



*Konsensusgruppe Kontinenzschulung
im Kindes-und Jugendalter e.V.*

Qualitätsmanagement (QM) bei Schulungen (Harninkontinenz)

Qualitätsmanagement (QM) bei Schulungen

- QM der KgKS wurde entwickelt für **Gruppenschulungen** (analog zu Asthma, Neurodermitis u.a....)
- QM als Voraussetzung für die Anerkennung der Gruppenschulung als Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung
- GKV fordert: Leistungen müssen qualitätsgesichert erbracht werden (§ 43 SGB V bzw. § 31 SGB VI)
- Kontinenzschulung wird bisher nicht als Leistung der GKV anerkannt, wird aber durchgeführt (stationär, in Tageskliniken, in sozialpsychiatrischen Zentren.....)
- Bei Nachfragen des MDK ist der Nachweis eines QM absolut sinnvoll !!
- Grundlagenmanual:
 - B2 (Qualitätsmanagement der Kontinenzschulung)
 - Anhang
- Download Diagnostik und Download QM (homepage)

Qualitätsmanagement (QM) bei Gruppenschulungen

Schulungsteam:

- Facharzt (mit entsprechender Erfahrung)
- Psychosoziale Fachkraft
 - Psychologe / Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut / Psychotherapeut : alle mit akademischem Abschluß
- Andere Berufsgruppen:
 - Urotherapeut, Physiotherapeut, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger, Kinderkrankenschwestern, medizinische Fachangestellte, Pädagoge, Ergotherapeut
- Kontinenztrainerschein: mindestens ein Mitglied des Schulungsteams
- Benennung eines Schulungsverantwortlichen und eines Qualitätsbeauftragten

Qualitätsmanagement der KgKS

- Ergebnisqualität
- Strukturqualität
- Prozessqualität
- Evaluation

Qualitätsmanagement der KgKS

Ergebnisqualität:

- 14-Tage-Protokoll
- Blasentagebuch
- Erhebungsbogen für Kontinenz und Blasenfunktion
- Erhebungsbogen Symptomreduktion
- Lebensqualitätsfragebogen PinQ-D für Eltern (aus Copyrightgründen nur im Mitgliederbereich)
- Lebensqualitätsfragebogen PinQ-D für Kinder (aus Copyrightgründen nur im Mitgliederbereich)
- Wissensfragebogen Eltern
- Wissensfragebogen Kinder

Strukturqualität:

- Teammitglieder der Kontinenzschulung

Prozessqualität:

- Teilnehmerliste Eltern
- Teilnehmerliste Kinder

Evaluation:

- Rückmeldefragebogen Schulungsteammitglieder
- Rückmeldefragebogen Eltern
- Rückmeldefragebogen Kinder

Kriterien der Ergebnisqualität

Verbesserung von

- Kontinenz
- Blasenfunktion
- Trinkverhalten
- Lebensqualität
- störungsbezogenem Wissen

Reduktion von

- Komorbiditäten

ICCS (Neveus 2006):

Symptomreduktion um	0-49 %	50-89%	90-99%	100 %
Definition	erfolglos	Teilerfolg	Erfolg	voller Erfolg

Parameter der Ergebnisqualität

obligat

- Einnässfrequenz tagsüber
- Einnässfrequenz nachts
- Frequenz der Stuhlinkontinenz
- Frequenz von Harnwegsinfektionen

Fakultativ

- Gesundheitsbezogene Lebensqualität

nicht obligat (wegen hoher Streubreite)

- Miktionsfrequenz
- Miktionsvolumen
- Trinkmenge
- Störungsbezogenes Wissen

Qualitätsmanagement der KgKS

Messzeitpunkte der Ergebnisqualität

- T0: vor Beginn der Schulung
- T1: Familienabschlussgespräch (ca 1 Monat nach Schulung)
- T2: 6 Monate nach T1

Fakultativ:

- T3: 12 Monate nach T1
- T4: 24 Monate nach T1

Strukturqualität:

- Komplette Teilnahme der interdisziplinären Teammitglieder dokumentieren

Prozessqualität:

- regelmäßige Teilnahme von Kindern und Eltern dokumentieren

Evaluation:

- Rückmeldefragebögen für Eltern, Kinder, Kontinenztrainer

Kriterien und Messinstrumente

Kriterium	Instrument
Einnässfrequenz tagsüber	14-Tage-Protokoll, Alternativ zum Zeitpunkt T2, T3 und T4: Aussage der Eltern
Einnässfrequenz nachts	14-Tage-Protokoll, Alternativ zum Zeitpunkt T2, T3 und T4: Aussage der Eltern
Frequenz der Stuhlinkontinenz	14-Tage-Protokoll, Alternativ zum Zeitpunkt T2, T3 und T4: Aussage der Eltern
Frequenz von Harnwegsinfektionen	Aussage der Eltern bezogen auf den zurückliegenden Zeitraum von 6 Monaten
Gesundheitsbezogene Lebensqualität	Lebensqualitätsfragebogen PinQ-D für Eltern und Kind

Tab. B5.3:
**Obligate Messinstrumente der
Ergebnisqualität**

Erhebungsbogen für Kontinenz und Blasenfunktion

(Ausgangs- und Verlaufsdaten)

- T0 (vor Therapie) T1 (nach Therapie) T2 (6 Monate nach T1) T3 (12 Monate nach T1) T4 (24 Monate nach T1)

..... (Datum) (Datum) (Datum) (Datum) (Datum)

Zur Person

Name: _____ Vorname: _____ geb. _____

- Junge Mädchen

Alter in Jahren < 5 5 + 6 7 + 8 9 + 10 11 + 12 13 + 14 > 14

Diagnose/Problem (bitte ankreuzen)

1. Diagnosekategorie

- Physiologische Harninkontinenz Funktionelle Harninkontinenz Organische Harninkontinenz
 Bis 5 Jahre > 5 Jahre

2. Verlauf

- Primär Sekundär

3. Falls Funktionell: Übergeordnete Kategorie

- Monosymptomatische Enuresis nocturna mit isoliertem Einnässen nachts (MEN)
 Nicht-monosymptomatische Enuresis nocturna (Non-MEN)
 Blasendysfunktion mit isolierter Tagessymptomatik

4. Falls Blasendysfunktion oder Non-MEN: Form der Dysfunktion (mehrere Nennungen möglich)

- Überaktive Blase und Dranginkontinenz
 Miktionsaufschub
 Dyskoordinierte Miktion
 Andere: _____

5. Komorbidität

- keine HWI mit/ohne VUR
 Obstipation und/oder Stuhlinkontinenz
 Kinder- u. jugendpsychiatrische Erkrankungen
 Entwicklungsstörungen
 Schlafstörungen

Nächtliches Einnässen noch zum Zeitpunkt der Einschulung, familiär gehäuft

- Vater Mutter Geschwister Andere: _____

Schwere Erweckbarkeit? ja nein

Blasenfunktion

Miktion/Urinmenge Daten aus dem Blasentagebuch, 2. Tag, übernehmen

Miktionsfrequenz	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	>13
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erhebungsbogen für Kontinenz und Blasenfunktion

(Ausgangs- und Verlaufsdaten)

Miktionsvolumina

erwartete Blasenkapazität (EBC): (Lebensalter+1) x 30 ml _____ ml

erster Morgenurin (ml): _____ ml

maximales Miktionsvolumen in ml (ohne Berücksichtigung des ersten Morgenurins): _____ ml

mittleres Miktionsvolumen (ohne Berücksichtigung des ersten Morgenurins): _____ ml

kleines Miktionsvolumen (maximales Miktionsvolumen < 65 % der EBC) ja nein

nächtliche Urinmenge (erster früher Morgenurin und nächtliche Harnmenge): _____ ml

hohe nächtliche Urinproduktion (> 130 % EBC) ja nein

Polyurie? (> 2000 ml/m² Körperoberfläche) ja nein

Restharn (ml)

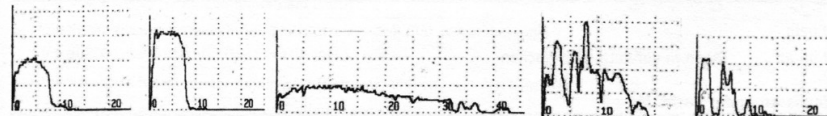
Sonographie direkt nach Miktions; optimal nach Miktions auf normaler Toilette

