



HIGHLIGHTS VOM
GASTRODIALOG
MFA 2023

IM DIALOG FÜR
NEUE PERSPEKTIVEN

Patient*innen im Fokus

28./29. April 2023

5 JAHRE GASTRODIALOG MFA: NEUE PERSPEKTIVEN IM FOKUS

Schon zum fünften Mal öffnete der **GASTRODIALOG MFA** seine Pforten, dieses Mal in Berlin und mit einem spannenden Programm zum Motto „Im Dialog für neue Perspektiven“.

Die zahlreichen Teilnehmer*innen – live vor Ort und virtuell zugeschaltet – nutzten den Kongress auch 2023 wieder als lebendige Plattform, um die vielfältigen Fortbildungsangebote wahrzunehmen, sich aktiv auszutauschen und zu netzwerken.

Medizinische Fachassistenten und Ärzt*innen aus unterschiedlichen Bereichen teilten aktuelles Fachwissen und traten in den praxisnahen Dialog mit Blick auf verschiedenste Aspekte der CED. So ermöglichten vier interaktive **Workshops** zu den Themen Laborparameter, Notfälle, Komorbiditäten und Sedierung, Neues zu lernen, praxisrelevante Fragen zu diskutieren – und von den Erfahrungen der Kolleg*innen zu profitieren.

Auch die **Vorträge** waren thematisch breit gefächert, etwa Digitalisierung in der Praxis mit Blick auf den Patientenkomfort, chirurgische Möglichkeiten bei CED oder Transition – also der Übergang von der Kinder- und Jugendbetreuung bei CED zur Erwachsenenmedizin. Im „**MFA-Duell**“ kämpften zwei engagierte Teams darum, wer den Einschätzungen von 100 befragten MFA mit Fokus auf neuen Therapieoptionen bei CED am nächsten kam. Eine abendliche „**Dinner Lecture**“ unterhielt mit faszinierenden Fakten, neuen Erkenntnissen und witzigen Aspekten rund um das Thema Schlaf.

Lust auf mehr? Auf den folgenden Seiten erfahren Sie das Wichtigste zu den Topthemen und Highlights der diesjährigen Veranstaltung.

Viel Vergnügen und bis zum nächsten **GASTRODIALOG MFA**,

Ihr Team vom **GASTRODIALOG**



„Wir hoffen, wir haben die Themen getroffen, die euch interessieren. Und, dass ihr wieder einiges mitnehmen konntet: Wissen, Austausch, tolle Momente und ganz viel Spaß.“

Karin Menzel



*„Für die optimale Betreuung von Patient*innen mit gastroenterologischen Erkrankungen brauchen wir engagierte und interdisziplinäre Teams, die alle Aspekte abdecken.“*

Jean-Luc Delay,
Geschäftsführer Takeda Deutschland





„Beim fünften Mal fühlt sich der GASTRODIALOG fast wie eine Familie für mich an. Und er bleibt immer noch aufregend.“

Simone Breiteneicher



*„In der täglichen Routine ist die Zusammenarbeit zwischen MFA und Ärzt*innen ein wesentlicher Gewinn für die Behandlungsqualität unserer Patient*innen.“*

Prof. Dr. Carsten Büning



*„Wir als MFA sind eine wichtige und starke Säule in der Kommunikation mit unseren CED-Patient*innen: Wir holen sie genau da ab, wo sie gerade stehen, wir sprechen über ihre Sorgen, Bedürfnisse und Wünsche – und wir kommunizieren dazu auf Augenhöhe mit den Ärzt*innen, die wiederum gemeinsam mit den Patient*innen bestmögliche Behandlungswege suchen.“*

Bianca Deparade-Berger



*„Alle Teilnehmer*innen des GASTRODIALOG leisten einen ganz wesentlichen Beitrag zur Versorgung von Patient*innen mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Und wir möchten das unterstützen.“*

**Dr. Gundula Schneidewind,
Head of Business Unit Gastrointestinal, Takeda**



„Das Besondere: Hier steht Vernetzung im Mittelpunkt – und wird konkret gelebt.“

Inga Schubert



PATIENTENKOMMUNIKATION: SPRACHLOSIGKEIT ÜBERWINDEN

Susann Wienecke | Dr. med. Eduard Karsten

Der GASTRODIALOG 2023 startete mit einem gemeinsamen Auftaktvortrag für Ärzt*innen und MFA. Während der Chirurg und Proktologe Dr. Eduard Karsten die generellen Besonderheiten und Tücken der Kommunikation beleuchtete, teilte die MFA Susann Wienecke ihre Erfahrungen aus der Praxis und gab konkrete Empfehlungen, wie Kommunikation mit CED-Patient*innen gelingen kann.

Wo Patient*innen verstummen

„Was macht Ihre Patient*innen häufig sprachlos?“ Die virtuelle Umfrage im Plenum und unter den online zugeschalteten Gästen zeigte, dass vor allem Sexualität für viele CED-Patient*innen ein Tabuthema ist. Aber auch Aspekte wie Inkontinenz, psychische Belastungen oder Operationen wurden genannt. „Diese Themen werden oft von uns MFA angesprochen“, so Wienecke.

Grundlagen der Kommunikation

Menschliche Kommunikation, als „Austausch von Informationen“ definiert, findet über verschiedene Kanäle und Formen statt. Dr. Karsten erläuterte hierzu grundlegende Fakten. „Uns sollte bewusst sein, dass nicht nur das, was wir zu sagen meinen, bei den Patient*innen ankommt. Umgekehrt sollten wir auch auf die „Zwischentöne“ bei den Aussagen der Patient*innen achten, so Dr. Karsten.



