

Anwendung eines kontinuierlichen Stuhl drainagesystems am Beispiel einer Inkontinenzassoziierten Dermatitis

Das Thema Inkontinenz gehört nach wie vor zu den stark tabuisierten Themen. Eine häufige Folgekomplikation der Stuhl- und/oder Urininkontinenz sind die schwer beherrschbaren Hautkomplikationen, die auch als Inkontinenzassoziierte Dermatitis (IAD) bezeichnet wird. Hierbei handelt es sich um Irritationen, die aufgrund einer vorgeschädigten Haut entstehen. „42% der inkontinenten Erwachsenen in einem Krankenhaus und 83% inkontinenter Personen in einer Intensivstation entwickeln eine IAD“ (Kroboth 2014, S. 4). Dies stellt gerade im Gesundheitssystem ein häufiges Problem dar, da eine IAD in bestimmten Stadien oftmals fehldiagnostiziert wird (Uebach 2020).

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden auf die gleichzeitige Verwendung weiblicher und männlicher Sprachformen verzichtet und das generische Maskulinum verwendet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für beide Geschlechter.

Inkontinenzassoziierte Dermatitis (IAD)

„Die aktuelle Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten der Weltgesundheitsorganisation (ICD-10, in Gebrauch seit 1994) enthält einen Code für Windeldermatitis, aber keinen gesonderten Code für IAD. Das Expertenpanel empfiehlt, dass der Begriff IAD definiert und in die ICD aufgenommen wird, und dass sie von Windeldermatitis abgegrenzt werden soll.

Die Verwendung einer einheitlichen Terminologie für IAD ist förderlich für die Forschung und sorgt für eine verbesserte Ausbildung von Gesundheitsdienstleistern“ (Wounds International 2015, S. 1).

Die Inkontinenzassoziierte Dermatitis (IAD) ist Teil einer Gruppe von Krankheitsbildern, die international als Moisture-Associated Skin Damage (MASD) bezeichnet werden. Sie umfasst alle Hautveränderungen, die durch Körperflüssigkeiten im direkten Kontakt zur Haut verursacht werden. In Anlehnung an diese Terminologie wurde für den deutschsprachigen Raum der Begriff „Flüssigkeitsassoziierte Hautschäden (FAH)“ gewählt. Durch den permanenten Einfluss von Stuhl und/oder Urin, sowie einer damit verbundenen physikalisch-irritativen und/oder chemischen Reizung manifestiert sich klinisch eine Rötung oder Schwellung, die oft mit brennenden Schmerzen einhergeht (WundDACH 2021). Basierend auf klinischen Studien zeigt sich, dass mit steigendem Alter der unwillkürliche Verlust von Stuhl und/oder Urin zunimmt. 11% der Menschen über 60 Jahre und fast 30% aller Menschen über 80 Jahre leiden an einer Urininkontinenz und etwa 5% der Bevölkerung an einer Stuhlinkontinenz. Insgesamt zeigt sich, dass Menschen, die an einer Stuhl- oder Doppelinkontinenz (Stuhl + Urin) leiden, dem höchsten Risiko ausgesetzt sind, eine IAD zu entwickeln. Dabei erhöht flüssiger Stuhl das Risiko nochmal. Die Exposition ist allerdings nicht die alleinige Ursache für die Entstehung der entzündlichen Hautveränderungen. Meist spielen weitere Faktoren eine Rolle. Weitere Risikofaktoren sind, neben einer hohen Defäkationsfrequenz, eine bereits vorgeschädigte Hautbarriere, eingeschränkte Mobilität, die Einnahme bestimmter Medikamente, wie bspw. Immunsuppressiva/ Antibiotika und ein vermindertes kognitives Bewusstsein (Uebach 2020).

Folgende Kriterien können eine IAD verursachen:

- längerfristige Exposition gegenüber Stuhl und Urin
- Anstieg des pH-Wertes der Haut
- Reibung durch Kleidung
- Allergene oder Reizstoffe
- häufige Reinigung der Haut
- Okklusion durch aufsaugende Inkontinenzhilfsmittel
- Okklusive Hautpflegeprodukte (zu dick aufgetragen)

Als weitere Risikofaktoren einer IAD werden hohes Lebensalter, schlechter Ernährungszustand, Begleiterkrankungen sowie unzureichende Versorgung mit Sauerstoff, Menschen mit eingeschränkter Körperhygiene als auch Schmerzen beschrieben (Kroboth 2014). Alle Hautareale, die mit Stuhl und/oder Urin in Kontakt kommen, können von einer IAD betroffen sein. Abhängig vom Umfang des Kontakts mit Stuhl und/oder Urin kann die IAD große Hautareale betreffen und nicht nur die Haut des Perineums (Uebach 2020).