0 1 - 5 6 - 20 > 20

Uroflow

Normal: Glocke Tower

Auffällig: Plateau Stakkato Fraktioniert



Trinkverhalten

Trinkmenge/24 H (ml) < 500 - 1000 - 1500 - 2000 - 2500 - 3000 >3000

Harninkontinenz

Daten zum Einnässen aus dem 14-Tage-Protokoll übernehmen

Am Tage

Inkontinenzereignisse in 14 Tagen: _____ x mal / 14 Tage

Nasse Tage Frequenz in 14 Tagen: _____ x mal / 14 Tage

Einnässmenge viel wenig (nur Unterhose/Vorlage feucht)

In der Nacht

Inkontinenzereignisse in 14 Nächten: _____ x mal / 14 Nächte

Nasse Nächte Frequenz pro 14 Nächte: _____ x mal / 14 Nächte

Einnässmenge viel wenig (nur Unterhose/Vorlage feucht)

Stuhlinkontinenz

Stuhlschmierer/Einkoten (aus 14-Tage-Beobachtungskalender übernehmen)

Inkontinenzereignisse in 14 Tagen: _____ x mal / 14 Tage

Tage mit Stuhlinkontinenz _____ x mal / 14 Tage

Ergebnisqualität Symptomreduktion

Kontinenzschulung vom: _____ bis _____

Zeitpunkt	Datum
<input type="checkbox"/> T0 (vor Schulung)	Für die Messpunkte T0 und T1 soll das 14-Tage-Protokoll verwendet werden (s. Grundlagenmanual S. 141)
<input type="checkbox"/> T1 (nach Schulung)	
<input type="checkbox"/> T2 (6 Monate nach T1)	
<input type="checkbox"/> T3 (12 Monate nach T1)	
<input type="checkbox"/> T4 (24 Monate nach T1)	

Patient

Name: _____ Vorname: _____ geb. _____

Junge Mädchen

Alter in Jahren < 5 5 + 6 7 + 8 9 + 10 11 + 12 13 + 14 > 14

Einnässen am Tag

nein

ja, an _____ Tagen in den letzten 2 Wochen

Einnässen in der Nacht

nein

ja, an _____ Tagen in den letzten 2 Wochen

Stuhlschmierer

nein

ja, an _____ Tagen in den letzten 2 Wochen

Harnwegsinfektionen (Blasen- oder Nierentzündungen)

Wie oft wurden Harnwegsinfektionen in den letzten 6 Monaten bei Ihrem Kind festgestellt?

_____ mal

Bemerkungen:

Teilnehmerliste Eltern

Name und Anschrift der Schulumgebung

Name	
Klinik/Praxis	
E-Mail	
Tel.	
Fax	

Kontinenzschulung vom: _____ bis _____

Name	UE 1	UE 2	UE 3	UE 4

Bemerkungen:

Teilnehmerliste Kinder

Name und Anschrift der Schulumgebung

Name	
Klinik/Praxis	
E-Mail	
Tel.	
Fax	

Kontinenzschulung vom: _____ bis _____

Name	UE 1	UE 2	UE 3	UE 4	UE 5	UE 6

Bemerkungen:

Rückmeldefragebogen 1: Beurteilung der Kontinenzschulung durch den Trainer

Name des Patienten/in: _____ Vorname: _____

Name des Trainers: _____ Datum: _____

Wir möchten Sie bitten, die eben gerade abgeschlossene Maßnahme für die jeweilige Gruppe (Elternschulung, Kinderschulung) auf den folgenden Skalen einzuschätzen. Überprüfen Sie bitte bei jeder Feststellung, inwieweit sie für die Kontinenzschulung zutreffend ist. Beziehen Sie sich auf den gesamten Zeitraum und nicht nur auf das Ende der Maßnahme.

Kinderschulung

Feststellung stimmt	überhaupt nicht/niemals	kaum/ selten	teilweise/ manchmal	überwiegend/ meistens	ganz genau/ immer
Die Inhalte waren für das Kind klar und verständlich.					
Die Probleme des Kindes haben sich im Laufe der Kontinenzschulung gebessert.					
Die Behandlung war hilfreich für das Kind.					
Das Kind konnte offen über die Probleme reden.					

