: Im Hintergrund greifen vielfältige Vorsorgemaßnahmen ineinander. Wir haben sogar Computerprogramme, die festhalten, welcher Patient mit welchem Erreger sich gerade in welchem Teil des Krankenhauses aufhält“, erklärt Sandra Oeder. „Bei der Nutzung dieser Programme für die Aufzeichnung und Bewertung von Erregernachweisen arbeiten wir nach den Richtlinien des Robert-Koch-Instituts und achten natürlich auf die Vorgaben der jeweiligen Fachkommission. Jede Verlegung eines Patienten mit Erregernachweis innerhalb des Krankenhauses lässt sich so verfolgen – wir wissen also genau, wer mit welchem Erreger sich wann wo befindet.“ Denn heutzutage werden die meisten Patienten schon bei der Aufnahme ins Krankenhaus auf Erreger gescreent –, also routinemäßig untersucht – wobei besonderes Augenmerk den resistenten oder infektiösen Keimen gilt, die sie möglicherweise mitbringen. So kann man gegebenenfalls jemanden von vornherein zum Schutz vor Übertragungen einzeln unterbringen. Das Screening hat aber auch den Vorteil, dass man Patienten etwa vor einer Operation, die nicht unbedingt dringend ist, je nach Erreger erst noch sanieren kann, sprich: ihren Keim beseitigen, um so das Gesundheitsrisiko für den Patienten selbst und seine Umgebung zu vermindern. „Für uns im Krankenhaus steht die Sicherheit unserer Patienten, Besucher und Mitarbeiter an erster Stelle“, sagen Agnes Salomo und Sandra Oeder. „Wir wissen, dass wir die Sensibilität für Erreger und Keime dauerhaft bei unseren Mitarbeitern aufrechterhalten müssen. Durch regelmäßige Schulungen und Gespräche mit den Kollegen auf den Stationen sind wir davon überzeugt, die geeigneten Maßnahmen zu treffen, damit alle gleichermaßen zur Erhaltung der erforderlichen Sicherheit beitragen.“ ■

CIRS – AUS FEHLERN LERNEN

VIER BUCHSTABEN – GROSSE WIRKUNG: **CIRS**, DAS STEHT FÜR **CRITICAL INCIDENT REPORTING SYSTEM**, EIN BERICHTSSYSTEM FÜR KRITISCHE EREIGNISSE UND BEINAHE-FEHLER. DAS ANONYME SYSTEM ERMÖGLICHT DIE EINFACHE ERFASSUNG VON KRITISCHEN EREIGNISSEN UND HILFT ZU VERHINDERN, DASS SOLCHE EREIGNISSE ERNEUT AUFTRETEN UND ZUM SCHADEN VON PATIENTEN FÜHREN.

Warum ist ein solches System so wichtig? Fehler geschehen überall dort, wo Menschen arbeiten. Wichtig ist jedoch, Fehlermöglichkeiten frühzeitig zu identifizieren und Wiederholungen oder schwerwiegende Auswirkungen zu verhindern. Entstanden ist das Meldesystem aus der Analyse von Zwischenfällen in der US-Navy während des Zweiten Weltkrieges und aus der Beobachtung des amerikanischen Pioniers der Arbeitssicherheit Herbert Heinrich (1886–1962), dass auf jeden schweren Arbeitsunfall 29 leichte und 300 Beinahe-Unfälle kamen. Er schlussfolgerte daraus, dass die Vermeidung der Beinahe- und der leichten Unfälle auch die schweren Unfälle verhindern könnte. Da setzt das CIRS an, indem es leichte Zwischenfälle, die nicht zur Schädigung des Patienten geführt haben, erfasst, um den schweren Zwischenfall und womöglich eine Schädigung des Patienten zu verhindern.

Wie funktioniert das nun genau? Nehmen wir ein Beispiel: Medikamente werden häufig in ähnlich oder fast gleich aussehenden Verpackungen angeliefert. Kommt es hierdurch beinahe zu einer falschen, beispielsweise falsch dosierten Medikamentengabe, kann jeder Mitarbeitende dieses Ereignis in das CIRS im Intranet melden.

„Die Eingabe ins CIRS ist von jedem Computer im Haus möglich“, berichtet Birgit Boshe-Plois vom Ev. Lukas-Krankenhaus Gronau. „Ganz wichtig ist dabei, dass der Meldende immer anonym bleibt, denn nur so kann er sich darauf verlassen, dass seine Meldung im CIRS sicher sanktionsfrei bleibt.“

Alle Meldungen werden zunächst daraufhin überprüft, ob sie wirklich anonym sind, „auch die Nennung von Namen von Mitarbeitenden ist nicht zulässig“, so Veronika Hoffkamp, Qualitätsmanagementbeauftragte und stellvertretende Pflegedienstleiterin im Evangelischen Krankenhaus Johannisstift Münster. Denn „auch jeder Mitarbeitende, dem ein kritisches Ereignis widerfährt, soll sich sicher sein können, dass er deswegen nicht bestraft wird“. Ziel des Systems ist nämlich nicht die Bestrafung von Mitarbeitenden, sondern die Identifikation von Maßnahmen, die das Auftreten eines Patientenschadens verhindern können, letztlich also die Steigerung der Sicherheitskultur in einem Krankenhaus.

Gehen wir noch einmal zurück zu unserem Beispiel. Das CIRS-Team – das ist eine berufsgruppen- und fachübergreifende Arbeitsgruppe, die die CIRS-Meldungen

bearbeitet – wird nun die Meldung analysieren und sie so aufbereiten, dass der Fehler möglichst nicht mehr auftreten kann. Im genannten Beispiel geschieht das sinnvoll zusammen mit der Krankenhausapotheke. Ein Ansatz, eine Verwechslung mit nachfolgendem Patientenschaden zu verhindern, könnte zum Beispiel sein, Medikamente in unterschiedlicher Dosierung von unterschiedlichen Herstellern zu beziehen, dann sehen die Verpackungen unterschiedlich aus und die Verwechslung geschieht nicht so leicht. Oder man nimmt direkt Kontakt zum Hersteller auf, damit dieser die Verpackungen ändert.

So führte der Beinahe-Fehler bei einem Patienten dazu, dass die Medikamenten-

verpackung geändert wurde und die Medikamentengabe für alle Patienten sicherer wird. „Und genau das ist der Sinn von CIRS: Beinahe-Fehler so zu analysieren und zu bearbeiten, dass keine schwerwiegenden Fehler mehr auftreten können.“

Jeder Meldende kann übrigens das Ergebnis seiner CIRS-Meldung mithilfe einer Nummer im Intranet nachverfolgen und so seinen Beitrag zur Patientensicherheit erkennen. Das fördert natürlich die Motivation, weitere Beinahe-Fehler und kritische Ereignisse zu melden.

Die Anonymität und die Sanktionsfreiheit machen es jedem Mitarbeitenden leichter, auf potenzielle Fehlerquellen hinzuweisen



Veronika Hoffkamp
Stellv. Pflegedienstleitung,
Beauftragte für
Qualitätsmanagement
EVK Münster



Birgit Boshe-Plois
CIRS-Managerin, Fachschwester
für Psychiatrie, Leitende
Praxisanleiterin, Vorsitzende
der Mitarbeitervertretung
Ev. Lukas-Krankenhaus Gronau

und so die Sicherheit der Patienten zu steigern. Das macht CIRS zu einem wichtigen Instrument des Qualitätsmanagements und der Patientensicherheit, denn jeder weiß, dass Fehler passieren können: aber eben möglichst nur einmal. ■

PATIENTENAUFLIEBER
Max Mustermann

STATION

OP-DATUM 27.11.17

OP-CHECKLISTE

SCHLEUSE

Bestätigung durch Patient mittels aktiver Abfrage:
 • Identität
 • Seite
 • Operation

Patientenarmband vorhanden und korrekt?
 Einverständnis

Unterschrift (Schleusenpersonal)

TEAM-TIME-OUT

Antibiotikaprophylaxe erhalten?
 Ja
 Nein

Bilder einsehbar?
 Ja
 Nein

Lage
 Vorsicht

OP-ENDE

Vor Hautverschluss
 Zählkontrolle vollständig, nach Standard?
 Ja Nein

Präparat geborgen?
 Ja Nein

Technische Probleme / Besonderheiten, die zu lösen sind?
 Ja Nein

Unterschrift OP-Pflege

Hautverschluss
 Operation, ggf. postoperative Nachbehandlung
 Lesung mit dem

Protokoll mit
 fehlung gestartet
 ausgefüllt

erreicht

Unterschrift (Arzt)

Unterschrift (Anästhesist)

Unterschrift (Arzt oder Operateur)

CL-2051-0

DAS KURZE INNEHALTEN

TEAM-TIME-OUT IM OPERATIONSSAAL

DAS PROZEDERE ERINNERT AN DIE ARBEIT IM COCKPIT: GEWISSENHAFT WIRD DIE CHECKLISTE DURCHGEGANGEN, DER EINE LIEST VOR, DER ANDERE NICKT, DER PUNKT WIRD ABGEHAKT UND WEITER GEHT ES MIT DER NÄCHSTEN FRAGE. DOCH DIESE CHECKLISTE LIEGT NICHT ZWISCHEN HÖHENRUDER UND SCHUBHEBEL, SONDERN DIREKT IM OPERATIONSSAAL. ▶