Symptome

Die IAD zeigt sich für gewöhnlich in Hautfalten und auf feuchten Kontaktflächen. Sie ist meist perineal lokalisiert und weist häufig einen typischen Geruch von Ammoniak auf. Es kommt zu entzündlichen Hautveränderungen der Haut, die wie folgt erscheinen können:

- Beeinträchtigung der Barrierefunktion der Haut durch Schädigung bis Zerstörung der Epidermis
- Ekzeme mit begleitender Rötung, Schuppung, Schwellung, Überwärmung oder Bläschenbildung, sowie Krusten bis hin zur Mazeration
- oberflächliche, nässende, sehr schmerzhaft Wunden, die mit Juckreiz einhergehen können
- je nach Tiefe und Ausmaß können lokale Blutungen auftreten und sich ausgedehnte Erosionen ausbilden
- evtl. können sich zusätzlich lokale Infektionen, z. B. mit *Candida albicans*,
- *E. coli*, *Staphylococcus aureus* entwickeln (Protz 2019)

Pathophysiologie der IAD

Der Säureschutzmantel der Haut liegt mit einem pH-Wert zwischen 4,1 und 5,8 im sauren Bereich, wohingegen der pH-Wert von Urin und Stuhl mit 4,8 bis 8,0 im alkalischen Bereich angesiedelt ist. Das Risiko, eine IAD zu entwickeln steigt, je länger Stuhl und/oder Urin auf die Haut einwirken können. Durch den im Urin enthaltenen Ammoniak steigt der pH-Wert der Hautoberfläche und schädigt somit die Schutzbarriere der Haut. Das Zusammenspiel zwischen Stuhl und Urin aktiviert zudem Stuhlenzyme. Diese spalten Eiweiße und Fette und schädigen die Hornschicht (*Stratum corneum*). Es kommt wiederum zu einer Erhöhung des pH-Wertes und einer weiteren Verminderung der Schutz- und Abwehrfunktion der Haut gegenüber Bakterien und Mikroben. Durch den Abbau von Kollagen- und elastischen Fasern verliert die Haut im Alter zusätzlich an Festigkeit. Sie wird dünn und durch einen Rückgang der Schweißreduktion trocken. Insgesamt ist sie weniger belastbar und kann so schneller einreißen. Dementsprechend erhöht sich das Verletzungs- und

Infektionsrisiko.

Die Schutzbarriere der Haut wird zusätzlich durch starke Reibung, aber auch durch Produkte mit Parfümzusätzen, Konservierungsstoffen sowie den Einsatz von alkalischen Seifen und Produkten mit anionischen Tensiden angegriffen. Der Kontakt mit und die Reizung durch aufsaugende Inkontinenzprodukte ist ein weiterer Einflussfaktor (Protz 2019). Bei der Auswahl aufsaugender Hilfsmittel sollte daher der Einsatz von atmungsaktiven und aufsaugenden Inkontinenzprodukten mit Superabsorbentstoffen bevorzugt werden. Eine an das Ausscheidungsvolumen und die Ausscheidungsfrequenz angepasste Versorgung verhindert weitere Hautläsionen. Ebenso ist bei der Auswahl auf einen passgenauen Sitz zu achten, da zu große Produkte zu verstärktem Schwitzen und zu einem gestörtem Mikroklima führen können. Einlagen können ihre Wirkung nur entfalten, wenn sie eng anliegen und mit einer gut sitzenden Hose (z. B. Netz hose) fixiert werden (Uebach 2020).

Klassifikation der IAD

Mit Hilfe von Assessmentinstrumenten werden Informationen und Daten gesammelt und interpretiert. Durch diese Erfassung und Bewertung wird der IST-Zustand festgelegt. Sie dienen zur Unterstützung bei der Entscheidungshilfe im Pflegeprozess.