*„Das Vertrauen unserer Patient*innen ist absolut wichtig. Für eine bessere Versorgung müssen wir nicht nur fachlich versiert, sondern auch integer sein – und gut kommunizieren können.“*

Dr. Eduard Karsten

Praxisnahe Unterstützung



Worauf kommt es bei der Kommunikation mit CED-Patient*innen an? Unsere **Download-Materialien zum Thema Kommunikation** halten wertvolle Tipps und Informationen parat.



<https://www.takeda-gastroenterologie.de/nursecare/service/materialien>

Die Rolle der medizinischen Fachassistenz bei der Patientenkommunikation

Auch für Susann Wienecke steht eine vertrauensvolle Beziehung zu den Patient*innen im Fokus. Erst dann könne es gelingen, medizinische Inhalte oder Behandlungsoptionen zu vermitteln. „Vor allem aber ist Vertrauen die Basis für Empowerment, für Adhärenz – und letztlich für die Zufriedenheit unserer Patient*innen“, betonte Wienecke.

Die MFA übernimmt eine zentrale Rolle für CED-Patient*innen, indem sie für Sorgen, Ängste und Fragen zum Alltagsmanagement, aber auch für individuelle und sensible Themen beratend zur Seite steht.



*„CED-Patient*innen vermissen häufig eine emotionale oder psychische Unterstützung im Arzt-Patienten-Gespräch. Diese Defizite können oft im Gespräch mit MFA aufgefangen oder gelöst werden.“*

Susanne Wienecke

„Wie beginne ich so ein Gespräch?“ Ein paar praktische Tipps:

- Gehen Sie **respektvoll und einfühlsam** mit Ihrem Gegenüber um.
- Verwenden Sie eine **verständliche und klare Sprache** (individuell auf das Vorwissen der Patient*innen zugeschnitten).
- **Hören Sie aktiv zu** und stellen Sie **Rückfragen**.
- Berücksichtigen Sie **kulturelle und soziale Unterschiede**.
- Schaffen Sie für Gespräche einen **angenehmen, vertrauensvollen und geschützten Rahmen**.
- Wählen Sie das richtige **„Timing“** – gerade für heikle Themen. Vereinbaren Sie eventuell einen Termin für spezielle Themen, auf Wunsch mit Einbeziehung des Partners oder der Partnerin.
- Versuchen Sie, **empathisch und authentisch** zu sein – wenn Sie selbst gerade sehr gestresst sind, können Sie kaum entspannt mit Ihren Patient*innen sprechen.

CED: WENN LERCHEN UND EULEN NICHT SCHLAFEN KÖNNEN ...

Prof. Dr. med. Christoph Schöbel

*„Bei chronischen Autoimmunerkrankungen wie CED laufen immunologische Mechanismen bei Schlafstörungen bidirektional ab, das heißt: Viele Patient*innen mit CED haben Schlafstörungen, die wiederum die CED triggern.“*

Prof. Dr. Christoph Schöbel

Der erste Kongresstag endete kulinarisch, unterhaltsam und informativ: Professor Christoph Schöbel, Internist, Kardiologe und Professor für Schlafmedizin an der Universität Duisburg-Essen, umrahmte mit einer „Dinner Lecture“ zum Thema Schlaf das gemeinsame Abendessen aller Kongress-Teilnehmenden. Hier einige Kernaussagen aus seinem Vortrag:

Schlaf: Integraler Bestandteil des Lebens

„Kein Schlafmediziner der Welt kann Ihnen genau sagen, was Schlaf ist“, so Professor Schöbel. Als eine der jüngsten medizinischen Disziplinen ist Schlaf immer noch nicht komplett erforscht und oft Gegenstand von Mythen, Kunst und Literatur. Eines ist jedoch klar erwiesen: Ohne Schlaf sterben wir. Aber warum ist Schlaf so wichtig?

Was passiert im Schlaf?

Studien zeigen immer deutlicher: Schlaf ist unabdingbare Voraussetzung für unzählige Prozesse unseres Körpers, zum Beispiel

- ▶ **Gedächtnisbildung und Gehirnentwicklung:** Aktuell wird erforscht, auf welche Weise während des Schlafs toxische Stoffwechselprodukte aus dem Gehirn entfernt werden.
- ▶ **Immunsystem:** Im Schlaf werden sogenannte Killerzellen aktiv, die entartete Zellen aufspüren und vernichten. Zu kurzer Schlaf erhöht auch die Infektanfälligkeit – umgekehrt kann man sich bei Infekten auch „gesundschlafen“.
- ▶ **Psychische Regeneration** und vieles mehr.

Tipps für einen guten Schlaf

- Das Bett sollte nur für Schlaf (und maximal Sex) genutzt werden – zu langes Wachliegen sollte vermieden werden.
- In der Regel benötigt der Körper sechs bis neun Stunden Schlaf. Studien belegen: Wer dauerhaft zu kurz schläft, hat ein erhöhtes Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- Das blaue Licht digitaler Geräte verhindert die Melatonin-Produktion und damit den Schlaf.
- Alkohol fördert das Einschlafen – allerdings führen die Abbauprodukte des Alkohols zu Durchschlafstörungen.
- Die Halbwertszeit von Koffein liegt bei 12 Stunden. Aber jeder Mensch reagiert individuell empfindlich auf Koffein.
- Sport: Erst zwei bis drei Stunden nach dem Sport setzt die körperliche Entspannung ein. Für einen guten Schlaf daher Sport direkt vor dem Schlafengehen vermeiden.
- Möglichst nicht kurz vor dem Schlafen schwer essen.
- Regelmäßige kurze Schlafrituale helfen, eine Ruhesituation zu schaffen. Das können auch schon „banale Tätigkeiten“ wie Zähneputzen sein.

Gestörter Schlaf?

Tagesmüdigkeit, Konzentrationsstörungen, schlechte Stimmung: All das können Anzeichen für nicht erholsamen Schlaf sein. Studien zeigen: 80 % der Erwerbstätigen schlafen schlecht. Trotzdem: „Schlaf ist dynamisch, und Schlafstörungen gehören zu unserem Leben dazu“, so Professor Schöbel. Wichtig sei aber zu unterscheiden, ob die Schlafstörungen akut oder chronisch seien – und ob körperliche Ursachen dahinterstecken. Das wird im Schlaflabor geklärt: Während der rhythmisch auftretenden Schlafphasen werden dort zahlreiche Parameter abgeleitet (Polysomnographie), z.B. Hirnströme (EEG), Augenbewegungen, Muskelspannungen oder Atemfrequenz.

Welcher Chronotyp sind Sie?

Spezielle photosensitive Rezeptoren auf der Netzhaut reagieren auf Licht und synchronisieren unsere „innere Uhr“ mit dem zirkadianen (Tag-Nacht-) Rhythmus. Daneben gibt es auch ultradiane Rhythmen – wer von uns kennt nicht den Nachmittags-Durchhänger?

Genau wie die individuell benötigte Schlafdauer ist auch genetisch festgelegt, wer abends zeitig müde und morgens früh wach ist („Lerche“) oder wer lieber spät ins Bett geht („Eule“). Die meisten Menschen können sich aber anpassen – entsprechen also am ehesten den „Tauben“.

Digitale Helfer

Die am häufigsten aktivierten Apps im Gesundheitsbereich sind Schlaf-Apps. Dabei ist wichtig: Die meisten dieser frei verkäuflichen Apps sind nicht als Medizinprodukte zertifiziert, und viele ihrer Sensoren können wesentliche Schlaf-Parameter (bisher noch) nicht messen. Allerdings gibt es bei chronischen Schlafstörungen von Krankenkassen unterstützte „Schlaf-Apps auf Rezept“ auf Basis der kognitiven Verhaltenstherapie.

Wussten Sie, ...

- dass das Muskelwachstum im Schlaf einsetzt? Tagsüber wird nur der Trainingsreiz gesetzt.
- dass jeder träumt? Erinnern kann man sich aber nur, wenn man im Traumschlaf wach wird.
- dass Frauen wie Männer im Traumschlaf eine Erektion haben, unabhängig von den Traumgehalten? Denn der Körper testet im Traumschlaf überlebenswichtige Funktionen.
- dass Männer im Partnerbett besser als Frauen schlafen?



LABORPARAMETER KENNEN, VERSTEHEN UND INTERPRETIEREN

Simone Breiteneicher | PD Dr. med. Christian Schulz

Welche Laborparameter sind wann relevant – und warum? Der Gastroenterologe Dr. Christian Schulz erläuterte im Workshop die Aussagekraft wichtiger Laborwerte bei der Diagnostik und im Krankheitsverlauf chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen. Den praktischen Bezug stellte Simone Breiteneicher mit „Ludwig“ her, einem beispielhaften CED-Patienten mit einem Krankheitsverlauf über zwei Jahrzehnte.

Darf ich vorstellen? Ludwig



„Welche Laborparameter würden Sie anfordern, was ist zielführend?“ Das fragte Simone Breiteneicher die Teilnehmenden zu Ludwigs jeweiligen Krankheitsverläufen – hier ein Auszug:

Ludwig, 42: **Diagnose PSC** (GOT, GPT, gGT, aP, Bilirubin ...) und **Pancolitis** (Calprotectin, CRP, Leukozyten, Stuhlhistologie, Impfstatus ...)

Ludwig, 55: **Verdacht auf CED-Schub** (CRP, Calprotectin, Stuhlhistologie, Blutbild, Eisenparameter ...)

Ludwig, 56: **Zunehmende Schubsymptomatik** (Calprotectin, große Laborhistologie, Stuhlhistologie, Koloskopie mit Stufenbiopsien ...)

Vor Einstellung auf Biologikum (plus Quantiferon-Test, HIV-AK, Impfter Hepatitis A, B, C ...)

„Wenn Sie Parameter zur Laborbestimmung ankreuzen, überlegen Sie bei jedem Wert: Was erwarte ich davon? Was soll als mögliche Konsequenz folgen?“

Dr. Christian Schulz



Leitfrage bei der Diagnostik

Worauf sind Beschwerden bei CED-Patient*innen zurückzuführen: Auf eine entzündliche Aktivität der Grunderkrankung, eine Infektion oder Mangelernährung? Neben den Laborwerten liefert hierzu vor allem die Anamnese wesentliche Hinweise – so kann eine Darminfektion sich ähnlich wie ein CED-Schub äußern.

„Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen sind nicht eindeutig mit einem einzelnen Parameter zu diagnostizieren – vielmehr ist es ein Puzzlespiel aus verschiedenen Befunden.“

Dr. Christian Schulz

Was kann Laborwerte bei CED-Patient*innen verändern?

- Eine gestörte Resorption aufgrund entzündlicher Darmprozesse
- Darmfunktionsminderungen bei fehlendem Segment nach OP
- Mangelernährung, Infektionen
- Wechsel- und Nebenwirkungen von Medikamenten
- Begleiterkrankungen und stattgehabte Erkrankungen
- Alter, Gewicht, Lebensstilfaktoren (Rauchen, Ernährung)

Und was ist mittlerweile mit Ludwig? „Bei der super Kommunikation zwischen MFA, Arzt und Patient kann es ihm ja nur gut gehen,“ so Breiteneicher.