Elternschulung

Feststellung stimmt	überhaupt nicht/niemals	kaum/ selten	teilweise/ manchmal	überwiegend/ meistens	ganz genau/ immer
Die Inhalte konnten von den Eltern gut aufgefasst und genutzt werden.					
Im Laufe der Zusammenarbeit hat die Bezugsperson ein besseres Verständnis für die Probleme des Kindes bekommen.					
Im Laufe der Kontinenzschulung konnte die Bezugsperson das Verhalten gegenüber dem Kind positiv verändern.					
Die Kontinenzschulung war hilfreich für die Bezugsperson.					
Die Probleme der Eltern haben sich im Laufe der Kontinenzschulung gebessert.					
Die Bezugsperson konnte offen über die Probleme reden.					

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Rückmeldefragebogen 2: Beurteilung der Kontinenzschulung durch den Patienten

Name: _____ Vorname: _____

Datum: _____

Die Blasenschule bei uns ist jetzt abgeschlossen. Manches hat dir vielleicht gut gefallen, manches möglicherweise weniger.

Es interessiert uns sehr, wie du das Erlebte beurteilst. Deshalb haben wir uns einige Fragen überlegt und bitten dich, diese zu beantworten.

Überlege bei den folgenden Feststellungen, inwieweit diese deiner Meinung nach stimmen oder nicht. Entscheide dich nach dem Lesen des Satzes, ob diese Feststellung

- Überhaupt nicht/niemals
- Kaum/selten
- Teilweise/manchmal
- Überwiegend/meistens
- Ganz genau/immer

stimmt und mache dann in der entsprechenden Spalte ein Kreuz.

Versuche dabei, deine Meinung offen und ehrlich zu sagen. Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.

Feststellung stimmt	überhaupt nicht/niemals	kaum/selten	teilweise/manchmal	überwiegend/meistens	ganz genau/immer
Die Blasenschule war für mich hilfreich.					
Die Inhalte der Blasenschule konnte ich gut verstehen.					
Wir kommen in der Familie jetzt besser miteinander aus.					
Ich konnte offen über meine Probleme reden.					
Die Trainer hatten Verständnis für meine Situation.					
Andere Kinder kennenzulernen, die das gleiche Problem haben, fand ich gut.					
Meine Probleme haben sich durch die Blasenschule gebessert.					
Ich war mit der Blasenschule zufrieden.					

Vielen Dank für deine Mitarbeit!

Rückmeldefragebogen 3: Beurteilung der Kontinenzschulung durch die Eltern

Patient/in: _____ Datum: _____

Kreuzen Sie bitte an:

- Mutter Vater Sonstige

Um unsere Arbeit zu verbessern, interessieren wir uns dafür, wie Sie die Kontinenzschulung bei uns erlebt haben. Durch vollständige, offene und ehrliche Beantwortung der folgenden Fragen können Sie uns dabei helfen. Überprüfen Sie bitte bei den folgenden Feststellungen, inwieweit diese zutreffen, und kreuzen Sie die entsprechende Spalte an.

Feststellung stimmt	überhaupt nicht/niemals	kaum/selten	teilweise/manchmal	überwiegend/meistens	ganz genau/immer
Die Kontinenzschulung war für mein Kind hilfreich.					
Durch die Kontinenzschulung konnte ich mein Verhalten dem Kind gegenüber positiv verändern.					
Die Inhalte wurden für mich klar und verständlich vermittelt.					
Durch die Gespräche mit dem Trainer bekam ich ein besseres Verständnis für die Probleme meines Kindes.					
Ich konnte offen über die Probleme reden, die uns hierher gebracht haben.					
Die Trainer hatten Verständnis für unsere Situation.					
Der Erfahrungsaustausch untereinander hat zum Erfolg der Kontinenzschulung beigetragen.					
Ich war mit der Kontinenzschulung zufrieden.					
Die Probleme meines Kindes haben sich im Verlauf der Kontinenzschulung verbessert.					

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