Drei Assessmentinstrumente, die zur Risikoerfassung und Einschätzung der IAD dienen, wurden bislang ins Deutsche übersetzt. Zum einen das „Deutsche Perineale Assessment Tool (PAT-D)“, das „Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD)“ und zum anderen das „Inkontinenz assoziierte Dermatitis Intervention Tool (IADIT-D)“ (Uebach 2020).

Prävention der IAD

Wird im Rahmen der Ersteinschätzung oder im Verlauf des stationären Aufenthaltes eine Stuhl- und/oder Harninkontinenz identifiziert, sollte eine differenzierte Einschätzung erfolgen:

- Dauer und auslösende Ursache
- aktuelle Medikation
- kognitive Einflussfaktoren auf die Kontinenzsituation
- Hilfsmittel zur Kompensation der Inkontinenz (Art/Anzahl)
- Trinkverhalten und Essgewohnheiten
- Einflussverhalten durch veränderte Mobilität (Kroboth 2014)

Die Förderung der Kontinenz oder Kompensation der Inkontinenz ist für die Prävention, wie auch das Management der IAD unerlässlich. Ziel ist es, die Kontaktzeit des Stuhls und/oder Urins mit der Haut so gering wie möglich zu halten. Um dieses Ziel zu erreichen, ist eine enge Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team (Ärzte, Pflegekräfte, Wundmanagement) nötig. Ebenso wichtig ist eine pflegerische Inkontinenzanamnese, inklusive der Erhebung subjektiver Belastungen des Patienten und seiner Angehörigen. Die Dauer des Problems, gegenwärtiges Inkontinenzmanagement, Nahrungs- und Trinkgewohnheiten, Episoden der Inkontinenz und eine Inspektion der Haut werden dabei berücksichtigt. Unter Berücksichtigung dieser Aspekte kann es sein, dass die Anamnese schon die Ursache der IAD an das Tageslicht bringt (Uebach 2020).

Management der IAD

Ziel ist es, den Kontakt der Haut mit Stuhl und/oder Urin so gering wie möglich zu halten, bestenfalls zu verhindern. Welche spezifischen Maßnahmen zur Prävention und Behandlung einer IAD nachweislich wirksam sind, ist bis heute wenig erforscht. Studien belegen jedoch, dass die strukturierte Durchführung eines Hautpflegeplans bewiesenermaßen die Inzidenz einer IAD verringert (Uebach 2020).

Eine sorgfältige, strukturierte Haut-pflege umfasst folgenden Punkte:

1. Reinigung der Haut

Die Haut muss nach dem Kontakt mit Stuhl und/oder Urin unverzüglich gereinigt und getrocknet werden. Hierbei ist eine sanfte Technik mit wenig Reibung erforderlich. Dafür wird die Reinigung mit Einwegfasertüchern angeraten, da herkömmliche Waschlappen und Handtücher durch ihre raue Struktur zu Reibungsschäden führen können. Der Einsatz von pH-neutralen Seifen (pH-Wert von 5,4-5,9), die frei von Zusatzstoffen wie Parfümzusätzen sind, sollten vorzugsweise Anwendung finden. Zusätzlich schont lauwarmes Wasser den Säureschutzmantel und verhindert Unverträglichkeitsreaktionen. Spezielle, sog. flüssige „No-Rinse-Hautreiniger“-Hautreiniger sind zu bevorzugen, da diese Produkte nach dem Auftragen nicht abgespült werden, schnell trocknen und dadurch die Reibung durch das Abtrocknen entfällt. Eine weitere Alternative stellen die zum Einmalgebrauch entwickelten, 3-in-1-Tücher dar, die speziell für die Inkontinenzpflege entwickelt wurden. Der Einsatz solcher Einmaltücher gewährleistet eine sanfte Reinigung, eine ausreichende Feuchtigkeitzufuhr sowie einen Hautschutz-film, der die Haut zusätzlich vor Ausscheidungen und Schweiß schützt. Durch dieses einfache Handling sollte eine solche Intervention in der Praxis regelmäßiger Anwendung finden, als eine Intervention, die mehrere Schritte benötigt (Uebach 2020).

2. Schutz der Haut

Die Haut muss nach der Reinigung ausreichend geschützt werden. Hautschutzprodukte, die auch als Barrierecremes bezeichnet werden, beinhalten Barrierebestandteile wie Vaseline, Zinkoxid, Wachse, oder Acrylat-Terpolymere. Die Anwendung findet entweder einzeln oder in Kombination statt. Sie bildet die Grenze zwischen der Hornschicht und den hautirritierenden Substanzen. Zu dick aufgetragene Zinkpaste, oder aber auch Vaseline pur, bilden eine Okklusivschicht und verhindern so den Gasaustausch. Ebenso wird die Saugleistung von körpernah eingesetzten Inkontinenzmaterialien beeinträchtigt. Zur besseren Beobachtung der Haut sollten die Hautschutzpräparate möglichst transparent, hypoallergen, beim Auftragen nicht brennen und leicht zu entfernen sein. Eine Verwendung sollte sowohl bei intakter als auch bei einer geschädigten Haut wie auch trockener und feuchter/nässender Haut indiziert sein. Hautschutzpräparate sollten nur nach Angaben des Herstellers angewendet werden (Uebach 2020).

Zudem findet der Einsatz von einer polymerischen Cyanacrylat-Lösung zur Prävention und Behandlung einer IAD zunehmend mehr Anwendung in der Praxis. Nach dem Auftragen bildet diese einen transparenten, sehr haltbaren Film, der für den Schutz und die Abdeckung intakter und beschädigter Haut zuständig ist. Die Lösung ist dünn, atmungsaktiv und hinterlässt eine wasserdampfdurchlässige

Schutzschicht. Die dadurch entstehende Barriere hält Reizstoffe ab, unterstützt die Heilung und steigert das Wohlbefinden. Insbesondere bei einer bestehenden IAD haftet die polymerische Cyanacrylat-Lösung auf der feuchten, nässenden Hautoberfläche. Kreuzkontaminationen werden durch einen Einwegapplikator bei zweimal wöchentlicher Anwendung gesenkt (3M, 2020).

3. Pflege der Haut

Die Verwendung von Pflegeprodukten mit rückfettenden und feuchtigkeitsspendenden Substanzen, wie bspw. Urea und Glycerin als zugesetzte Feuchthaltefaktoren, speichern zusätzlich Feuchtigkeit und erhöhen so den Wassergehalt der Haut. Diese Hautpflegeprodukte werden auch als Feuchtigkeitscremes bezeichnet. Ein feuchtigkeitsspendendes und rückfettendes Produkt auf Wasser-in-Öl-Basis sollte bei Betroffenen auf überhydrierter Haut oder bei bestehender Mazeration nicht angewendet werden, da zusätzlich Feuchtigkeit ins Areal gezogen wird (Uebach 2020).

Methoden des Stuhlmanagements

Als spezielle Hilfsmittel zur Kompensation der Stuhlinkontinenz werden nach individueller Ausgangslage von Betroffenen Inkontinenzvorlagen, Analtampon, Fäkalkollektor oder Rektalkatheter empfohlen.

Kontinuierliches Stuhldrainage-System (KSS)

Die Systeme zur kontinuierlichen Stuhlableitung fallen unter das Medizinproduktegesetz der Klasse 2a und dienen der temporären oder kontinuierlichen Ableitung von flüssigem bis halbflüssigem Stuhl (Winzkowsky, 2022). Diese speziell konzipierten Stuhlauffangsysteme erzielen eine wirkungsvolle Ableitung von Fäkalien und verhindern so die Entstehung einer IAD sowie die Verunreinigung von Wunden bei einer bereits bestehenden IAD (Rothaug et al. 2010). Im Handel befinden sich unterschiedliche Systeme zur kontinuierlichen Stuhlableitung. Diese wirken in Bezug auf den Aufbau, Eigenschaften und Funktionalität nahezu identisch. Bei genauerem Hinsehen sind Unterschiede in der Bauweise, Form und Verarbeitung erkennbar. Ein wichtiger Aspekt hierbei ist der Patientenkomfort und die Anwendungssicherheit (Rothaug et al. 2013). Die Kosten variieren zwischen 80-130 Euro. Je nach Einzelfall übernimmt die Krankenkasse die Kosten, falls keine Hilfsmittelnnummer vorhanden ist (Winzkowsky, 2022). Die Anwendung bei wachen, bewusstseinsklaren Betroffenen bedarf einer sorgfältigen und einfühlsamen Aufklärung sowie einer vorherigen Indikationsstellung nach ärztlicher Anordnung. Die Ziele sowie die Notwendigkeit der Therapie müssen vorab und fortlaufend überprüft werden (Rothaug et al. 2010).

Indikation

Stuhldrainagesysteme können nach ärztlicher Indikationsstellung bei länger erforderlicher Stuhlableitung als Ersatz für Analkollektoren eingesetzt werden. Ziel dieser Systeme ist es, den flüssigen Stuhl unter Kontrolle zu bringen, um Hautschäden zu vermeiden und Infektionen vorzubeugen.

Als positiver Nebeneffekt wird eine effizientere Nutzung von Pflegeressourcen beschrieben (Wiesinger und Stoll-Salzer 2012).

Kontraindikationen des KSS

- Patienten unter 18 Jahren
- hochgradige, narbige Verengung des Anus
- erschwerte Stuhlentleerung
- Morbus Crohn in Abhängigkeit vom Schweregrad
- Mangeldurchblutung des Rektums
- Geschwulst im Rektum/Analkanal
- Lähmung oder Insuffizienz des Schließmuskels
- Überempfindlichkeiten/allergische Reaktion gegenüber einem der Bestandteile des Systems
- anale Blutungen
- Verletzung durch Strahlung sowie ausgeprägte Narbenbildung im Rektum
- Operationen am Rektum/unterer Dickdarmabschnitt, die weniger als ein halbes Jahr zurückliegen (ConvaTec 2016).

Als mögliche Komplikationen werden Rektalnekrosen, Schädigung des Schließmuskels bis hin zum Verlust seiner Funktion als auch Blutungen/Verletzungen der Schleimhaut beobachtet. Zudem kann eine Darmperforation, Ileus (mechanisch) und Blutung bei vorhanden Hämorrhoiden auftreten (ConvaTec 2016). Des Weiteren gilt es, die Hinweise des Herstellers zu beachten.

Ökonomischer Aspekt

Die wiederholten und häufigen Reinigungsvorgänge, Wäschewechsel und Wundreinigungen führen bei stuhlinkontinenten Personen zu hohen Kosten, deren Umfang bisher nur geschätzt werden kann. Auch der Einsatz von kontinuierlichen Stuhldrainagesystemen ist mit immensen Kosten verbunden, die sich durch den hohen Anschaffungspreis und die notwendigen Personalschulungen erklären. Eine Beobachtungsstudie bei Verbrennungspatienten auf zwei kanadischen Intensivstationen zeigt aber, dass die Materialkosten bei der Verwendung eines Stuhldrainagesystems deutlich niedriger waren als die Kosten der herkömmlichen Stuhlinkontinenzversorgung. Zusätzlich lässt sich eine Reduktion der Gesamtpflegezeit errechnen. Eine in Großbritannien durchgeführte Kosten-Zeit-Analyse zeigt, dass höhere Gesamtkosten durch Wäschewechsel im Vergleich zu der Anwendung eines kontinuierlichen Stuhldrainagesystems entstehen (Rothaug et al. 2013).

Eingeschränkte Beweglichkeit

Bei der Pflege von Betroffenen mit einem kontinuierlichem Stuhldrainagesystem sollte zu jeder Zeit sichergestellt sein, dass ein ungehinderter Abfluss von Stuhl möglich ist. Sofern eine regelmäßige und engmaschige Kontrolle möglich ist, darf der Patient in eine sitzende Position gebracht werden. Es sollte individuell nach den bestehenden Hautverhältnissen entschieden werden, da die Entstehung von perianalen Druckschäden variiert (ConvaTec Inc. 2019).

Anwendung in der Praxis

Qualifikation des Pflegepersonals

Die Verwendung eines Stuhldrainagesystems erfordert eine intensive Schulung der Pflegefachkräfte und eine ständige Überwachung des Patienten und des Systems, um Komplikationen zu vermeiden (Rothaug et al. 2010). Eine Delegation kann abgelehnt werden, sofern Zweifel an der Richtigkeit der Anordnung bestehen. Bei nicht ordnungsgemäßer Vorbereitung und Durchführung der Behandlung trägt die Pflegefachkraft die alleinige Durchführungsverantwortung (Pope 2020).