GUT VORBEREITET UND GERÜSTET: TYPISCHE NOTFÄLLE IN DER PRAXIS

Inga Schubert | Yvonne Gröls

„In diesem Workshop geht es nicht um Reanimation!“ – Das stellten Inga Schubert und Yvonne Gröls gleich zu Beginn klar. Dafür erhielten die Teilnehmer*innen einen plastischen Überblick zu den häufigsten Notfällen in der Praxis – auch, aber nicht nur in der Endoskopie. Der interaktive Workshop sensibilisierte für kritische Situationen und vermittelte an konkreten Beispielen, wie Patient*innen in der Notfallsituation und danach begleitet werden sollten.

Im Mittelpunkt: Das Team

Wie muss das Praxisteam organisiert sein, um Notfälle sicher erkennen und behandeln zu können? Für die Workshop-Leiterinnen ist die Klärung dieser Frage vorrangig. Dazu gehören

- **verbindliche Absprachen im Team**
- **konkrete Vorkehrungen in der Praxis**
- **eine vollständige Notfallsausrüstung** – je nach Praxis auch zusätzlich für die Endoskopie.

„Vereinbart am besten ein Codewort bei Notfällen in der Praxis – zum Beispiel „SCHNELL“. Und legt vorher fest, wer das Kommando gibt und wer welche Aufgaben übernimmt.“

Inga Schubert

Das „Wimmelbild“ aus der Feder von Inga Schubert spiegelt die „Real-life-Situation“ bei Notfällen wider.



Was ist bei welchem Notfall zu tun?

Der Workshop thematisierte sieben verschiedene Notfälle und ihre Symptome, die teilweise mit großem schauspielerischen Talent von Inga Schubert demonstriert wurden – zum Beispiel eine Infusionsreaktion oder ein Kreislaufversagen.

Ein Fokus lag auf der Verlegung der Atemwege. Auch gastrointestinale Blutungen erfordern je nach Ursache unterschiedliche Notfallmanagements. Zu den Notfällen, die nicht speziell in der Endoskopie vorkommen, gehören Hypoglykämie bei Diabetes mellitus, Punktion eines arteriellen Gefäßes oder Panikattacken.



Gut ausgerüstet mit dem „Werkzeugkoffer“ für Notfallsituationen

Ruhe bewahren | Ruhe schaffen

Aushang Notfallnummern
Notfallequipment kennen
Check Notfallsausrüstung im Wechsel
1x jährlich Notfallschulung



Flipchart: Reanimation
Immer fragen und vergewissern:
Habe ich es richtig verstanden?
Medikamente: Welche Dosierung? Ampullen zeigen

Rettungskette Team:
Wer macht was?

Evtl. Ersthelfer*in benennen, der /die besonders geschult ist

Codewort

Not-/Zwischenfälle im Team besprechen

LÄUSE UND FLÖHE GLEICHZEITIG? INTERDISZIPLINÄRE ZUSAMMENARBEIT IN DER BETREUUNG VON CED-PATIENT*INNEN

Tanja Fischer | Petra Hartmann | Jennifer Zemke



„Welche Komorbiditäten sehen Sie bei Ihren CED-Patient*innen?“ Mit dieser Frage starteten Jennifer Zemke, Petra Hartmann und Tanja Fischer – alle drei im Vorstand der FA-CED – den interaktiven Austausch.

Und damit wurde auch klar, was sich hinter dem Thema „Läuse und Flöhe“ verbirgt. Im Fokus des Workshops standen die interdisziplinäre Zusammenarbeit von Praxisteams bei komorbiden Patient*innen und die wichtige Rolle der medizinischen Fachassistenz als Bindeglied zwischen allen Beteiligten.

*„Man muss an mehreren Schrauben drehen, damit es Patient*innen besser geht.“*

Jennifer Zemke

Blick über den Tellerrand

Bei CED-Patient*innen können viele unterschiedliche Komorbiditäten auftreten – also zusätzliche, diagnostisch abgrenzbare Erkrankungen im Rahmen der Grunderkrankung. Die Workshop-Leiterinnen stellten exemplarisch drei Komorbiditäten vor und schärften den Blick für deren häufigste Erscheinungsbilder:

Multiple Sklerose (MS)

Akne inversa

Psychische Erkrankungen

SEDIERUNG IN DER ENDOSKOPIE: WORAUF KOMMT ES AN?

Sabine Ehrich | Dr. med. Jochen Maul

Was ist bei Sedierungen in der Endoskopie wichtig? Welche Aufgaben hat dabei die medizinische Fachassistenz? Wie sollte die Betreuung der CED-Patient*innen aussehen? – Dies waren nur einige der Aspekte, die Sabine Ehrich und der Gastroenterologe Dr. Jochen Maul thematisierten. Ein spannendes Ergebnis des praxisnahen Workshops war die große individuelle Bandbreite der Praxen bei Sedierungen im Rahmen von Endoskopien.

*„Es gibt viele verschiedene Wege zu einer optimalen Sedierung. Wichtig ist, die besten und sichersten Bausteine für die Patient*innen zusammenzustellen, die in der Praxis gut funktionieren.“*

Dr. Jochen Maul

Konkrete Fragen – praxisnahe Antworten

Die Teilnehmer*innen brachten zahlreiche Anliegen und Fragen aus ihrem Praxisalltag ein, die im regen Austausch diskutiert wurden, z. B.:

- Einleitung und Ende der Sedierung
- Sättigungswerte
- Besonderheiten bei älteren Patient*innen
- Aktuelle Leitlinien
- Einschätzung der ASA-Klassifikation I-IV, konkret auch die Rolle des BMI

*„Wenn Sie den Eindruck haben, das von den Patient*innen angegebene Gewicht kann nicht stimmen, stellen Sie sie auf die Waage – der BMI ist essenziell bei der Einschätzung zur Sedierung.“*

Sabine Ehrich

Auch Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen den Erkrankungen wurden deutlich: So können sich etwa Ausprägungen von Akne inversa vermehrt bei einer aktiven CED zeigen – und wiederum den Leidensdruck und psychische Probleme verstärken.

Notwendig: An einem Strang ziehen

Jennifer Zemke stellte vor, wie die interdisziplinäre Zusammenarbeit gelingen kann. Dafür gibt es wichtige Voraussetzungen:

- ▶ **Wahrnehmen:** Im Austausch mit den Patient*innen und über die Beobachtung können charakteristische Ausprägungen von Begleiterkrankungen deutlich werden.
- ▶ **Kommunizieren:** „Unsere Patient*innen vertrauen uns viel an, und es ist wichtig, dass wir das auch an die Kolleg*innen und Ärzt*innen kommunizieren und dokumentieren“, so Tanja Fischer.
- ▶ **Netzwerken:** Die MFA spielt eine Schlüsselrolle beim Aufbau interdisziplinärer Vernetzungen. „Als Ansprechpartner und Vermittler sind wir ein ganz wichtiger Teil des multidisziplinären Teams“, betonte Jennifer Zemke.

*„Wir MFA sind ganz oft Brückenbauer zu den Praxen der jeweils anderen Fachrichtungen, um es den Patient*innen mit Komorbiditäten einfacher zu machen. Denn Läuse und Flöhe zusammen sind halt nun mal kompliziert...“*

Petra Hartmann



Individuelle Entscheidungen

Die Frage, bei wie vielen Gastroskopen in etwa sediert werde, ergab eine Spanne zwischen 50 und 100 % – also je nach Praxis hochindividuelle Entscheidungen, die beispielsweise auch von der Infrastruktur abhängen (ist die Praxis für die Patient*innen gut öffentlich erreichbar?). Auch das Vorgehen und die Dosisfindung bei der Sedierung wird von Praxis zu Praxis unterschiedlich gehandhabt.

Was ist bei der Sedierung von CED-Patient*innen prinzipiell anders?

O-Töne der Teilnehmer*innen:

*„CED-Patient*innen haben oft schon viele Endoskopien hinter sich und sind ängstlicher. Wir kümmern uns besonders um sie.“*

*„Ich ertaste den Bauch anders, die Darmschleimhaut ist viel instabiler als bei anderen Patient*innen.“*

*„Wir achten bei der Dosierung der Medikamente darauf, dass diese Patient*innen wirklich schlafen.“*

*„Die Endoskopien sollten bei CED-Patient*innen unbedingt atraumatisch sein. Wenn Patient*innen aufgrund schlechter Erfahrungen nicht mehr zur Endoskopie kommen, lässt sich der Erkrankungsverlauf schlecht überwachen.“*

Dr. Jochen Maul

WISSENSWERTES FÜR DIE PRAKTISCHE ANWENDUNG: NEUE THERAPIEN BEI CED

Simone Breitenreicher | Bianca Deparade-Berger versus Karin Menzel | Inga Schubert



Neue Therapien bei CED – das MFA-Duell

Lust zu spielen? Aber klar! – Die vier MFA-Kolleginnen aus der fachlichen Leitung waren sofort dabei. Im Stil der Spielshow „Familien-Duell“ waren im Vorfeld **100 MFA zu neun ausgewählten Themenfeldern rund um neue CED-Therapien** befragt worden. Aufgabe der beiden Teams war es, jeweils innerhalb von 30 Sekunden die von den befragten MFA am häufigsten genannte Antwort herauszufinden.

Simone Breitenreicher und Bianca Deparade-Berger traten gegen Karin Menzel und Inga Schubert an. Nach einem spannenden Kopf-an-Kopf-Rennen konnte das Team Breitenreicher/Deparade-Berger das Duell mit 6:4 Punkten für sich entscheiden.

1 Fortbildung

Antworten der vorab befragten MFA:

Welche Fortbildungen besuchen wir, wenn es um neue Therapien geht?

1. CED-Fortbildungen
2. GastroDialog
3. Interne

„Ihr wisst aus Erfahrung, wieviel Input ihr aus Fortbildungen bekommt. Nutzt jede Fortbildungsmöglichkeit, auch z.B. über die FA-CED.“

Karin Menzel

2 Erfahrungsaustausch

Wie tauschen wir unsere Erfahrungen zu neuen Therapien aus?

1. Team
2. Fortbildungen
3. Internet

„Ganz wichtig ist der Erfahrungsaustausch zu neuen Therapien im Team. Nehmt dabei gerade auch junge oder unerfahrene Kolleg*innen im Praxisalltag mit ins Boot.“

Karin Menzel

3 Wissen

Wo informieren wir uns zu neuen Therapien?

1. Fortbildungen
2. Ärzt*innen
3. Pharmaunternehmen

„Wir wollen unsere Patient*innen aufklären und zufriedenstellend informieren, gleichzeitig auch die Ärzte und Ärztinnen unterstützen. Die Fortbildungen von FA-CED, dem Kompetenznetz und von Pharmafirmen bieten super Möglichkeiten, uns zu informieren und zu den Erfahrungen mit neuen Therapien auszutauschen.“

Simone Breitenreicher

4 Das Fragezeichen

Welches Thema wünschen wir uns für den nächsten GASTRODIALOG?

1. Schwangerschaft
2. Erstdiagnose
3. Therapieformen

5 Kommunikation

Welches ist unsere größte Hürde in der Kommunikation mit unseren Patient*innen zu neuen Therapien?

1. Zeit
2. Unsicherheit
3. Non-Compliance

„Kommunikation ist unser Handwerkszeug, das zur Compliance beiträgt. Gerade bei der Einstellung auf orale Therapien rufen wir die Patient*innen an und fragen sie, wie es ihnen geht – um schnell von möglichen Hürden oder Problemen bei ihnen zu erfahren.“

Bianca Deparade-Berger

6 Besondere Patient*innen

Welche Patient*innen brauchen bei neuen Therapien unsere erhöhte Aufmerksamkeit?

1. Junge
2. Chronische
3. Risikopatient*innen

Ob Heranwachsende, Ältere, Risikopatient*innen: Alle sind auf ihre Art herausfordernd – und da sind wir wieder beim Thema, wie wichtig gute Kommunikation ist. Oft verstecken Patient*innen sich hinter einer Maske, weil sie Ängste und Sorgen haben. Das müssen wir herausfinden und darauf reagieren, um gemeinsam eine passende Therapieoption zu finden.“

Bianca Deparade-Berger

7 Behandlungsteam

Was ist das Wichtigste für ein Behandlungsteam bei neuen Therapien?

1. Kommunikation/ Austausch
2. Fachwissen
3. Zeit

„Das Wichtigste ist, dass alle an einem Strang ziehen und niemand Angst vor „dummen“ Fragen hat. Wir alle können nur aus Fehlern lernen, und je komplexer und individueller die Behandlungen werden, desto wichtiger ist der Austausch.“

Simone Breitenreicher

8 Arbeitsabläufe

Was brauchen wir unbedingt, um neue Therapien in unseren Arbeitsablauf zu integrieren?

1. Informationen
2. Fortbildungen
3. Zeit

Neben Informationen brauchen wir auch Struktur: In welchem Rahmen und wann besprechen wir neue Therapien? Wo bekomme ich das Material für bestimmte Applikationsformen her? Das muss alles organisiert sein.“

Inga Schubert

9 Therapietreue

Was beeinflusst die Therapietreue unserer Patient*innen bei neuen Therapien?

1. Aufklärung
2. Vertrauen
3. Ärzt*in

„Wenn man Patient*innen über neue Therapien informiert, merkt man schnell, ob ‚die Jacke passt‘, und das ist sehr individuell. Therapien müssen passen – wir alle ziehen ja auch gerne bequeme Sachen an.“

Inga Schubert

VON DER PÄDIATRIE IN DIE ERWACHSENEN-MEDIZIN: BETREUUNG VON CED-PATIENT*INNEN IN EINER VULNERABLEN PHASE

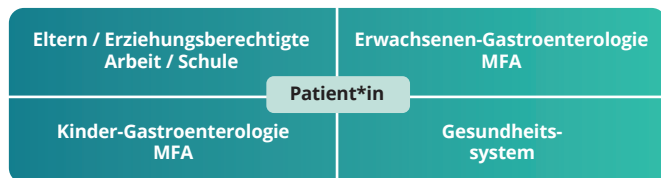
Dr. med. Philip Grunert | Dr. med. Steffen Reinsch

Aus Kindern und Jugendlichen mit chronisch-entzündlichen Darm-erkrankungen werden erwachsene CED-Patient*innen. Doch wie gelingt der Übergang von der kinderärztlichen Betreuung in die Erwachsenenmedizin – die sogenannte Transition?

Zwei Experten aus dem Universitätsklinikum Jena gaben einen spannenden Einblick und sensibilisierten für die Situation junger Patient*innen und deren Umfeld.

Transition bei CED: Was steckt dahinter?

Der Pädiater Dr. Steffen Reinsch und der Gastroenterologe Dr. Philip Grunert arbeiten bei Transitionsprozessen eng zusammen und tauschen sich in zweiwöchentlichen CED-Boards mit anderen Experten über die jungen CED-Patient*innen im Übergang zur Erwachsenenversorgung aus. „Unser oberstes Ziel ist dabei, Fehl- und Unter-versorgung zu verhindern“, so Dr. Reinsch.



Transition – Änderung auf mehreren Ebenen

Die Zeit der Transition – meist im 18. bis 19. Lebensjahr – fällt in eine schwierige und vulnerable Phase: Die jungen Menschen machen umfassende körperliche, emotionale und psychosoziale Entwicklungen durch und erleben wichtige „Life-events“ wie Schulabschluss, Auszug oder Studienbeginn. Gleichzeitig steht der Wechsel von der pädiatrischen Behandlung, bei der vorrangig die Eltern Entscheidungen treffen, zur Erwachsenen-Gastroenterologie an. Dafür müssen die Betroffenen lernen, schrittweise autonom und eigenständig zu werden. Gelingt dieser Übergang nicht, sinken Adhärenz und Motivation – mit der Folge häufigerer Vorstellungen in Notaufnahmen, Hospitalisierungen und Operationen.

„Wir sehen die Kinder teilweise über Jahre und sind emotional eng mit ihnen und ihrer Familie verbunden. Beim Übergang nehmen wir uns viel Zeit und versuchen immer wieder alle Beteiligten mit ins Boot zu holen.“

Dr. Steffen Reinsch

CED im pädiatrischen Blick

CED im Kindesalter weist einige Besonderheiten auf:

- Die Inzidenz (Neuerkrankungen pro 100.000 Einwohner pro Jahr) der CED im Kindesalter ist in den Industrienationen in den letzten Jahren deutlich gestiegen.
- Dabei liegt Morbus Crohn bei Kindern und jungen Erwachsenen deutlich vorne: „Bis zu zwei Drittel unserer Patienten sind davon betroffen“, so Dr. Reinsch.
- Therapeutisch werden häufig Immunmodulatoren oder Biologika eingesetzt. Das erfordert eine hohe Adhärenz seitens der jungen Patient*innen und der Eltern.

Wo gibt es Unterstützung?

Für Betroffene

Junge Menschen mit chronischen Erkrankungen finden auf der Seite „between“ hilfreiche Tipps für unterschiedlichste Lebenslagen und Situationen (www.between-kompas.com).

Für Eltern

Der „between Elterncoach“ (<https://between-elterncoach.de/>) bringt Familien und Angehörigen das Erwachsenwerden mit chronischen Erkrankungen und die dazu notwendigen Prozesse nahe.