„Wir arbeiten schon länger mit einer ausgefeilten OP-Checkliste, die uns dabei hilft, dass bei Routineabläufen keine Details vergessen werden und Verantwortlichkeiten sowie Aufgabenverteilungen klar und eindeutig geregelt sind“, sagen Dr. Koch und Dr. Nöschel, Chefärzte der Chirurgie am EVK Münster, die für die Patientensicherheit im Bereich der Operationssäle verantwortlich sind. Immer dann, wenn es um alltägliche Routine geht, schleiche sich irgendwann das Gefühl ein, dass man doch dieses oder jenes nicht mehr kontrollieren müsse, weil man es ja schon so häufig getan hat. „Und genau das ist unser Ansatzpunkt. Es ist nicht immer richtig, sich auf Selbstverständlichkeiten zu verlassen. Jedes Detail ist an jedem Tag wieder neu wichtig. Damit das auch wirklich so ist, muss die Checkliste von oben bis unten

abgearbeitet werden – ohne Wenn und Aber“, erklärt Dr. Nöschel seinen Kollegen immer wieder. Die arbeiten mittlerweile nicht nur mit dieser sehr detaillierten Liste, sondern finden sich auch vor jeder Operation zu einem sogenannten Team-Time-out im OP zusammen. Auch dieses Instrument soll helfen, Fehler, die nicht aufgrund von mangelndem Wissen, sondern weitaus öfter aufgrund von mangelnder Kommunikation und Koordination oder Zeitdruck und Unaufmerksamkeit entstehen, zu vermeiden.

„Man darf sich das natürlich nicht so vorstellen, als wenn alle Beteiligten plötzlich die Arbeit einstellen und um den OP-Tisch herumstehen“, sagt Dr. Nöschel. Es gehe vielmehr darum, sich noch einmal zu sammeln, zu fokussieren auf die Aufgabe, die

gleich auf jeden Einzelnen zukomme. Das sogenannte Team-Time-out bildet dabei die letzte Sicherheitsstufe, die vor dem operativen Eingriff zu beachten ist. Dabei wird in mehreren Stufen wiederholt von allen an der Operation beteiligten Mitarbeitern anhand einer Checkliste

- **der Patient identifiziert,**
- **der Eingriff mit seinen Besonderheiten kurz besprochen,**
- **der Eingriffsort nochmals wiederholt und bestätigt,**
- **die Vollständigkeit der benötigten Instrumente und ggf. Implantate geprüft.**

Dies erfolgt bereits bei Übernahme in den OP durch die Anästhesiepflegekraft und erneut durch den Anästhesisten unmittelbar vor der Narkoseeinleitung beim noch

wachen Patienten durch Befragung und parallelen Abgleich mit den vorliegenden Einwilligungsdokumenten. Vor dem ersten operativen Hautschnitt werden ein letztes Mal die besagten Punkte – diesmal im Team mit den Kollegen der operativen Fachdisziplinen – erörtert bzw. abgesichert. Das Chirurgenmesser ist so lange noch durch eigens dafür angefertigte Metallschilder verdeckt, sodass niemand es zur Hand nehmen und mit der OP beginnen könnte. Erst wenn das gesamte Prozedere abgspult ist, beginnt die eigentliche Operation. „Das klingt vielleicht nach vielen Wiederholungen und manch ein Patient mag sich wundern, wieso er mehrmals das Gleiche gefragt wird. Aber genau das ist das Prinzip des Team-Time-outs: Wir wollen uns maximal absichern, verlassen uns nicht darauf, dass eine Kollegin oder ein Kollege gefragt



Dr. med. Andreas Koch
Chefarzt, Facharzt für Chirurgie,
Viszeralchirurgie, Spezielle
Viszeralchirurgie, Proktologie
EVK Münster



Dr. Stefan Nöschel
Chefarzt der Klinik für Orthopädie,
Unfall- und Handchirurgie
EVK Münster

hat, sondern spannen hier doppelte Sicherheitsnetze, um das Fehlerrisiko möglichst bei null zu halten“, sagt Dr. Koch.

Diese Maßnahme stelle eine weitere Stufe zum Ausschluss möglicher Verwechslungen hinsichtlich des operierten Patienten bzw. des operativen Eingriffs dar und gleiche zusätzlich nochmals den Informationsstand im gesamten Team ab – auch hinsichtlich

möglicher bzw. zu erwartender Komplikationen. Und erinnert am Ende dann doch wieder daran, wie im Flugzeug-Cockpit gearbeitet wird. „Vor vielen Jahren hatte uns die Luftfahrt sicherlich etwas voraus. Heute aber müssen wir uns in unserem Sicherheitsdenken nicht verstecken“, so die beiden Chirurgen. ■



SICHERHEIT AM HANDGELENK

PATIENTENARMBÄNDER
BERGEN WICHTIGE INFORMATIONEN

Manch ein Patient guckt ein wenig irritiert, wenn er zu Beginn seines Krankenhausaufenthaltes gebeten wird, sein Patientenarmband anzulegen. „Es ist so, dass wir die Patientensicherheit in vielen Belangen mithilfe des Patientenarmbandes deutlich erhöhen können“, sagt Veronika Hoffkamp, Qualitätsmanagementbeauftragte und stellvertretende Pflegedienstleiterin im Evangelischen Krankenhaus Johannisstift Münster. So sei es heute in vielen Krankenhäusern ein gewohntes und längst nicht mehr ungewöhnliches Bild, dass alle Patienten ein solches Armband tragen. „Man gewöhnt sich sehr schnell daran, weil es sich noch viel leichter als eine Uhr trägt.“ Nach wenigen Stunden merke der Patient meist gar nicht mehr, was für ein wichtiges Band sein Handgelenk locker umschließt.



Wie wichtig es ist beziehungsweise sein kann, zeigt sich in vielen Bereichen des Krankenhauses. Ob auf der Station, im OP oder bei der Blutabnahme: Das Armband hilft, Verwechslungen zu vermeiden – vor allem bei Patienten, die sich aufgrund einer Narkose oder einer anderen Ursache nicht mitteilen können.

Verzeichnet ist auf den Identifikationsarmbändern neben Namen und Geburtsdatum auch die im Krankenhausinformationssystem geführte Patientennummer. „Dadurch ist es uns möglich, im Notfall sehr schnell und sicher reagieren zu können“, sagt Veronika Hoffkamp und nennt ein Beispiel: „Es kommt immer mal wieder vor, dass ein Patient beim Gang über den Flur

einen Schwächeanfall erleidet, vielleicht sogar nicht mehr oder nur eingeschränkt ansprechbar ist. Das kann jedem passieren – und gerade in dieser Situation ist das Patientenarmband für uns so wichtig, weil die Kolleginnen und Kollegen dann sofort auf einen Blick erkennen, wer hier Hilfe benötigt.“ Selbstverständlich ist das Patientenarmband antiallergen und wasserfest, sodass es niemanden in seinem Krankenhausalltag beeinträchtigt.

Besonders wichtig ist eine solch schnelle Identifikationsmöglichkeit bei Demenzpatienten. Doch auch im OP muss man Patienten, die durch die Narkose nicht ansprechbar sind, sicher zuordnen können. „Es ist für uns ganz einfach geworden.

Früher hat man hier auf kleine Zettel am Bett geblickt oder die Patientenakte gesucht. Verwechslungen waren da nie ganz ausgeschlossen. Dieses Risiko wurde jetzt durch die Anschaffung der Patientenarmbänder deutlich minimiert“, sagt Veronika Hoffkamp zu einem System, das mit sehr einfachen Mitteln eine wichtige Wirkung erzielt.

So einfach, wie das Patientenarmband angelegt wird, ist es auch zum Ende des Krankenhausaufenthaltes wieder entfernt: Ein Schnitt mit der Schere, und das Armband ist Geschichte. Und der Patient kann sich zu hundert Prozent darauf verlassen, dass die Armbänder nach datenschutzrechtlichen Bestimmungen und Grundsätzen vollständig entsorgt werden. ■

– Anzeige –

Auch Lieferservice „Essen auf Rädern“!



WIVO
Wirtschafts- u.
Versorgungsdienst

» Partyservice & Event-Catering «

Ihre Feier – ein voller Erfolg!

Full Service nach Ihren Wünschen:
Sie wählen Speisen und Getränke,
wir sorgen für den Service von A bis Z.

Feiern für
20–5.000
Personen

Telefon (02 51) 27 06-286

valeo-KLINIKEN
Evangelische Krankenhäuser

WIVO Wirtschafts- und Versorgungsdienst GmbH Niederlassung Münster

Wichemstr. 8 | 48147 Münster
kueche@evk-muenster.de
www.wivo-hamm.de

Ganz nach Ihrem Geschmack

Frische Zutaten und aromatische Zubereitung stehen bei unserem Catering immer an erster Stelle. Unabhängig von der Größe der Feierlichkeit, ob 20, 1.000 oder 5.000 Gäste, perfekt soll die gastronomische Verpflegung allemal sein. So ist die Basis für ein tolles Fest gegeben, so kann das Geschäfts-Event perfekt gelingen. Ob Schulung, Messe oder Firmenjubiläum, lehnen Sie sich zurück. Wir bringen, wenn gewünscht, das komplette Equipment mit und können auch Servicekräfte, Köche und Barkeeper zur Verfügung stellen. Unser kulinarisches Portfolio lässt keine Wünsche offen: Raffiniertes, Feines, Rustikales, Exotisches oder Klassisches?

Die Gerichte, die Zusammenstellung der Menüabfolge oder die Kombination des Büfets, das alles geschieht in Abstimmung mit Ihnen, nach Ihrem Geschmack.

Testen Sie uns doch mal eine Woche gratis*



WIVO
Wirtschafts- u.
Versorgungsdienst

» ESSEN AUF RÄDERN «

Wir liefern – Sie genießen. Täglich frisch in Münster und Umgebung
(auch Sonder- und Diätkost)

Telefon (02 51) 27 06 - 286

6,80 €
(Sonn- u. feiertags
1,00 € Aufschlag)

* für Neukunden bei einer Mindestlaufzeit von 1 Monat.

valeo-KLINIKEN
Evangelische Krankenhäuser

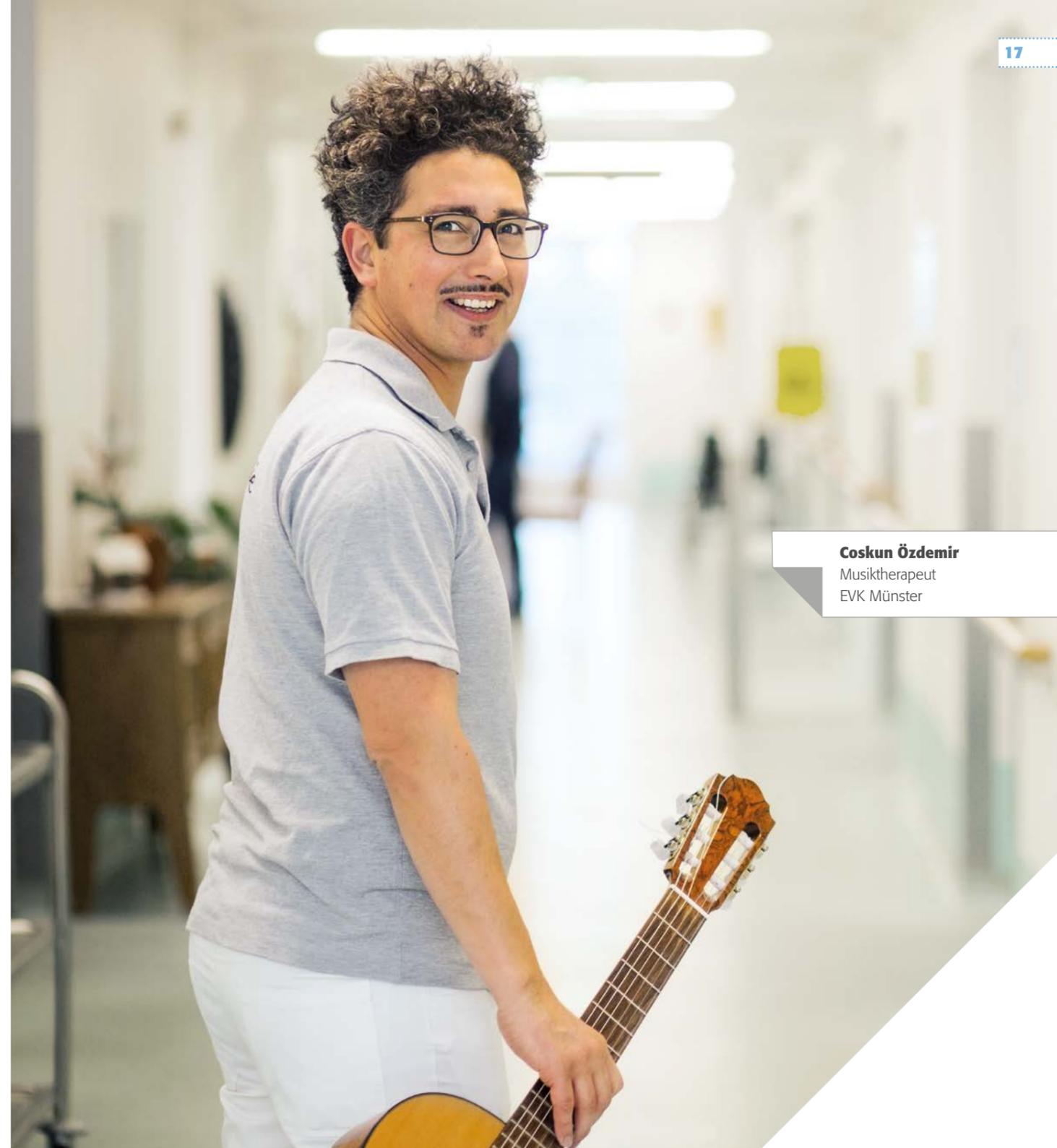
WIVO Wirtschafts- und Versorgungsdienst GmbH Niederlassung Münster

Wichemstr. 8 | 48147 Münster
kueche@evk-muenster.de
www.wivo-hamm.de

Schon seit dem Jahr 2002 bietet die WIVO diesen Service, und da Qualität, Service und Preis stimmen, ist dieses Angebot über die Stadtgrenzen von Hamm hinaus bekannt. Das Essen für diesen kulinarischen Service wird bei der WIVO jeden Tag frisch zubereitet, heiß in für Mikrowellen geeignete Einwegschalen verpackt, mit einer Siegelolie verschweißt und zusammen mit einem Dessert auf den Weg gebracht.

Als lokaler Anbieter für die Stadt Hamm kennt die WIVO die Bedürfnisse ihrer Kundschaft. Wir reagieren schnell und sind sehr flexibel: Bis morgens 09:00 Uhr können noch Bestellungen eingehen bzw. kann eine Bestellung rückgängig gemacht werden. Unsere Kunden bekommen jede Woche für die Folgewoche einen Speiseplan mit drei unterschiedlichen Gerichten, wobei immer ein vegetarisches Gericht im Angebot ist. Steht Fleisch auf der Speisekarte, so ist immer auch ein Gericht ohne Schweinefleisch dabei. Außerdem kann der Kunde zwischen einer ganzen und einer halben Portion wählen. Sonderkostformen? Pürierte Kost? Das ist für die WIVO kein Problem! Bei Menschen mit Handicap werden auch Mahlzeitvorbereitungen wie z. B. das Bedienen der Mikrowelle oder das Zerschneiden der Speisen von den WIVO-Fahrern übernommen. Somit ist der Lieferservice „Essen auf Rädern“ auch ein wichtiger sozialer Dienst für viele unserer Mitbürger in Hamm geworden.

Genießen Sie unser Menü in den eigenen vier Wänden. Die WIVO wünscht „Guten Appetit!“



Coskun Özdemir
Musiktherapeut
EVK Münster

MUSIKTHERAPEUT COSKUN ÖZDEMİR

ER BRINGT SEINEN PATIENTEN
LEBENSQUALITÄT UND FREUDE ZURÜCK ▶



Wenn Coskun Özdemir mit seiner Therapiegruppe „Hoch auf dem gelben Wagen“ anstimmt, dann sind alle begeistert. Gerade die älteren Patienten singen fröhlich mit und geben mit den Rhythmus-Instrumenten, die ihnen der Musiktherapeut vom EVK Münster gerade in die Hand gegeben hat, den Takt an. „Die Musiktherapie soll ja dazu beitragen, dass es unseren Patienten besser geht“, sagt der 37-Jährige. „Was ich ihnen als Erstes sage, ist: Sie brauchen keine Vorkenntnisse, und das hier ist kein Unterricht. Eine Grundmusikalität und die Fähigkeit, sich rhythmisch zu synchronisieren, hat nämlich jeder.“ Das macht eine Menge Spaß, und genau so soll es sein, aber das ist nur ein Aspekt seiner vielfältigen Arbeit.