Vorbereitung der Maßnahme

Die Pflegefachkraft hat die Pflicht, sich vor der Anwendung umfassend mit dem Produkt sowie dessen Aufbau, der daraus resultierenden Pflege, Überwachung und Dokumentation vertraut zu machen (Rothaug et al. 2010). Die Pflegefachkraft stellt sich zusätzlich zum Stuhldrainagesystem Handschuhe sowie Gleitmittel bereit. Vorab sollte geprüft werden, ob das verwendete Produkt mit dem einzusetzenden Gleitmittel kompatibel ist, um Beschädigungen zu vermeiden. Gleitmittel auf Wasserbasis, z. B. Xylocain-Gel oder Ultraschallgel, verhindern, dass Silikone im System mit den Fetten reagieren.

Vorbereitung des Patienten

Der nicht kontrollierbare Abgang von Stuhl ist mit großer Scham belegt. Auch die Anlage eines kontinuierlichen Stuhldrainagesystems stellt einen Eingriff in die Intimsphäre für den Betroffenen dar. Aus Rücksicht und zur Wahrung der Intimsphäre sollte die Anlage im geschlossenen Raum unter Berücksichtigung der Privatsphäre erfolgen. Eine Lagerung des Betroffenen in die Linksseitenlage, nach Möglichkeit mit angezogenen Beinen, sollte aufgrund des anatomischen Verlaufs des Darms erfolgen. Sofern der Betroffene diese Lagerung nicht toleriert, sollte eine Lagerung gewählt werden, die einen freien Zugang zum Rektum ermöglicht, bspw. in Rückenlage. Sollten andere Verweil- oder Analsysteme im Rektum einliegen, sind diese vor dem Einführen des Katheters zu entfernen. Unter der Anwendung des kontinuierlichen Stuhldrainagesystems dürfen keine weiteren Systeme in das Rektum eingeführt werden.

Zusätzlich muss vor jeder Anlage eine erneute digitale Untersuchung erfolgen, um sicherzustellen, ob das System eingeführt werden darf (ConvaTec Inc. 2019). Sollte sich geformter Stuhl im Rektum befinden, muss dieser entfernt werden, da sonst eine Ablaufblockade mit Stauung von Stuhl resultieren könnte (Rothaug et al. 2010).

Pflege während der Anwendung

Sobald sich die Stuhlkontrolle, Stuhlkonsistenz und Stuhlfrequenz wieder normalisiert haben, ist eine Anwendung des Stuhldrainagesystems nicht mehr indiziert. Fester oder halbfester Stuhl verstopft den Ablauf und verbleibt im Rektum. Während der Anwendung ist eine regelmäßige Körperpflege, sowie eine Inspektion des lokalen Hautzustandes im Perianalbereich notwendig, um eventuelle sichtbare Schleimhautveränderungen frühzeitig zu erkennen und zu dokumentieren (Rothaug et al. 2010). Sollte es während der Therapie zu einem geringfügigen Stuhlaustritt

kommen, ist die Haut durch eine Feuchtigkeitsbarriere zu schützen, sowie sauber und trocken zu halten (ConvaTec Inc. 2019). Als Gründe für Undichtigkeiten bei der Anwendung werden vermehrtes Pressen sowie ein verdrehter, durchhängender, abgeknickter oder verstopfter Ablaufschlauch als auch eine nicht durchgängige Katheteröffnung beschrieben (Rothaug et al. 2010).

Sollte es unter der Therapie zu Schmerzen im Rektum, rektalen Blutungen, sowie einem geblähten Abdomen mit abdominellen Schmerzen kommen, ist unverzüglich der behandelnde Arzt zu informieren (ConvaTec Inc. 2019).

Fazit

Neue Strategien, wie das kontinuierliche Stuhldrainagesystem, reduzieren signifikant das Risiko zur Entstehung einer IAD gegenüber den bisherigen Versorgungsformen. Primär sollte der Fokus auf der Förderung der Kontinenz oder Kompensation der Inkontinenz liegen, um einer IAD präventiv entgegenzuwirken. Die Anwendung eines kontinuierlichen Stuhldrainage-Systems im Rahmen einer IAD stellt nicht die erste Wahl dar. Dennoch sollte hinterfragt werden, ob eine Anwendung in Betracht gezogen werden kann. Gerade bei Intensivpatienten mit einer Stuhlinkontinenz besteht ein hohes Infektionsrisiko für Haut, Weichteile sowie für nosokomiale Infektionen – auch unangenehme Gerüche können vermieden werden. Eine standardisierte Stuhlinkontinenzversorgung reduziert Hautschäden, senkt die Materialkosten und steigert die Qualität der Patientenversorgung. Studien zeigen, dass der Kostenaufwand bei der Verwendung eines kontinuierlichen Stuhldrainage-Systems geringer ist, als die herkömmliche Versorgung mit Stuhlinkontinenzmaterial. Ebenso können höhere Gesamtkosten durch den häufigen Wäschewechsel verzeichnet werden. Eine Übernahme der Kosten als Präventionsmaßnahme zur Gesundheitsförderung im ambulanten Bereich ist im Einzelfall abhängig von der jeweiligen Krankenkasse.

Als positiver Nebeneffekt wird eine effizientere Nutzung von Pflegeressourcen beschrieben, gerade in Hinblick auf den weiteren steigenden Personalmangel. Ich halte die Anwendung kontinuierlicher Stuhldrainagesysteme für sinnvoll nach Abwägung aller Vor- und Nachteile. Die Entscheidung ist immer eine Einzelfallentscheidung.

Literaturverzeichnis

ConvaTec (2016): Anwendungshinweise Flexi-Seal Signal. Hg. v. ConvaTec. Online verfügbar unter <https://convatec.showpad.com/share/YG4uITDj0y0HF8AfGZO5/0>.

ConvaTec Inc. (2019): Flexi-Seal™ SIGNAL™. Hg. v. ConvaTec Inc.

Kroboth, Gabriele (2014): Inkontinenzassoziierte Dermatitis. Online verfügbar unter <https://docplayer.org/83628527-Inkontinenzassoziierte-dermatitis-gabriele-kroboth-msc.html>, zuletzt geprüft am 10.03.2022.

Poppe, Ulrike (2020): Vertrags- und Haftungsrecht. Skript zum Unterricht.

Protz, Kerstin (2019): Moderne Wundversorgung. 9. Auflage. München: Elsevier.

Rothaug, Oliver; Kaltwasser, Arnold; Dubb, Rolf; Müller-Wolff, Tilmann; Steinfeld, Ernst Hermann; Wagner, Stefan (2010): Kontinuierliches Stuhl drainagesystem im intensivtherapeutischen Bereich. In: Intensivmedizin und Notfallmedizin 47 (6).

Rothaug, Oliver; Müller-Wolff, Tilmann; Kaltwasser, Arnold; Dubb, Rolf; Hermes, Carsten (2013): Professionelle Pflegestrategien bei Stuhlinkontinenz. In: intensiv 21 (05).

Uebach, Barbara (2020): Inkontinenzassoziierte Dermatitis – Entstehung, Prävention und Management Inkontinenz-assoziiierter Dermatitis (IAD). In: Geriatrie up2date 2 (01).

Wiesinger, Gerlinde; Stoll-Salzer, Elisabeth (2012): Stoma- und Kontinenzberatung. 2. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Winzkowsky, Sandra von (2022): Das Stuhl drainage-System Flexi-Seal Signal. Interview mit Christian Kervancioglu. Münster.

Wounds International (2015): Inkontinenzassoziierte Dermatitis. Neue Wege für die Prävention. Hg. v. Wounds International. London.

WundDACH (2021): Informations Leitfaden für Fachpersonal. Flüssigkeit-assoziierte Hautschäden (FAH). 1. Auflage. Österreich.

3M, Hautintegrität durch Wissenschaft entwickeln (2020). Online im WWW unter: <https://multimedia.3m.com/mws/media/20116040/3m-cavilon-family-2019-print-a4-fv-de.pdf>, letzter Zugriff am 17.03.2022.



Sandra von Winzkowsky
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz
und Wunde;
Wundexpertin nach ICW,
Praxisanleiterin, Krankenschwester
Universitätsmedizin Göttingen (UMG)