Für das Behandlungsteam

Strukturierte Programme zeigen, wie Transition gelingt. Als etabliertes „Role model“ gilt das Berliner Transitionsprogramm. Mit dem „Jenaer Modell“ wurde ein weiteres Transitionskonzept entwickelt.

Die wichtige Rolle der MFA

Studien zu strukturierten Transitionsprogrammen zeigen, dass begleitende Teams aus CED-Fachassistenten und Ärzt*innen die Selbstwirksamkeit der Patient*innen, ihr Verständnis für die Therapie sowie ihre Adhärenz steigern.^{1,2} Der medizinischen Fachassistenz fällt dabei ein wesentlicher Part zu. Ein paar Beispiele:

- **Vertrauen** zu den jungen Patient*innen aufbauen (es ist ihr erster Kontakt mit der Erwachsenenmedizin!)
- **Verständnis** für das Verhalten der Jugendlichen in Transition mitbringen
- In aktiven Lebensphasen **begleiten/beraten**
- Beim Erstkontakt **auf den Termin vorbereiten**
- **Informationsmaterial** bereitstellen und erklären
- Weiteren **Unterstützungsbedarf** erfragen
- **Terminadhärenz** beachten, etc.

1. Fu N et al (2017). Transition clinic attendance is associated with improved beliefs and attitudes toward medicine in patients with inflammatory bowel disease. World J Gastroenterol; 23: 5405–11. 2. Yerushalmy-Feler A et al (2017). Adolescent transition clinic in inflammatory bowel disease: quantitative assessment of self-efficacy skills. Eur J Gastroenterol Hepatol; 29: 831–7.



DIGITALISIERUNG „PATIENTENNAH“: PATIENTENKOMFORT IM FOKUS

Karin Menzel

Büroklammern, Post-its oder Aktenordner: Oft gehören sie noch zum Praxisalltag. Doch die Digitalisierung ist auch hier klar auf dem Vormarsch. Karin Menzel zeigt am Beispiel von Neu-Patient*innen, welche digitalen Tools sie und ihr Team im MVZ Portal 10 in Münster einsetzen – und wie damit eine komfortable und zeitsparende Patientenbetreuung und -verwaltung gelingen kann.



Analog oder digital – wie sieht es in den Praxen aus?

Im Austausch mit den Teilnehmenden wurde schnell klar: Die meisten Praxen arbeiten mit einem bunten Mix aus analogen Materialien oder Dokumenten (z.B. Anleitungen, Anamnesebögen) und aus digitalen Anwendungen, etwa Telefonassistenz, Email, eAU, ePatientenakte oder Videosprechstunde.

Der Trend geht in Richtung Digitalisierung – allerdings sind noch nicht alle verfügbaren Prozesse und Systeme optimal für den Praxisalltag ausgelegt. „Theorie und Praxis klaffen da leider oft noch auseinander“, so Menzel.

Patientenaufnahme und -behandlung: Digitale Möglichkeiten

Schon die Erstaufnahme kann digital unterstützt werden: Über Tablets an der Anmeldung können Patient*innen den Datenschutzregeln zustimmen und Optionen auswählen, z.B. SMS-Terminerinnerungen.

Auch im Behandlungsverlauf gibt es zahlreiche digitale Alternativen: So lassen sich Fragebögen von zu Hause aus oder in der Praxis digital ausfüllen und können dann direkt in die Akte übertragen werden. Auch Anordnungen und Rezepte lassen sich digital vorbereiten.



Digitale Terminvereinbarung

Als hilfreiches Tool stellte Karin Menzel die Online-Terminvereinbarung ihrer Praxis vor. Über die Praxis-Homepage können Patient*innen Termine ausmachen, entweder zu akuten Beschwerden, zur Vorsorge-Koloskopie oder zur Video-Sprechstunde.

Einige Vorteile:

- Zeitersparnis (z.B. keine Telefon-Warteschleifen)
- Komfort: Erreichbarkeit außerhalb der Praxisöffnungszeiten
- Flexibilität bei der Terminwahl
- Optimal für Gehörlose

Auch das Praxisteam profitiert:

Neben Zeitersparnis und Entlastung der Anmeldung können durch das geführte Anmeldesystem diagnostische und therapeutische Prozesse zielgerichtet vorbereitet werden.

„Trotzdem brauchen wir ein Gespür dafür, welche Patient*innen es nicht vermögen, sich online anzumelden“, betont Menzel.

Digitale Unterstützung nutzen

Einige digitale Tools und Anwendungen sind für Karin Menzel im Praxisalltag nicht mehr wegzudenken:

- ▶ **Eine nutzerfreundliche, informative Praxis-Homepage** mit herunterladbaren Dokumenten und ausdrucksfähigen Anleitungen
- ▶ **Die elektronische Patientenakte (ePA)** mit zahlreichen Funktionen, z.B. Rezepte ausstellen, externe Befunde einscannen, interne Notizen und Chats nutzen
- ▶ **Online-Kontakt zur CED-FA über QR-Code**
- ▶ **Elektronische Terminbestätigungen und -erinnerungen**, z.B. zur Infusionstherapie

Ausblick

„Wir sind ständig dabei, weitere Fragebögen und Bescheinigungen digital zur Verfügung zu stellen“, so Menzel.

Ein Wunsch für künftige digitale Verbesserungen: Fragebögen im Verlauf einer Erkrankung miteinander abgleichen zu können, um visuell rasch Veränderungen und Entwicklungen zu erkennen (etwa vor vs. nach einer Therapie-Umstellung).

Wussten Sie, ...

dass die ersten digitalen Prozesse schon **im 19. Jahrhundert** begannen?