Die Zielgruppe im EVK ist sehr heterogen. Es gibt palliative Patienten mit z.B. einer Krebserkrankung, denen die Klänge guttun, wo einer teils unaussprechbaren Emotion ein Rahmen und eine Ausdrucksmöglichkeit gegeben wird. Menschen nach Schlaganfall, von denen sich einige zwar nicht verständigen können – aber wenn sie Musik hören, wippt plötzlich der Fuß mit, es entsteht Kommunikation und sozialer Kontakt. „Ein Patient mit Altersdepression wünscht sich

vielleicht, dass wir uns zusammen seine Lieblingsstücke anhören, den Swing aus seiner Jugendzeit. Ich habe eine kleine mobile Lautsprecherbox, die ich überall mit hinnehmen kann. Der Patient gibt dann selbst vor, welche Musik er hören möchte. Das kann Klassik sein, Jazz, Schlager, hier geht es nicht um den Musikgeschmack des Musiktherapeuten, sondern um den Erinnerungswert zum einen und die emotionale Wirkung zum anderen.“ Und alle zwei Wochen startet am EVK Münster eine neue Gruppe Patienten mit der Multimodalen Schmerztherapie, bei der chronische Schmerzen mit einer individuellen Kombination aus verschiedenen Therapien behandelt werden – die Musiktherapie ist eine davon. Neben der passenden Medikation geht es auch um persönliche Bewältigungsstrategien, um mit dem Schmerz besser umzugehen. Dabei stellen viele fest, dass sie vorübergehend ihre Schmerzen vergessen, wenn sie Musik hören oder selbst die alten Hits mitsingen. Coskun Özdemir: „Zudem bietet die Musiktherapie Methoden, um in musikalischen Improvisationen Alltags- und Schmerzbewältigung hörbar zu machen und gewahr zu werden.“

Wieder daheim, kramen manche den alten Plattenspieler aus dem Keller. Andere beginnen vielleicht doch noch, ein Instrument zu lernen, wozu sie ein Leben lang nicht gekommen sind. Oder sie nehmen die Konzert- und Opernbesuche wieder auf, die sie der Schmerzen wegen aufgegeben hatten. Coskun Özdemir: „All dies ist ein Stück Lebensqualität und hilft so manchem dabei, wieder auf die Beine zu kommen.“

Nach der Schule konnte Coskun Özdemir sich nicht entscheiden, ob er Musik oder Psychologie studieren sollte. „Die Musiktherapie war dann die Schnittmenge“, lacht er, „ich verstehe die Musik als Werkzeug innerhalb eines psychotherapeutischen Settings.“ Der gebürtige Emsdettener hat in den Niederlanden studiert und nebenbei auch fließend die Sprache gelernt. Er war zunächst freiberuflich tätig, unter anderem in der Musiktherapie mit Kindern, in der forensischen Abteilung eines Gefängnisses, im Hospiz und im EVK. Erst seit Kurzem hat er eine feste Anstellung im EVK. Sein Schwerpunkt sind die älteren Patienten, der Bereich Palliativarbeit und chronische Schmerzen. Er ist mittlerweile seit zehn Jahren hier und hat sich für seine geriatrischen Patienten



die Volkslieder beigebracht, mit denen sie aufgewachsen sind. Nebenher arbeitet er auch freiberuflich als Therapeut und ist in der Münsteraner Szene bekannt als vielseitiger Musiker auf verschiedenen Instrumenten. Er begleitet orientalische Märchenabende, spielt in verschiedenen Formationen – die größte ist die Funk-Fusion-Kapelle „SNAKATAK“ –, komponiert Theatermusik und tritt als Gast bei den Zucchini Sistaz oder in der Adam-Riese-Show auf.

Bei der Musiktherapie ist es nicht geblieben: Inzwischen hat der zweifache Familienvater eine Weiterbildung zum Neurologischen Musiktherapeuten absolviert – „das passt gut, denn im Gegensatz zum psychotherapeutischen Ansatz der Musiktherapie ist das eine eher ‚funktionale Therapie‘, etwa für Parkinson-Patienten“ – und noch den

Heilpraktiker der Fachrichtung Psychotherapie draufgesattelt. Aktuell schreibt er an seiner Masterarbeit. „2016 habe ich begonnen, nebenberuflich doch noch Psychologie zu studieren. Die TU Chemnitz hat eine Spezialisierung, die perfekt passt: Klinische Gerontopsychologie, also die Psychologie des alten Menschen. Mit den Kursen und Prüfungen bin ich schon durch. Die Masterarbeit wird nun eine Evaluationsstudie unserer Multimodalen Schmerztherapie am EVK. Ich bin schon gespannt auf die Ergebnisse und bin sicher, dass sie unserer Arbeit mit den Patienten sehr nützlich sein werden.“

Aktuell ist der zweifache Familienvater in Elternzeit und dankt den Musiktherapeutinnen Britta Sperling und Agnes Brazsil, die sich während dieser Zeit im EVK um die Patienten kümmern. ■



ENTLASTENDE GESPRÄCHE

ETHISCHE FALLBESPRECHUNGEN SORGEN FÜR GEWISSHEIT

Es gibt Situationen im Klinikalltag, in denen unklar ist, ob die therapeutischen Maßnahmen noch dem Willen des Patienten entsprechen. Für die behandelnden Ärzte kann es dann hilfreich sein, die eigene Einschätzung mit anderen Sichtweisen aus dem Behandlungsteam in den Dialog zu bringen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen. Im EVK Münster werden solche Ethischen Fallbesprechungen von ausgebildeten Moderatoren begleitet.

Ganz gleich, ob es sich nun um Patienten, Angehörige oder die Mitglieder im therapeutischen Team handelt – jeder an einer Behandlung Beteiligte kann im Verlauf einer Therapie die Empfindung haben, dass die Behandlung nicht mehr adäquat ist. Lässt sich die ausdrückliche Zustimmung nicht durch den Patienten selbst oder einen von ihm bevollmächtigten Vertreter einholen, so kann es dazu kommen, dass der mutmaßliche Wille des Patienten durch eine Ethische Fallbesprechung ermittelt werden muss. Hierfür werden alle an einer konkreten Behandlung Beteiligten eingeladen, um ihre Wahrnehmungen und Beurteilungen zu sammeln und Handlungsempfehlungen für den Patienten unter Berücksichtigung seines mutmaßlichen Willens zu finden. „Es geht darum, das Krankheitsbild und den Patienten aus verschiedenen Blick-

winkeln und in der ganzen Komplexität zu erfassen. Daher nehmen an den Gesprächen neben Ärzten und Pflegenden über Therapeuten bis hin zu Seelsorgern und Sozialdiensten all jene Berufsgruppen teil, die mit der Behandlung des Patienten vertraut waren und sind, sowie auch Angehörige bzw. Betreuer“, erklärt Thomas Groll, der bereits seit der Gründung im Jahr 2011 im Ethikkomitee des EVK Münster ist.

Auf Grundlage der Patientenverfügung, früherer mündlicher Äußerungen des Patienten oder Aussagen von Angehörigen wird ein psychosoziales und spirituelles Patientenbild zusammengetragen, das anschließend mit den medizinischen und pflegerischen Gesichtspunkten abgeglichen wird. Hieraus erarbeitet das interdisziplinäre Team einen Handlungskonsens, der in Form einer Handlungsempfehlung kommuniziert und in der Patientenakte hinterlegt wird. „Die Umsetzung der Empfehlung und die Handlungsentscheidung obliegen aber immer dem behandelnden Arzt“, betont der Vorsitzende des Komitees, der jedoch in all den Jahren nur ein einziges Mal miterlebt hat, dass ein Arzt sich gegen die Empfehlung entschieden hat. „Es war gleichzeitig das einzige Mal, dass der behandelnde Arzt selbst nicht am Gespräch teilgenommen hatte“, fügt Herr Groll hinzu und betont die entlastende Wirkung einer Ethischen Fallbe-

sprechung für alle Beteiligten: „Von den Ärzten über die Pfleger bis hin zu den Angehörigen werden alle ein Stück weit von dem Entscheidungsdruck entlastet. Weil jeder, losgelöst von der Hektik des Alltags und auf Augenhöhe, seine fachlichen und menschlichen Eindrücke vom Patienten in die Runde mit einbringen kann.“

Obgleich die ausgebildeten Moderatoren nicht zwangsläufig Mitglied im Ethikkomitee sein müssen, finden sich hier doch Vertreter aus allen Bereichen des Krankenhauses. „Wir sehen uns als Ohren und Sprachrohr für Beschäftigte, Patienten sowie deren Angehörige und befassen uns mit der Wahrnehmung, Thematisierung und Lösung ethischer Fragestellungen im klinischen Alltag“, betrachtet der Pfarrer und Seelsorger am EVK Münster die Verbesserung der Patientenversorgung als eine zentrale Leitidee des Ethikkomitees. Neben der Ethischen Fallbesprechung befassen sich die Mitglieder auch mit Themen wie Sterbehilfe zwischen Professionalität und Illegalität oder dem Umgang mit Blutprodukten bei den „Zeugen Jehovas“. Darüber hinaus bietet das Komitee allen Patienten eine kostenlose Beratung zur Erstellung einer Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung an. ■



Thomas Groll
Pfarrer und
Krankenhauseelsorger
EVK Münster

VORSORGEVOLLMACHT UND PATIENTENVERFÜGUNG – AN ALLES GEDACHT?

ALTER, KRANKHEIT, UNFALL –
UND AUF EINMAL KANN MAN NICHT
MEHR FÜR SICH SELBST SORGEN.
WER TRIFFT DANN NOTWENDIGE
ENTSCHEIDUNGEN? WER REGELT
BEHÖRDENGÄNGE UND BANKAN-
GELEGENHEITEN? WER ENTSCHIEDET
ÜBER MEDIZINISCH NOTWENDIGE
MASSNAHMEN?

