



Projekt **IBIS** Individualisierte **BTX-Intensiv-Schulung**



Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in Ihrer Einrichtung ist eine **individualisierte**, ganz auf Ihre Anforderungen zugeschnittene **BTX-Intensiv-Schulung** vorgesehen.

Zur gezielten Vorbereitung benötigen wir dafür vorab einige Informationen von Ihnen, damit wir die Schulung ganz auf Ihre Bedürfnisse abstimmen können. Nur so können wir einen möglichst hohen Nutzen in einer kurzen Zeiteinheit gewährleisten.

Bitte nehmen Sie sich daher einige Minuten Zeit und füllen Sie bitte die folgenden Seiten aus und faxen Sie diese an die folgende Nummer zurück:

FAX: 06172 / 45 295 06

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.





1 Ist die **BTX-Therapie** in Ihrer Einrichtung **bereits etabliert**?

ja nein

wenn ja, wie lange? _____

2 Um welche Art von Einrichtung handelt es sich?

SPZ Kinderklinik Orthopädie/Kinderorthopädie
 andere Einrichtung _____

3 In welche **Kenntnisstufe** würden Sie sich bezüglich der BTX-Therapie einordnen?

Anfänger Grundkenntnisse
 sehr gute Grundkenntnisse Fortgeschrittener

4 Haben Sie bereits schon einmal an einer **Schulung** zum Thema BTX teilgenommen?

ja nein

wenn ja, an welcher Art? _____

5 Wer ist in Ihrem Zentrum an der **Betreuung der Patienten**, die zur BTX-Therapie einbestellt werden beteiligt?

ein Arzt mehrere Ärzte Schwester(n)
 Physiotherapeuten Ergotherapeuten Orthopäden andere _____

6 Besteht bei Ihnen bereits eine **strukturierte BTX-Sprechstunde**?

ja nein

wenn ja, bestellen Sie die Patienten an einem oder mehreren Wochentagen ein?

ja nein

Wenn noch keine BTX-Sprechstunde besteht, planen Sie die Einrichtung einer festen Sprechstunde?

ja nein

wenn ja, innerhalb welcher Zeit? _____

Wenn Sie bereits mit BTX arbeiten, beantworten Sie bitte die Fragen 7 bis 14. Wenn nicht, können Sie die Beantwortung bei Frage 15 fortsetzen

7 Welche BTX-Präparate setzen Sie ein?

BOTOX[®] Dysport[®] Xeomin[®] NeuroBloc[®]

8 Welche technischen Möglichkeiten nutzen Sie zur Vorbereitung der Injektion?

Palpation Ultraschall EMG

9 Ist die Ultraschall-gestützte Injektionstechnik in Ihrer Einrichtung bereits etabliert?

ja nein

wenn nein, möchten Sie sie in Zukunft nutzen?

ja nein

wenn ja, verfügen Sie bereits über ein geeignetes Sonographiegerät?

ja nein

10 Wie bereiten Sie die Kinder auf eine Injektion vor?

- EMLA-Pflaster Eisspray
 Sedierung Narkose

welche Art von Sedierung nutzen Sie? _____

11 Welche Möglichkeiten der Dokumentation nutzen Sie?

- Anamnesebögen Neutral-Null-Methode
 Injektionsprotokoll Videoaufzeichnung
 Ganglabor GMFM (Gross Motor Function Measurement)
 GAS (Goal Attainment Scale)
 andere: _____

12 Bestellen Sie die Patienten nach einer Injektion zu einer Kontrolluntersuchung

- ja nein

wenn ja, nach welchem Zeitintervall? _____

13 Nutzen Sie in Verbindung mit der BTX-Injektion regelmäßig die Versorgung mit

- Orthesen Lagerungsschienen Therapiegipsen nach Injektion

14 Haben Sie eine kinderorthopädische Abteilung /einen Kinderorthopäden mit dem Sie zusammenarbeiten?

- ja nein

wenn ja, wen: _____

15 Welche Gruppen sollen an der IBIS-Schulung teilnehmen?

- Ärzte Schwestern
 Physiotherapeuten weitere: _____

16 Wünschen Sie sich zunächst eine **theoretische Unterweisung**, die sich vor allem an **Anfänger** und Personen mit **Grundkenntnissen** richtet?