1805 wurde der Jaquardwebstuhl erfunden, bei dem die Kettfäden über aneinandergereihte Lochkarten geleitet werden.

1825 erfand Louis Braille die Brailleschrift, eine aus 6 Punkten bestehende ertastbare Blindenschrift.



CHIRURGISCHE MÖGLICHKEITEN FÜR CED-PATIENT*INNEN AUS SICHT VON ÄRZT*INNEN UND MFA

Bianca Deparade-Berger | Valene Hanratty | Dr. med. Roland Scherer

Was passiert rund um operative Eingriffe bei CED-Patient*innen? Zu diesem Thema ließen die Referent*innen ihren klinischen und chirurgischen Alltag aus unterschiedlichen Perspektiven lebendig werden.

Während Valene Hanratty die wichtige Rolle der medizinischen Fachassistenz in der perioperativen Phase erläuterte, schilderte Bianca Deparade-Berger plastisch und mit großer Empathie den Fall ihrer Patientin Tamara. Der Viszeralchirurg Dr. Roland Scherer gab mit einem Videomitschnitt einer Ileozökalresektion bei CED einen eindrücklichen Live-Einblick in seine Arbeit.

Die Rolle der MFA im chirurgischen Umfeld

Die N-ECCO-Statements sind europaweite Richtlinien der European Crohn's and Colitis Organisation (ECCO), die sich speziell an MFA richten. Beispielhaft stellte Valene Hanratty die Statements zu Fisteln und zur perioperativen Betreuung bei Stoma- oder ileoanaler Pouch-Operation vor.

*„Wir als CED-Fachassistenten kommunizieren als Teil eines multidisziplinären Teams mit allen Beteiligten. Wir unterstützen die Patient*innen, informieren und begleiten sie – auch und gerade in der perioperativen Phase.“*

Valene Hanratty

Tamara: Ein Fall aus der klinischen Praxis

Tamara, 21 Jahre und Mutter einer kleinen Tochter, erhielt 2021 die Erstdiagnose Morbus Crohn mit Befall des oberen GI-Traktes. Es folgten mehrere Therapien mit unterschiedlichen Biologika. Ende 2022 wurde ein akutes Abdomen mit einer entzündlich bedingten Stenose im Ileozökal-Bereich diagnostiziert. Die Vorstellung im CED-Board ergab, dass eine Operation notwendig sei.

Aufgrund ihres Lebensstils (Rauchen, wenig Bewegung, Fast-food-Ernährung), psychischer Belastungen und des schlechten Allgemeinzustands erhielt Tamara eine Prähabilitation. Darunter fallen Maßnahmen, um die körperliche und geistige Gesundheit vor der Operation zu verbessern, mit dem Ziel einer besseren postoperativen Heilung. Nach der Operation erhielt Tamara eine medikamentöse Rezidivprophylaxe.

*„Wir operieren CED-Patient*innen nur, wenn es wirklich sein muss. Aber wenn wir operieren, dann mit möglichst schonenden Operationstechniken. Außerdem sollten Patient*innen optimal vorbereitet werden, etwa durch Medikamente oder Ernährungsumstellungen.“*

Dr. Roland Scherer



Die chirurgische Sicht

„Die Art der Stenose (durch Tumor, Narben oder Entzündung bedingt) bestimmt die Therapieentscheidung“, betonte Dr. Scherer – und auch nicht alle Morbus-Crohn-bedingten Stenosen werden operativ behandelt.

In seinem Video zeigte er einen Roboter-assistierte minimalinvasiven Eingriff mit Entfernung (Resektion) eines entzündeten Abschnittes am Übergang vom Dünndarm zum Dickdarm (Ileozökal-Segment) und die anschließende Wiederverbindung (Anastomose) von Dünndarm und Dickdarm.

*„Es ist so wichtig, die Patient*innen nach der Operation besonders aufmerksam zu begleiten. Wir müssen klarstellen, dass die Erkrankung weiter in ihrem Leben bleiben wird und wir sie unterstützen – aber auch, dass ihre aktive Mitarbeit notwendig ist.“*

Bianca Deparade-Berger

Wussten Sie, ...

dass etwa **70%** der Patient*innen mit Morbus Crohn und **30%** der Patient*innen mit Colitis ulcerosa im Laufe ihrer Erkrankung operiert werden?

Sehr viele Patient*innen erreichen dadurch eine bessere Lebensqualität.

„Operationen sind Bestandteil der CED-Therapie und müssen als solches auch kommuniziert werden.“

Valene Hanratty

GASTRO
DIALOG

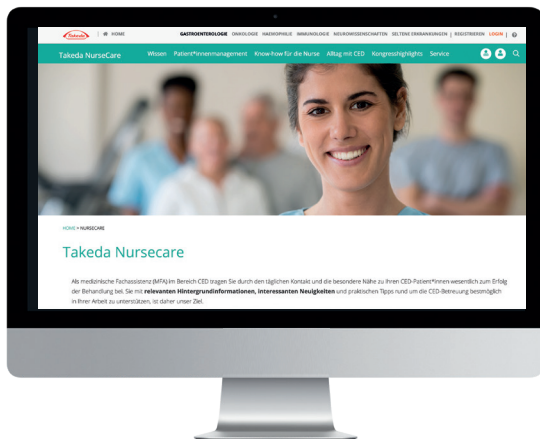
MFA

DER DIALOG GEHT WEITER!

Freuen Sie sich bereits heute auf den nächsten **GASTRODIALOG**. Gern halten wir Sie auf dem Laufenden!



www.gastrodialog-ced.de



Möchten Sie immer aktuell informiert sein? Melden Sie sich jetzt auf unserer Website für den exklusiven E-Mail Service für CED-Fachassistenten an.



<https://www.takeda-gastroenterologie.de/nursecare/service/newsletter>