Für den Fall, dass ein Mensch aufgrund psychischer oder körperlicher Krankheiten nicht mehr in der Lage ist, seine Angelegenheiten selbst zu organisieren, bestellt das Betreuungsgericht einen Betreuer. Viele nehmen irrig an, dass sämtliche Angelegenheiten im Notfall vom Ehegatten oder von den erwachsenen Kindern geregelt werden können. Das ist aber falsch. Will man von seinen nächsten Angehörigen im Falle von Handlungs- oder Geschäftsunfähigkeit vollumfänglich vertreten werden, müssen diese ohne Vorliegen einer Vollmacht zunächst durch das Gericht zum Betreuer bestellt werden, um handeln zu dürfen. Dies ist mit Kosten verbunden. Außerdem unterliegt der Betreuer – auch wenn es der Ehegatte ist – der Kontrolle des Betreuungsgerichts und muss dort regelmäßig Rechenschaft ablegen.

Vorsorgevollmacht

Durch rechtzeitige Vorsorge können Sie eine Person Ihres Vertrauens in einer Vorsorgevollmacht mit umfassenden Befugnissen ausstatten. Mit der Vorsorgevollmacht wird der Bevollmächtigte dann zum Vertreter, das heißt, er entscheidet anstelle des nicht mehr entscheidungsfähigen Vollmachtgebers. Die Vollmacht sollte daher alle Bereiche umfassen, die Aufgabenbereiche eines Betreuers sein können, also insbesondere die Besorgung sämtlicher Vermögensangelegenheiten, die Einwilligung in ärztliche Maßnahmen, die Aufenthaltsbestimmung und freiheitsbeschränkende Maßnahmen.

Eine gesetzliche Form der Vorsorgevollmacht ist nicht vorgeschrieben, d. h., sie kann mit der Maschine geschrieben oder handschriftlich abgefasst werden. Man kann sich sogar vorgedruckter Muster bedienen. Empfehlenswert ist jedoch, anwaltlichen Rat einzuholen, um ein individuelles und auf die eigenen Bedürfnisse abgestimmtes Dokument zu schaffen. Soll die Vollmacht auch im Grundstücks- und/oder Unternehmensverkehr genutzt werden, ist eine notarielle Beurkundung oder öffentliche Beglaubigung zu wählen.

Patientenverfügung

In einer Patientenverfügung können Volljährige für den Fall ihrer Entscheidungsunfähigkeit schriftlich niederlegen, ob und wie sie in bestimmten Situationen ärztlich behandelt werden wollen.

Festlegungen in einer Patientenverfügung sind verbindlich, wenn durch diese der Wille zu einer konkreten Lebens- und Behandlungssituation eindeutig und sicher festgestellt werden kann. Daher muss eine Patientenverfügung klar und verständlich abgefasst und bezeichnet werden, ob in eine indizierte ärztliche Behandlung oder pflegerische Begleitung eingewilligt oder diese abgelehnt wird.

Ratsam ist es, auch persönliche Wertvorstellungen, Einstellungen zum Leben und Sterben sowie religiöse Anschauungen niederzulegen, da diese als Ergänzung und Auslegungshilfe der Patientenverfügung dienen. Das ist insbesondere dann wichtig, wenn es in Bezug auf den Patientenwillen Auslegungsprobleme gibt oder wenn die konkrete Situation, in der sich der betroffene Patient befindet, nicht der Situation entspricht, die in der Patientenverfügung niedergeschrieben ist.

Die Patientenverfügung richtet sich in erster Linie an den Arzt oder das Behandlungsteam. Zusätzlich kann sie sich an eine bevollmächtigte Person oder den gesetzlichen Vertreter richten und Anweisungen oder Bitten zur Auslegung und Durchsetzung der Patientenverfügung enthalten.

Im Gesetz ist festgelegt, dass die Patientenverfügung schriftlich niedergelegt werden muss. Das Schriftlichkeitserfordernis bedeutet nicht „Eigenhändigkeit“ (so wie beim privatschriftlichen Testament), sondern lediglich, dass die – auch mit dem Computer – geschriebene Patientenverfügung unterschrieben werden muss. Die Angabe von Zeit und Ort der Erstellung der Verfügung spielt für ihre Gültigkeit keine Rolle, kann aber dafür, ob sie noch auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutrifft, von Bedeutung sein und ist deshalb empfehlenswert.

Die Verbindlichkeit einer Patientenverfügung ist auch nicht von einer vorherigen ärztlichen Aufklärung abhängig; erst recht nicht bedarf es zur Wirksamkeit der Verfügung der Unterschrift des Arztes.

Schließlich ist es nicht erforderlich, die Patientenverfügung in regelmäßigen Abständen zu aktualisieren. Der Gesetzgeber hat bei Schaffung der gesetzlichen Normen zur Patientenverfügung bewusst auf ein Anpassungsgebot verzichtet, um keine zu hohen Hürden für die Wirksamkeit einer Patientenverfügung und damit für die Verwirklichung des Selbstbestimmungsrechts aufzustellen. Mit anderen Worten: Zu ihrer Fortgeltung bedarf die Patientenverfügung keiner regelmäßigen Erneuerung.

Setzen Sie sich in Ruhe und persönlich mit diesem wichtigen Thema im Hinblick auf Ihre eigene Vorsorge auseinander! ■



Katharina Kroll
Rechtsanwältin

ETHIK IM KRANKENHAUS

Ganz still liegt sie da. Die Augen geschlossen. Sie atmet ruhig und gleichmäßig im Rhythmus, den das Beatmungsgerät vorgibt. Die Angehörigen sitzen am Krankenbett. Sie sehen müde aus.

„Frau Pastorin“, sagt der selbst schon in die Jahre gekommene Sohn, „so geht das schon seit zwei Wochen. Mutter ist nach der Operation nicht mehr wach geworden.“ Die Tochter sagt: „Es war ihre einzige Chance. Der Tumor war schon so groß. Sie wäre elend daran zugrunde gegangen.“ Der Ehemann sitzt neben seiner Frau und hält ihre Hand. „Sie war meine große Liebe“, sagt er leise. „Wir waren immer zusammen. Und jetzt ...“ Der alte Mann weint.

„Mutter war immer fröhlich und aktiv. Sie hätte bestimmt nicht so daliegen wollen, nur noch mit Maschinen am Leben gehalten“, überlegt der Sohn. Seine Schwester antwortet: „Woher willst du das wissen? Vielleicht wird sie doch wieder gesund. Sie hat doch immer gern gelebt und ich will Mama nicht aufgeben!“ Eine Patientenverfügung gibt es nicht. Die Angehörigen wissen nicht, wie es weitergehen soll. „Gott will, dass allen Menschen geholfen wird und sie zur Erkenntnis der Wahrheit kommen (1. Tim. 2,4). Kranken Menschen soll – sei es durch Heilung oder Linderung ihres Leidens – geholfen werden, und Sterbende sollen begleitet werden.“ Das ist das Leitbild des Evangelischen Krankenhauses in Lippstadt.

In unseren Häusern sind christliche Werte maßgeblich: Barmherzigkeit, Nächstenliebe, Wahrheit. Dementsprechend soll auch der Umgang miteinander sein. Jedem Menschen, egal ob Patient oder Mitarbeiter, soll mit Wertschätzung und Wohlwollen begegnet werden.

Es ist nicht immer leicht zu entscheiden, was das Beste für einen Menschen ist. Die Möglichkeiten der modernen Medizin werfen in vielen Fällen immer mehr ethische Fragestellungen auf.

Alle Valeo-Kliniken haben ein Ethikkomitee, das bei schwerwiegenden Entscheidungen helfen will. Verschiedene Berufsgruppen sind darin vertreten: Ärztinnen und Ärzte, Krankenpflege, Sozialarbeit, Psychologie und Seelsorge ...

Die Arbeitsfelder von Ethik und Seelsorge überschneiden sich, ebenso ihre Ideale. Während man im Bereich Ethik von Fürsorge, Gerechtigkeit, Autonomie und Nichtschaden spricht, ist in der Theologie und Seelsorge von Nächstenliebe, Barmherzigkeit und Mitgefühl die Rede.

Die Aufgabe des Ethikkomitees ist, die christlichen Werte in den Krankenhausalltag zu bringen. Dabei zu helfen, sie zu leben. Dafür zu sorgen, dass es menschlich zugeht auf allen Ebenen und in allen Bereichen. Es unterstützt Patienten, Angehörige und Mitarbeitende bei Fragen und in Konfliktsituationen. Es trägt dazu bei, gemeinsam Lösungen zu finden, die von allen Beteiligten akzeptiert und verantwortet werden können.

Es bietet Hilfe an bei Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten, als Begleitung bei Entscheidungen am Lebensende, bei der Selbstbestimmung des Patienten und durch Beratung in Entscheidungsprozessen.

Zwei Wochen nach der Beerdigung besuche ich die Familie, die ich auf der Intensivstation kennengelernt habe, zu Hause. „Ich vermisse meine Frau entsetzlich“, sagt der alte Mann, „aber sie konnte nicht mehr leben. Sie wäre nie wieder zu Bewusstsein gekommen. Sie hätte so nicht leben wollen. Im Himmel wird es ihr gut gehen.“

Die Tochter schaut mich an und sagt: „Wir haben das Ethikkomitee um Hilfe gebeten. Wir haben uns mit allen zusammengesetzt. Mit der Ärztin, mit dem Krankenpfleger und mit zwei Leuten vom Ethikkomitee. Alle sind zu Wort gekommen und wir haben gemeinsam einen Weg gefunden. Mama durfte in Frieden gehen und die Ärztin hat dafür gesorgt, dass sie keine Schmerzen hatte.“

„Und ich bin froh, dass wir das nicht allein entscheiden mussten“, sagt der Sohn, „gut, dass es dieses Gremium, dieses Ethikkomitee, gibt.“ ■



Ulrike Scholz-Reinhard
Ev. Krankenhauseelsorge
EVK Lippstadt



GEBORGEN IN DER FAMILIE

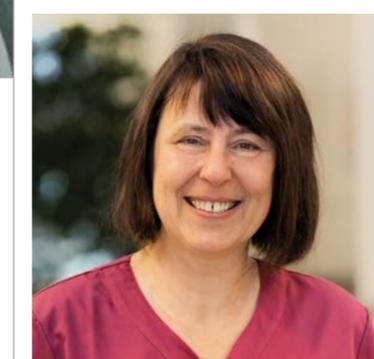
FAMILIALE PFLEGE
ALS ANGEHOT AN ANGEHÖRIGE

Pflegende Angehörige haben nachweislich den größten Anteil an der Pflegeleistung in Deutschland. Auf diese Aufgabe vorbereitet oder geschult sind sie aber in den seltensten Fällen. „Viele Menschen möchten natürlich ihren Angehörigen helfen, sie nicht in Pflegeeinrichtungen wissen, sondern ihnen zu Hause helfen. Doch was auf den ersten

Blick einfach wirkt, entwickelt sich schnell zu einer echten Herausforderung, die man nur meistert, wenn man auf diese gut vorbereitet ist“, sagen Petra Fließ und Silke Wetzlei, die für die sogenannte familiäre Pflege am EVK Münster tätig sind. Gemeinsam mit der Universität Bielefeld wurde diese neue Art der „Pflegeausbildung“ ins Leben gerufen, die innerhalb von sechs Wochen Angehörige zu geschulten Pflegehelfern werden lässt.

Das Eintreten oder Bestehen einer Pflegebedürftigkeit ist nicht nur für den Betroffenen, sondern auch für Angehörige ein einschneidendes Ereignis. „Viele Familien trifft diese Situation unvorbereitet. Ein Großteil der Angehörigen ist zunächst mit der vorliegenden neuen Situation überfordert. Nach der Krankenhausentlassung sind sie

mit der Aufgabe konfrontiert, die neue Situation häufig allein zu gestalten, die Pflege in den bisherigen Alltag zu integrieren und Pflegetechniken erlernen zu müssen. So etwas will, wenn irgendwie möglich, sehr gut vorbereitet sein“, sagen Larissa Lafzig und Sandra Terliesner am Ev. Lukas-Krankenhaus Gronau denen, die plötzlich in eine solche Situation geraten sind. Doch sie bleiben in dieser Situation nicht alleine. „Wir bieten hier vielfältige Hilfen an, beraten und informieren bereits während des Krankenhausaufenthaltes über ein individuelles Pflegetraining und eine kompetente und praxisnahe Schulung für die Bewältigung des Alltags.“ Im Erstgespräch werden die aktuelle Situation und ihre möglichen Konsequenzen besprochen, ehe auf dieser Basis tragfähige Entscheidungen getroffen



Petra Fließ
Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegetrainerin, Wundexpertin
EVK Münster



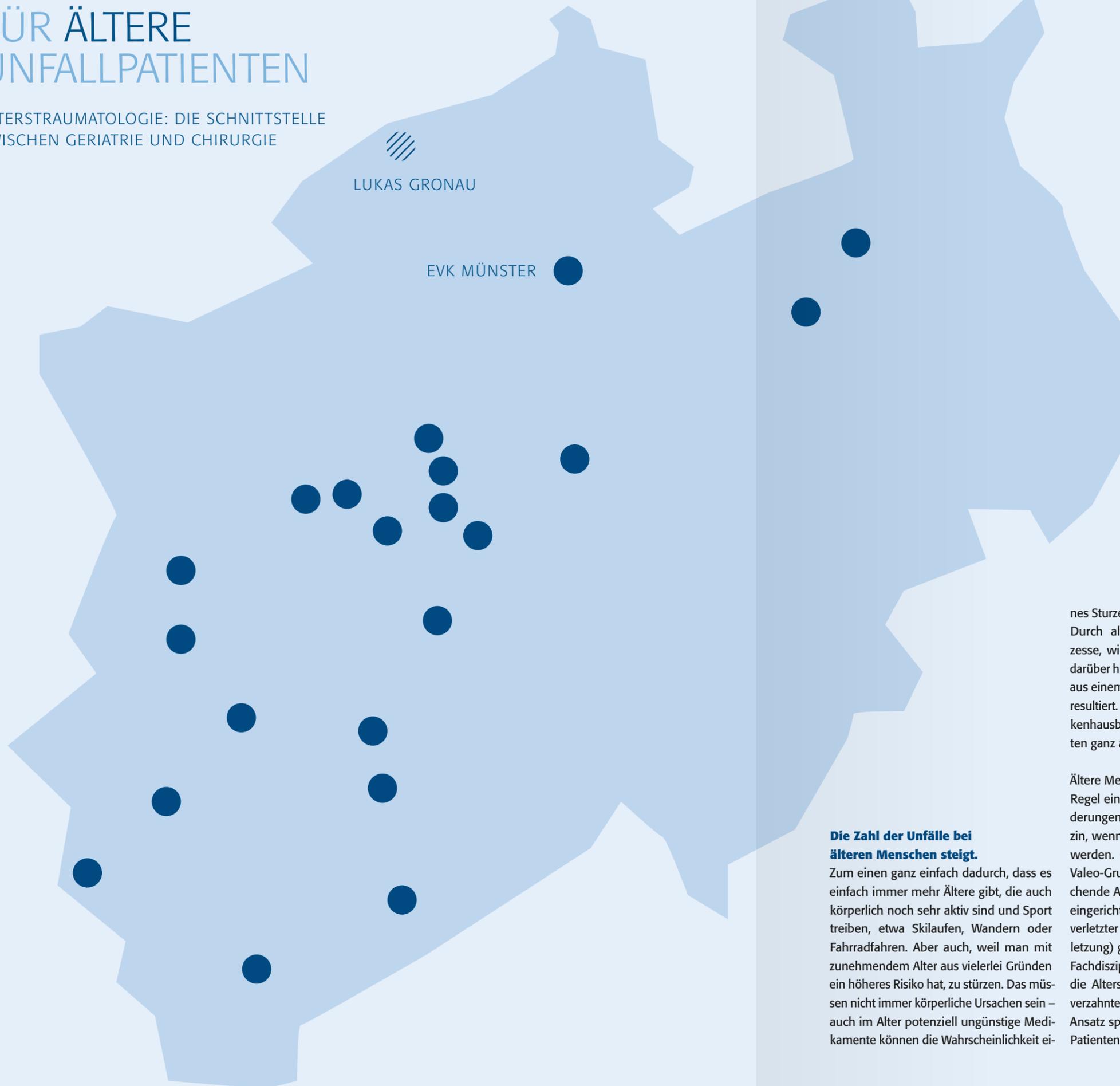
Silke Wetzlei
Gesundheits- und Krankenpflegerin, Pflegeexpertin für Demenz, Pflegetrainerin, Fachpflegekraft für ATPG, Teamleitung Station 2
EVK Münster

werden können. Auch das Einbeziehen aller Familienmitglieder sowie gegebenenfalls auch das von Freunden oder Nachbarn in das Beratungsgespräch erleichtern den Aufbau eines hilfreichen Pflegenetzwerkes. Hierdurch kann die innerfamiliäre Gerechtigkeit gefördert und ihre Situation verbessert werden. In den vom Krankenhaus

angebotenen Pflegetrainings werden dann gemeinsam notwendige Pflegemaßnahmen direkt am Bett des Angehörigen eingeübt, sodass Unsicherheiten abgebaut werden. Ein Qualitätscheck und ein Pflegetraining zu Hause runden das Angebot an, das die Angehörigen dann zu Helfern in der Pflege macht, die auf viele Situationen gut vorbereitet sind und das ermöglichen, was sich fast alle Patienten wünschen: die Rückkehr in die eigenen vier Wände und das Wissen, dass sie auch hier sogar von Angehörigen sehr gut versorgt sind. ■

FÜR ÄLTERE UNFALLPATIENTEN

ALTERSTRAUMATOLOGIE: DIE SCHNITTSTELLE ZWISCHEN GERIATRIE UND CHIRURGIE



LUKAS GRONAU

EVK MÜNSTER

● ZERTIFIZIERTES ALTERSTRAUMAZENTRUM DGU®

EIN BLICK AUF DIE KARTE VON NORDRHEIN-WESTFALEN ZEIGT: IM GROSSRAUM MÜNSTER IST DAS EVK DAS EINZIGE HAUS MIT ZERTIFIZIERTEM ATZ ALTERSTRAUMAZENTRUM DGU® UND BEREITS TÜV-REZERTIFIZIERTEM ZAC ZENTRUM FÜR ALTERS-CHIRURGIE. IN GRONAU ENTSTEHT DERZEIT EIN ALTERSTRAUMATOLOGIE-ZENTRUM FÜR DIE REGION, DAS LANGFRISTIG EBENFALLS DIE ZERTIFIZIERUNG ANSTREBT.

nes Sturzes erhöhen, Stichwort: Schwindel. Durch alterstypische Knochenabbauprozesse, wie die Osteoporose, erhöht sich darüber hinaus die Wahrscheinlichkeit, dass aus einem Sturzereignis ein Knochenbruch resultiert. Auch die sich anschließende Krankenhausbehandlung birgt für ältere Patienten ganz andere Risiken als für jüngere.

Ältere Menschen brauchen deshalb in der Regel eine auf die besonderen Herausforderungen im Alter zugeschnittene Medizin, wenn sie im Krankenhaus behandelt werden. Gleich zwei Krankenhäuser der Valeo-Gruppe haben daher eine entsprechende Abteilung für Alterstraumatologie eingerichtet, in der es um die Versorgung verletzter älterer Menschen (Trauma = Verletzung) geht. Als Schnittstelle der beiden Fachdisziplinen Chirurgie und Geriatrie ist die Alterstraumatologie durch ihren eng verzahnten, durchgehend interdisziplinären Ansatz speziell auf die Bedürfnisse dieser Patienten eingerichtet.

Die Zahl der Unfälle bei älteren Menschen steigt.

Zum einen ganz einfach dadurch, dass es einfach immer mehr Ältere gibt, die auch körperlich noch sehr aktiv sind und Sport treiben, etwa Skilaufen, Wandern oder Fahrradfahren. Aber auch, weil man mit zunehmendem Alter aus vielerlei Gründen ein höheres Risiko hat, zu stürzen. Das müssen nicht immer körperliche Ursachen sein – auch im Alter potenziell ungünstige Medikamente können die Wahrscheinlichkeit ei-

Das Zentrum für Alterstraumatologie am EVK Münster gibt es bereits seit einigen Jahren. Zusammen mit dem Zentrum für Alterschirurgie bietet es an dem speziell auf ältere Menschen ausgerichteten Haus seinen betagten Patienten auf ihr Alter abgestimmte Operationen sowohl bei allgemeinchirurgischen und orthopädischen Eingriffen als auch nach einem Unfall an. Als erstes Zentrum für Alterstraumatologie in der Region wurde es im Jahr 2015 und seitdem fortlaufend von der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGU) zertifiziert. Was genau der besondere Ansatz der Ärzte und Pflegekräfte ist, erfahren Sie auf den nächsten Seiten.

In Gronau wiederum entsteht gerade das Alterstraumazentrum Nordwest: Hier haben sich zwei Krankenhäuser zusammengesetzt, um gemeinsam für die Region eine Alterstraumatologie anbieten zu können. Dabei arbeiten die Chirurgie des St.-Antonius-Hospitals Gronau und die Geriatrie des Evangelischen Lukas-Krankenhauses Gronau – beide anerkannte Spezialisten in ihrer jeweiligen Disziplin – Hand in Hand zusammen. Wie genau die Kooperation funktioniert und was sie für Sie und Ihre Angehörigen leisten kann, lesen Sie auf den Seiten 30–33. ■



DER KÖNIGSWEG

EIN BLICK IN DAS ZENTRUM FÜR ALTERSTRAUMATOLOGIE
UND ALTERSCHIRURGIE AM EVK MÜNSTER

Ab einem Alter von 70 Jahren steigt das Risiko, ein Delir zu erleiden, enorm an. Was viele nicht wissen: 50 Prozent der betroffenen Patienten werden pflegebedürftig. Operationen und Krankenhausaufenthalte können ein Delir zusätzlich verstärken. Es ist daher enorm wichtig, Anzeichen eines Delirs möglichst früh zu erkennen und diese abzumildern. Das Zentrum für Alterstraumatologie und Alterschirurgie am EVK Münster hat sich bereits 2013 auf die Behandlung von alten Menschen spezialisiert und vereint auf einzigartige Weise Alterschirurgie mit geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlung.

„Geriatric und Chirurgie haben eine ganz unterschiedliche Herangehensweise und Klinikorganisation. Ältere Menschen brauchen aber eine gemeinsame und interdisziplinäre Therapie“, erklärt Dr. Stefan Nöschel, Chefarzt der chirurgischen Klinik, warum eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der beiden Bereiche nicht ohne Weiteres realisierbar ist. Die ersten Anstöße für ein Umdenken in der alterschirurgischen Behandlung fanden am EVK Münster bereits vor über 15 Jahren statt. „Wir hatten sowohl Modelle

getestet, in denen Geriater in der chirurgischen Klinik mitgearbeitet haben, als auch Ansätze ausprobiert, bei denen Chirurgen in der Geriatrie vertreten waren. Aber letztlich erwies sich eine gemeinsame Station als der „Königsweg“, erinnert sich Dr. Andreas Koch.

Und tatsächlich ist hier vieles anders, als man es von einem konventionellen Krankenhaus gewohnt ist. Die Atmosphäre ist ruhig. Hektisches Krankenhaustreiben sucht man hier vergebens. „Um ein Delir möglichst schnell abzuwenden, ist es ganz wichtig, dass man dem Patienten eine ruhige und möglichst vertraute Umgebung schafft. Kaum wechselndes Personal und kurze, überschaubare Wege sind dabei genauso entscheidend wie die Möglichkeit, in einem wohnlichen Umfeld soziale Kontakte knüpfen zu können“, zählt Dr. Koch die Faktoren auf, die das Risiko eines Delirs deutlich minimieren und die hier Teil des Grundkonzeptes sind. „Die Mahlzeiten können bei uns gemeinsam eingenommen werden“,

weist sein Kollege Dr. Nöschel auf den gemütlichen Essensraum hin, der ebenfalls Angebote des gemeinsamen Fernsehens oder Gesellschaftsspiele bereithält.

Im Schnitt verbringen die Patienten 17 Tage im Zentrum und werden hier mit dem Ziel behandelt, anschließend direkt wieder nach Hause gehen zu können. Wer hier also operiert wird, bekommt in den darauffolgenden Tagen auch die geriatrische Frühreha und kann im Normalfall anschließend direkt wieder nach Hause gehen.

„Ich würde so weit gehen, zu sagen, dass ein 80-jähriger Patient mit beispielsweise einem Knochenbruch heutzutage nicht mehr in ein normales Krankenhaus gehört“, rät Dr. Koch. „Für die Behandlung von geriatrischen Krankheitsbildern bedarf es besonderer Strukturen, speziell geschulter Fachkräfte und anderer Gerätschaften. Und genau das können wir als interdisziplinär agierendes Team leisten“, bringt Dr. Nöschel abschließend auf den Punkt, was das Zentrum am EVK Münster auszeichnet. ■



Dr. Stefan Nöschel

Chefarzt der Klinik für Orthopädie,
Unfall- und Handchirurgie
EVK Münster



Dr. med. Andreas Koch

Chefarzt, Facharzt für Chirurgie,
Viszeralchirurgie, Spezielle
Viszeralchirurgie, Proktologie
EVK Münster



NEUE ALTERSTRAUMATOLOGIE IN GRONAU

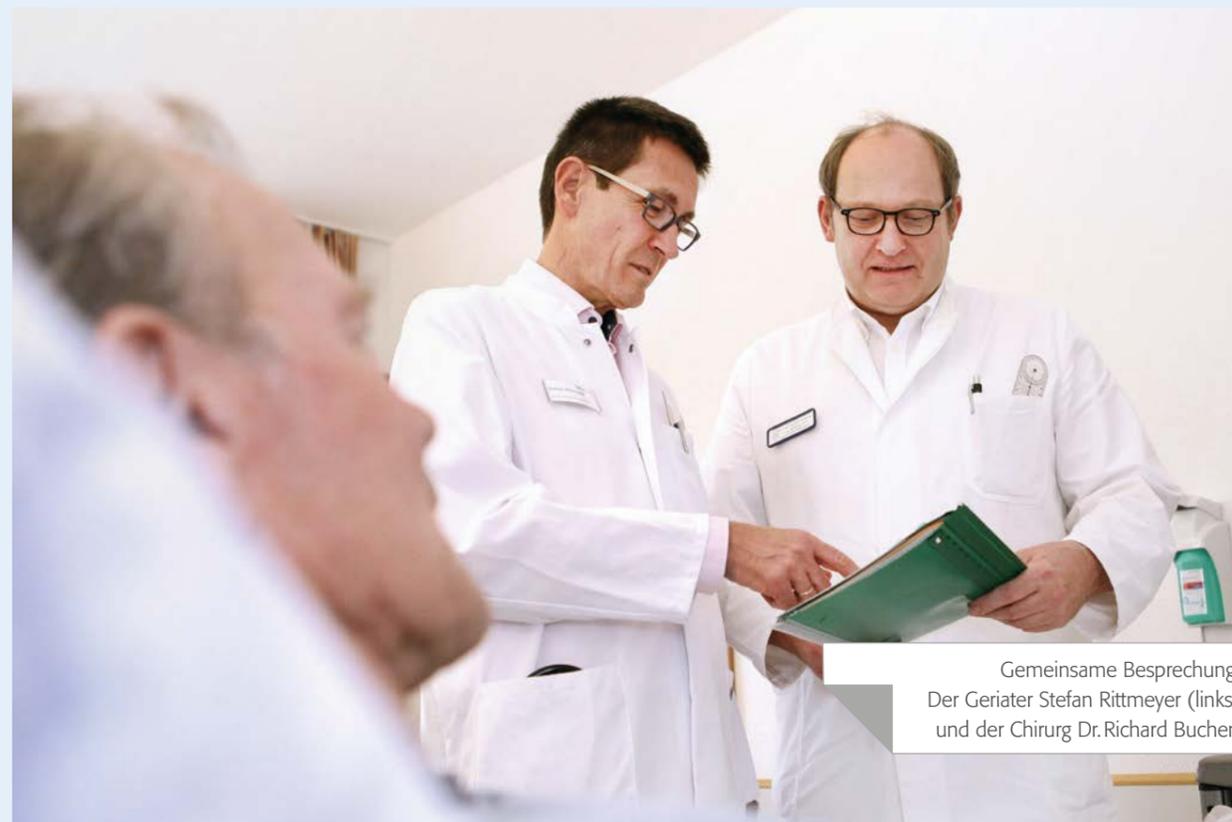
LUKAS-KRANKENHAUS UND ST.-ANTONIUS-HOSPITAL
ARBEITEN BEI ÄLTEREN UNFALLPATIENTEN HAND IN HAND

In Gronau treffen sich Unfallchirurgie und Geriatrie in einer ungewöhnlichen Kooperation, um ihre betagten Patienten interdisziplinär zu deren Wohl gemeinsam zu behandeln. Das Besondere am Alterstraumazentrum Nordwest, das sich gerade im Aufbau befindet: Die beiden Fachgebiete gehören zu zwei verschiedenen Krankenhäusern – das St.-Antonius-Hospital und das Lukas-Krankenhaus arbeiten hier Hand in Hand zusammen.

„Wir haben die Alterstraumatologie nicht erfunden“, sagt Geriatrie-Chefarzt Stefan Rittmeyer vom Lukas-Krankenhaus: „Die Idee einer gemeinsamen Behandlung durch den Chirurgen und den Altersmediziner gibt es schon länger. Sie wird leider bisher nur in wenigen Einrichtungen, dafür

aber überaus erfolgreich für die betroffenen Patienten, praktiziert. Für den Patientennutzen gibt es mittlerweile zahllose, auch eindrucksvolle wissenschaftliche Belege. Dass Alterstraumatologie aber trägerübergreifend von zwei Krankenhäusern in Kooperation angeboten wird, das ist doch eher die Ausnahme.“ Die Alterstraumatologie behandelt betagte Unfallopfer nicht nur nach den sehr gut etablierten chirurgischen Standards, sondern berücksichtigt gleichzeitig immer auch altersmedizinische Aspekte. „Wir erzielen mit dieser Kooperation wesentlich bessere Behandlungserfolge für unsere Patienten. Unsere eigentliche chirurgische Arbeit wird dadurch erheblich entlastet“, bekräftigt Dr. Richard Buchen, Chefarzt der Klinik für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie am St.-Antonius-Hospital Gronau.

Was genau kann ein Geriater in der Alterstraumatologie leisten? „Er kann natürlich kein gebrochenes Bein heilen“, sagt Stefan Rittmeyer. „Aber er kann den Chirurgen dabei unterstützen, Risiken für Komplikationen seiner Patienten zu erkennen, die durch die Verletzung, die Verletzungsfolgen oder deren Behandlung und nicht selten auch durch ungünstige Medikamente entstehen können, und er kann dem Chirurgen vorbeugende Maßnahmen empfehlen. Eine häufige und in ihren Auswirkungen meist unterschätzte Komplikation ist zum Beispiel die Verwirrtheit nach einem operativen Eingriff, die sich oft durch einfache Maßnahmen vermeiden oder behandeln lässt.“



Gemeinsame Besprechung:
Der Geriater Stefan Rittmeyer (links)
und der Chirurg Dr. Richard Buchen.



Tilman Wolff – Oberarzt Geriatrie, Dr. Richard Buchen –
Chefarzt Unfallchirurgie und Traumatologie,
Stefan Rittmeyer – Chefarzt Geriatrie, Marius Kaczmarek –
Oberarzt Geriatrie, Drs. Lucas Degen (NL) – Oberarzt
Unfallchirurgie und Traumatologie sowie Jürgen Schaa-
Filiz – Stationsleitung St.-Antonius-Hospital Gronau (v.l.)

In der Geriatrie werden Risikopatienten durch sogenannte Assessments erfasst. Ein solches geriatrisches Assessment wird jetzt im Rahmen der alterstraumatologischen Zusammenarbeit auch bei allen unfallchirurgischen Patienten, die 70 Jahre oder älter sind, im St.-Antonius-Hospital durchgeführt. Dr. Richard Buchen: „Wenn in der Unfallchirurgie ein geriatrischer Risikopatient durch unser Assessment erkannt wird, bekommt die Geriatrie im Lukas-Krankenhaus umgehend eine Mitteilung. Innerhalb von 24 Stunden nimmt die Geriatrie dann Kontakt mit uns auf und gibt uns Ratschläge zur Behandlung nach geriatrischen Standards, um Komplikationen vorzubeugen. Bei Bedarf kommt kurzfristig auch ein Geriater zu uns – unsere Häuser liegen ja keine zwei Kilometer voneinander entfernt.“

„Das ist für beide Seiten sehr arbeits- und personalintensiv“, sagt der Chirurg, „das St.-Antonius-Hospital hat dafür eigens Mitarbeiterinnen eingestellt und in der Durchführung des Assessments geriatrisch schulen lassen.“ Hinzu kommt, dass die Mediziner die Standards und Vorgehensweisen – manchmal sogar die Sprache der jeweils anderen Fachrichtung – kennenlernen mussten. „Oftmals“, so Dr. Buchen, „hat der geriatrische Blick auf unsere Patienten auch gewohnte Arbeitsabläufe bei uns Chirurgen verändert.“

Jeden Mittwochmorgen treffen sich jetzt die Chirurgen und die Altersmediziner zur Besprechung der alterstraumatologischen Patienten zu einer gemeinsamen Teamsitzung im St.-Antonius-Hospital, an der auch Mitarbeiter aus Pflege, Sozialdienst und Physiotherapie teilnehmen. Diese werden sogleich auch im alterstraumatologischen Register aufgenommen. Im Anschluss begleitet der Altersmediziner seine chirurgischen Kollegen bei der Visite auf den Stationen. Mittags ist es dann umgekehrt, der Unfallchirurg besucht die Teambesprechung im Lukas-Krankenhaus und visitiert „seine“ Patienten, die sich immer sehr freuen, wenn ihr Arzt aus dem St.-Antonius-Hospital plötzlich dort auftaucht.

Entstanden ist die außergewöhnliche Kooperation, als Dr. Richard Buchen vor drei Jahren nach Gronau kam. Die beiden Mediziner trafen sich zum Kennenlernen bei einem gemeinsamen Essen und verständigten sich auf Anhieb gut. Beide treibt der Gedanke an, bei der Behandlung stets das Beste für ihre Patienten erreichen zu wollen. Ende vergangenen Jahres schließlich kam der Entschluss, ihre Ideen und ihr Engagement für eine bessere Versorgung der älteren Patienten gemeinsam in Form eines Zentrums für Alterstraumatologie umzusetzen. Im März 2017 starteten dann die gegenseitigen Besuche und Visiten

der jeweiligen Teams. „Alle Mitarbeiter zu motivieren, neue Wege zu gehen, das ist nicht immer einfach. Aber hier hat es toll geklappt. In beiden Teams stößt die Zusammenarbeit auf große Zustimmung. Da passiert viel Wissenstransfer und wir lernen unglaublich viel voneinander“, sagen die beteiligten Mitarbeiter/-innen.

Ein wirtschaftliches Interesse, das betonen die Mediziner, steht nicht hinter ihrer Kooperation. Die Mehrarbeit, die für die beiden Abteilungen durch ihre Bemühungen entsteht, wird von den Kostenträgern ohnehin nicht vergütet. „Uns geht es um eine Verbesserung der Behandlungsqualität. Damit wir das erreichen können, sind wir auf einer Linie mit den Fachgesellschaften für Unfallchirurgie (DGU) und für Geriatrie“, betonen die verantwortlichen Mediziner. Als Nächstes streben die beiden Häuser eine Zertifizierung ihres gemeinsamen Projektes als Alterstraumatologisches Zentrum an. ■



**Evangelisches
Lukas-Krankenhaus Gronau gGmbH**
Zum Lukas-Krankenhaus 1
48599 Gronau
Tel.: 02562 79 - 0
Fax: 02562 79 - 200
E-Mail: krankenhaus@lukas-gronau.de
www.lukas-gronau.de



**Evangelisches Krankenhaus
Johannisstift Münster gGmbH**
Wichernstraße 8
48147 Münster
Tel.: 0251 27 06 - 0
Fax: 0251 27 06 - 207
E-Mail: info@evk-muenster.de
www.evk-muenster.de