- ja nein

wenn nein, sollen im Rahmen der Schulung in einem „Hands On“-Kurs Patienten von Ihnen behandelt werden?

- ja nein

17 Wenn Sie mit einer BTX-Sprechstunde beginnen, welche Indikationen möchten Sie schwerpunktmäßig behandeln?

- Schwerpunkt untere Extremität / Spitzfuß
 Schwerpunkt mit oberer Extremität / Handfehlstellungen
 Multileveltherapie mit Injektion des M. iliopsoas
 Schmerztherapie bei Spastik
 Therapie der Sialorrhoe im Rahmen einer ICP

18 Welche **Wünsche** haben Sie an die Schulung?

19 Welches **Ziel** möchten Sie mit der Schulung erreichen?

20 Haben Sie einen bestimmten **Terminwunsch** für die Schulung?

Zeitraum: _____
Wochentag: _____

21 Bitte nennen Sie uns den zuständigen **Ansprechpartner** in Ihrer Einrichtung, mit dem wir weitere Details abklären können:

Titel: _____
Name: _____
Vorname: _____
Funktion: _____
Name der Einrichtung: _____
Strasse: _____
PLZ: _____
Ort: _____
Tel.: _____
Fax: _____
E-Mail: _____

(bitte leserlich schreiben, damit eine Kontaktaufnahme möglich ist.)

22. Schulungsmodule

Folgende Schulungsmodule können ausgewählt werden. Dabei sollten Sie sich (möglichst) auf die Wahl von **vier verschiedenen Modulen** beschränken, damit der geplante Inhalt auch zeitlich vermittelt werden kann.

Bitte wählen sie durch ankreuzen aus:

1	Einführung in die Botulinumtoxintherapie für Anfänger / Anwender mit Grundkenntnissen	
2	Botulinumtoxintherapie für Fortgeschrittene / Neue Aspekte der Therapie	
3	Einführung in die Botulinumtoxintherapie für Schwestern / Arzthelferinnen / Therapeuten	
4	Pharmakologische Grundlagen der Botulinumtoxintherapie	
5	Medikolegale Aspekte der Botulinumtoxintherapie	
6	Indikationen der Botulinumtoxintherapie im Kindesalter	
7	Praxismanagement (Ablauf einer Sprechstunde, Organisation, Strukturierung)	
8	Qualitätsmanagement (Aspekte des QM bis hin zur Zertifizierung)	
9	Behandlungsalgorithmen bei spastischen Bewegungsstörungen	
10	Spastische Bewegungsmuster an der unteren Extremität	
11	Spastische Bewegungsmuster an der oberen Extremität / Handfehlstellungen	
12	Theoretische Einführung in die Ultraschall-gestützte Injektionstechnik	
13	Sedierung / Vorbereitung der Kinder auf die Injektion	
14	Praktische Einführung in die Ultraschall-gestützte Injektionstechnik	
15	Praktische Durchführung der Ultraschall-gestützte Injektionstechnik (A) an der unteren Extremität (B) an der oberen Extremität (C) an den Speicheldrüsen	
16	Praktische Behandlung von Patienten aus der eigenen Sprechstunde / Untersuchung / Aufstellung des Injektionsschemas / Sedierung / Ultraschall / Injektion	
17	Untersuchungstechniken an der unteren Extremität	
18	Verschiedene Dokumentationstechniken in der Sprechstunde Anamnesebögen / Injektionsprotokolle / Videoaufzeichnung / Ganglabor / GMFM (Gross Motor Function Measurement) / GAS (Goal Attainment Scale)	
19	Optimierung der BTX-Therapie (Gipsversorgung / Orthesen usw.)	
20	Nachbetreuung der Patienten nach einer Injektion	

Selbstverständlich sind Ihre Wünsche und Anregungen willkommen, wenn Sie Ihr Thema nicht in der Liste finden:

Wunschthema:
