

## **Der Kock-Pouch (kontinentes Ileostoma) – das wiederentfachte Interesse an einem alten Verfahren**

### *Pflegerische Besonderheiten im Rehabilitationsprozess von Menschen mit kontinentem Ileostoma*

*Zur besseren Lesbarkeit wird in diesem Artikel das generische Maskulinum verwendet.  
Die in diesem Artikel verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich –  
sofern nicht anders kenntlich gemacht - auf alle Geschlechter.*

Nach der Proktokolektomie bestehen verschiedene Optionen zur Stuhlentleerung: So können das endständige Ileostoma, die ileorektale Anastomose, der ileoanale Pouch und das kontinente Ileostoma (Kock-Pouch) eine Option darstellen. Ein kontinenter, natürlicher Defäkationsweg ist anzustreben, jedoch gibt es Gründe, welche diesen unmöglich machen und durch die ein Ileostoma unumgänglich erscheint.

### Kock-Pouch Historie

Das kontinente Ileostoma wurde bereits 1969 von Professor Nils G. Kock beschrieben und wird deshalb Kock-Pouch genannt. Professor Nils G. Kock wurde 1924 in Finnland geboren.

Er arbeitete und forschte an der Sahlgrenska Universitätsklinik in Göteborg, Schweden. Noch bis heute befindet sich dort ein chirurgisches Zentrum für die kontinente Ileostomie. Kock verstarb im Jahr 2011 in Schweden (Iesalnieks, 2023, S. 18). Er forschte und suchte nach Möglichkeiten der Kontinenz eines Stomas, um auf die Stomaversorgung am Bauch verzichten zu können. Kock war der Annahme, dass durch die unterschiedlichen Druckverhältnisse im Bauchraum eine Kontinenz erzielt werden kann und dies auch für das Speichern von Darminhalt geeignet ist (Block & Myrelid, 2020,

S. 142). Im ersten Schritt konstruierte Kock ein aus Ileum-Schlingen gebildetes Ileumreservoir, den sogenannten Pouch. In diesem Reservoir wurde der Darminhalt im Bauchraum gesammelt und Kock glaubte, so auf einen Stomabeutel außen auf dem Bauch verzichten zu können. Kock ging davon aus, dass der niedrigere Druck im Reservoir für eine Kontinenz ausreichen würde. Er leitete einen Teil des Pouches durch den Bauchmuskel „Musculus rectus abdominis“ nach außen, der den Stomaverschluss unterstützen sollte. Eine zufriedenstellende Kontinenzleistung konnte so jedoch nicht erzielt werden. Deshalb forschte Kock weiter und entwickelte durch Intussuszeption (=Einstülpung) und Fixation der abführenden Darmschlinge das sogenannte Nippel-Ventil. Damit konnte die gewünschte Kontinenz erzielt werden und Patienten war nun eine willentliche Stuhlentleerung möglich (Ecker, 2019, S. 18-19). Das Nippel-Ventil stellte sich jedoch bald als Schwachstelle für Komplikationen heraus. Kock versuchte, durch verschiedene Nippel-Ventil Konstruktionen und Fixationen die Kontinenz dauerhaft zu erzielen. 1977 führte Prof. Falicien Streichen die Klammernahttechnik in der Bauchchirurgie ein. Darin sah Kock eine gute Möglichkeit das Nippel-Ventil zu stabilisieren. Durch den Einsatz von Klammergeräten wurden die Ergebnisse besser, aber das kontinente Ileostoma zeigt bis heute eine erhöhte Komplikationsrate. Trotz nötiger Revisionen und Komplikationen zeigen alle Studien zur Lebensqualität mit kontinentem Ileostoma eine hohe Patientenzufriedenheit. Die Historie zeigt, dass Professor Nils G. Kock immer weiter geforscht hat, um die Ergebnisse eines kontinenten Ileostomas

fortlaufend zu verbessern (Block & Myrelid, 2020, S. 143-144).

### Die kontinente Ileostomie (Kock-Pouch)

In den letzten Jahrzehnten ist der Kock-Pouch in den Hintergrund geraten. Ein Grund dafür ist die Entwicklung der Stomamaterialien, welche eine Versorgung vom „normalen“ Stoma nun meistens gut gelingen lassen. Hinzu kommt, dass nur wenige Chirurgen die anspruchsvolle Kock-Pouch Operation beherrschen und die Komplikations- und Revisionsrate beim Kock-Pouch erhöht ist (Ecker, 2019, S. 13). Der aus Dünndarm bestehende Pouch (= Reservoir/ Dünndarmsack) wird unterhalb der Bauchdecke fixiert. Darin sammelt sich der Darminhalt. Der Ausführungsgang ist ein durch Invagination (= Einstülpung) dicht verschließendes Darmventil. Dieses Ventil wird durch die Bauchdecke nach außen geleitet und plan eingenäht. Der invaginierte Dünndarmabschnitt lässt keinen Darminhalt und keine Gase entweichen. Auf eine Stomaversorgung am Bauch kann verzichtet werden. Zur Abdeckung der Stomaschleimhaut werden ein Pflaster oder Kompressen benutzt. Darminhalt und Gas können nur mit einem Katheter entleert werden und die Patienten sind somit kontinent (Iesalniaks, 2022, S. 4-10; Kroesen, 2020, S. 310-311; Deutsche ILCO, 2023, S. 39). Treten bei einem ileoanalen Pouch Probleme auf, ist die Umwandlung in einen Kock-Pouch gut möglich. Meist kann der Pouch noch zur Kock-Pouch-Anlage weiterverwendet werden, wodurch weniger operativer Ileumverlust das Risiko einer Mangelernährung verringert (Dinh, 2021, S. 23).

### Indikationen und Kontraindikationen für eine kontinente Ileostomie

Anfang der 1970er Jahre war die kontinente Ileostomie eine komfortable Alternative zur endständigen Ileostomie, welche besonders junge Patienten bevorzugten. Als wenige Jahre später der ileoanale Pouch eingeführt wurde, trat der Kock-Pouch in den Hintergrund.

Patienten mit einer Proktokolektomieindikation sind meist Patienten mit einer chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (CED) oder familiärer adenomatöser Polyposis (FAP), bei welchen das Kontinenzorgan nicht erhalten werden kann, sei es aus onkologischen Gründen oder einer eingeschränkten Sphinkterfunktion, sowie Patienten mit kurzem Mesenterium, welches eine spannungsfreie Anastomose eines ileoanalen Pouches nicht zulässt.

Bei Morbus-Crohn-Patienten muss zwingend vor der Operation ein Dünndarmbefall ausgeschlossen werden. Auch für Patienten mit einem ileoanalen Pouchversagen kann die kontinente Ileostomie in Frage kommen.

Diese Konversionsoperation vom ileoanalen Pouch zum Kock-Pouch wird zukünftig wahrscheinlich die häufigste Kock-Pouch Indikation darstellen, da weltweit der ileoanale Pouch nach Proktokolektomie sehr häufig angelegt wird und eine Versagensrate von 10-15% aufweist (Dörner, 2018; Block & Myrelid, 2020, S. 144-146).

Eine absolute Kontraindikation ist die fehlende Bereitschaft des Patienten zur aktiven Mitwirkung (Ecker, 2019, S. 28). Der Patient muss in der Lage sein, den Kock-Pouch zu verstehen und sich dafür verantwortlich zeigen. Weitere Kontraindikationen sind ein aktiver Morbus Crohn mit Dünndarmbefall, geistige oder körperliche Behinderung wie beispielsweise Einschränkungen in der Bewegung der Hände, bestehendes Kurzdarmsyndrom, Adipositas (BMI >30), massive Vernarbungen oder Hautinfektionen der Bauchdecke, Tumore an der Bauchdecke oder am Mesenterium.

Negativ können sich das Rauchen, manche Medikamente und Begleiterkrankungen auswirken (Block & Myrelid, 2020, S. 146; Dörner, 2018).

Pflegerische Besonderheiten im Rehabilitationsprozess eines Patienten mit kontinentem Ileostoma

Der Rehabilitationsprozess eines Patienten mit einem Stoma kann als ein Leitfaden gesehen werden, um Patienten mit der Indikation zu einer Stomaanlage lückenlos, kontinuierlich und bedarfsorientiert pflegerisch gut zu begleiten. Der erste Kontakt zu dem Betroffenen ist häufig bereits vor der Operation. Mithilfe von Checklisten, Standards und Handlungsanweisungen sollen die ganzheitliche Begleitung und Versorgung von Betroffenen in einem Prozess abgebildet werden. In diesem Prozess gibt es viele Akteure, welche alle in einer multiprofessionellen Einheit zusammenarbeiten (Gruber, 2017a, S. 14-16).

### Aufnahme in die Klinik

Die prästationäre Beratung und Betreuung von Patienten ist je nach Klinikstruktur und personellen Ressourcen möglich (Gruber, 2017a, S. 14).

Die kontinente Ileostomie ist ein elektiver (=geplanter) Eingriff. Aus diesem Grund informieren sich Patienten meist im Vorfeld gut über mögliche Operationsoptionen. Eine gute Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Pflegefachpersonen (Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde) ist für Patienten entscheidend (Körner, 2023, S. 29-33).

Dabei wird die Kock-Pouch-Operation nur in wenigen Kliniken in Deutschland durchgeführt. Die „S3-Leitlinie Colitis ulcerosa“ empfiehlt diese Operation an spezialisierten Zentren durchführen zu lassen, da die Operation sehr komplex ist und hohe Komplikationsrisiken birgt (AWMF, 2021, S. 145).

### Präoperatives Gespräch

Nachdem das ärztliche Aufklärungsgespräch stattgefunden hat, folgt das pflegerische Beratungsgespräch durch einen Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde. Zu den Inhalten des Gesprächs zählt unter anderem, was es bedeutet mit einem Kock-Pouch dauerhaft zu leben. Dem Patienten muss klar sein, wie der Kock-Pouch funktioniert und dass er in Zukunft immer Verantwortung für sich und diese kontinente Ileostomie tragen muss. Dies beinhaltet, dass der Patient auch häufig bei Ärzten oder in anderen medizinischen Situationen beschreiben können muss, was ein Kock-Pouch ist und wie dieser funktioniert (Block & Myrelid, 2020, S. 147). Viele Patienten haben bezüglich der Veränderungen, die auf sie zukommen, Fragen und Unsicherheiten. In diesem pflegerisch-präoperativen Beratungsgespräch sollten Zeit und Raum gegeben sein, um auf diese Fragen und Gefühle einzugehen.

Begleiterkrankungen und gesundheitliche Einschränkungen müssen dabei beachtet werden. Durch einen Vertrauensaufbau zwischen Patienten und Therapeut können Ängste und Sorgen des Patienten reduziert oder ganz genommen werden (Hofmann, 2023a). Um Ängste abzubauen, kann es hilfreich sein, im Rahmen des präoperativen Gesprächs die Hilfsmittel für die Versorgung des Kock-Pouch vorzustellen und an Modellen die Handhabung zu demonstrieren (Eisner & Glatzle, 2017, S. 45). Nach Patientenwunsch können auch An- und Zugehörige am präoperativen Gespräch teilnehmen. Für Fragen des Patienten und deren An- und Zugehörigen sollte immer

Raum und Zeit gegeben sein (Hofmann & Summa, 2017a, S. 79).

### Markierung der Stomaanlage

Die Stomamarkierung findet im Rahmen des präoperativen Gespräches statt. Verantwortlich für die korrekte Lage des Stomas ist der Operateur, dabei kann dieser die Markierung an Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde oder geschulte Pflegekräfte delegieren. Das Stoma sollte im Rektusmuskel angelegt werden und die Markierung in verschiedenen Lagen wie sitzend, stehend, gebeugt und liegend überprüft werden (Hofmann, 2023b).

Die kontinente Ileostomie wird in der Regel tiefer als beim konventionellen Ileostoma angelegt. Die Darmöffnung liegt unterhalb der Gürtellinie, meist so tief, dass sie von der Unterwäsche überdeckt wird. Zur Markierung wird ein wasserfester Hautmarker benutzt (Körner, 2023, S. 29-33).

### Operation

Um der Darmperistaltik im Pouch entgegenzuwirken, wählte Kock die K-Pouchform, bei welcher die Darmschlingen gegenläufig vernäht werden. Heute wird die S-förmige Dünndarmfaltung zur Pouchkonstruktion bevorzugt. Über die zuführende Dünndarmschlinge gelangt Darminhalt in den Pouch. Die vom Pouch abführende Dünndarmschlinge wird, nachdem die Serosa abgetragen wurde (Serosastripping), auf links gestülpt und bildet das Nippelventil. Durch das Serosastripping gelingt die Einstülpung leichter und es kommt zu Verklebungen, welche dem Ventil zusätzlich Stabilität verleihen. Des Weiteren wird das Ventil mit Klammernahtgeräten fixiert. Die Vorderwand des Pouches wird zugenäht und mit Flüssigkeit sowie Luft eine Dichtigkeitsprobe durchgeführt. Danach wird der Pouch innen an die Bauchdecke genäht und der abführende Darmschenkel als planes Stoma in die zuvor markierte Stelle in Hautniveau eingenäht (Dörner, 2018). Bevor die Bauchdecke verschlossen wird, platziert der Operateur einen Ileostomiekatheter im Pouch. Die Spitze des Ileostomiekatheters darf weder im Ventil liegen noch gegen die Pouchwand stoßen. Zur sicheren Platzierung wird der Ileostomiekatheter an die parastomale Haut angenäht. Diese angenähte Dauerableitung bleibt für die ersten zwei postoperativen Wochen, um einen kontinuierlichen Abfluss von Darminhalt und Wundsekret zu gewährleisten (Block & Myrelid, 2020, S. 152-153).

Der Ileostomiekatheter hat eine Länge von ca. 30 cm und einen Durchmesser von Charriere 30 (ca. 1 cm). Diese sind meist gebogen und haben vorne und seitlich abgerundete Öffnungen, damit die Darmschleimhaut beim Einführen des Ileostomiekatheters nicht verletzt wird (Körner, 2023, S. 29-33).

### Postoperative Stomapflege

Direkt nach der Operation muss der Pouch nach ärztlicher Verordnung mehrfach am Tag mit 0,9 %-iger Kochsalzlösung über den einliegenden Ileostomiekatheter von geschulten Pflegekräften gespült werden. Dazu werden 50 - 100 ml Kochsalzlösung 0,9 % über den Ileostomiekatheter mit einer Blasenspritze in den Pouch gespritzt. Folgend sollte die Flüssigkeit passiv ablaufen und nicht aktiv aspiriert (angesaugt) werden (Block & Myrelid, 2020, S. 153).



*Abb. 1: Angenähte Dauerableitung (Bildquelle: Susanne Körner).*

Der erste Verbandwechsel erfolgt in aller Regel frühestens nach 24 - 48 Stunden postoperativ. In dem Zuge ist auf die Stomaschleimhaut und die Ausscheidung zu achten (Spahn, 2023a), die über den Ileostomiekatheter erfolgt. Die Stomaschleimhaut wird mit einer eingeschnittenen Fettgaze bedeckt und mit trockenen, sterilen Kompressen verbunden. In der Klinik wird der Pouch mit Kochsalzlösung 0,9 % gespült, später mit Leitungswasser. Wenn die Spülflüssigkeit nicht passiv abläuft, kann der Ileostomiekatheter wenige Zentimeter in Richtung Pouch bewegt werden, damit durch den Positionswechsel oder leichtes Anspannen der Bauchmuskulatur die Spülflüssigkeit ablaufen kann (Körner, 2023, S. 29-33). Um die Darmtätigkeit anzuregen, empfiehlt es sich, Kaugummi zu kauen (Heijkant van den, 2014). Sobald die Darmtätigkeit einsetzt, darf der Patient oral Flüssigkeit zu sich nehmen. Der Kostaufbau beginnt in der zweiten postoperativen Woche. Auf faserreiche und blähende Lebensmittel sollte verzichtet werden oder es sollten nur kleine, gut gekaute Mengen davon gegessen werden. Ebenso ist auf eine ausreichende Elektrolyt- und Flüssigkeitszufuhr zu achten (Dörner, 2018). Besonders in den ersten Tagen nach dem operativen Eingriff ist es wichtig, dass der liegende Ileostomiekatheter nicht verstopft, da dies eine erhöhte Belastung für den Pouch zur Folge hat. Optimalerweise findet bereits in der Klinik eine Ernährungsberatung statt, um individuell auf Fragen der Ernährung einzugehen. Beispielsweise gibt es einige Nahrungsmittel, welche aufquellen und die Pouchentleerung über den Ileostomiekatheter sehr erschweren können (Körner, 2023, S. 29-33). Da jeder Patient sehr individuelle Ernährungsgewohnheiten hat, ist es ratsam, schrittweise in kleinen Mengen die Verträglichkeit einzelner Nahrungsmittel zu testen und ein Ernährungs-Tagebuch zu führen. Anhand des Ernährungs-Tagebuchs kann festgestellt werden, welche Nahrungsmittel dem Patienten gut bekommen. Eine spezielle Stoma-Diät gibt es in dem Zusammenhang nicht (Spahn, 2023b).



*Abb.2: Pouchspülung (Bildquelle: Susanne Körner).*

### Anleitung, Schulung, Beratung

Anleitung, Schulung und Beratung können in Bezug auf Patienten mit dem Überbegriff „Patientenedukation“ zusammengefasst werden und beinhalten einen gezielten und geplanten Lernprozess (Pleitgen, 2023). Patientenedukation ist individuell und bedarfsorientiert. Diese beginnt mit der individuellen Einschätzung der Patientensituation, wobei auch das Umfeld, Kenntnisse, Kompetenzen und kognitive Fähigkeiten des Patienten zu beachten sind. Zusammen mit dem Patienten werden Ziele formuliert.

In der Evaluation kann überprüft werden, ob das Ziel erreicht wurde und was der nächste Schritt in der Edukation sein kann (Gruber, 2023). Der Patient muss in der Lage sein, die Operation und die daraus resultierende Versorgung zu verstehen (Ecker, 2019, S. 28). Die Veränderungen, welche ein Leben mit dem kontinenten Ileostoma mit sich bringt, sind für viele Patienten eine sehr große Umstellung und bedürfen einer guten Begleitung und Schulung (Block & Myrelid, 2020, S. 147).

Für die Pouchkonstruktion werden in der Regel ca. 45 cm des terminalen Ileums verwendet (Kroesen, 2020, S. 310). In diesem Dünndarmabschnitt (terminales Ileum) findet die Resorption von Gallensalzen, Vitamin B12 sowie weiterer fettlöslicher Vitamine statt.

Durch die Pouchanlage kann es in dem Zusammenhang zu einer gestörten Resorptionsleistung kommen. Daher sind regelmäßige Laborkontrollen für den Patienten ratsam (Kruck, 2017, S. 28-30).

Um die Pouchintubation zu üben, wird nach ca. 10 Tagen eine wechselbare Dauerableitung angebracht (Ecker, 2019, S. 42). Dies bedeutet, dass der mit Fixierfäden angenähte Ileostomiekatheter von der Bauchdecke entfernt wird und der Ileostomiekatheter an einer wechselbaren Stomaversorgung von außen fixiert wird (Körner, 2023, S. 29-33).



*Abb.3: Wechselbare Dauerableitung (Bildquelle: Susanne Körner).*

Der Pouchtrainingsplan sieht vor, dass sich die Pouchtasche langsam dehnt und an Volumen zunimmt. Dazu wird der Ileostomiekatheter nach einem festen Plan, anfangs nur eine Stunde und dann im zeitlichen Intervall steigend, entfernt. Innerhalb der ersten fünf Wochen ist in der Nacht noch eine Dauerableitung nötig (Körner, 2023, S. 29-33). Der Trainingsplan gibt auch Tipps zu Ernährung und Mobilität. Ab der sechsten Woche wird der Katheter entfernt und schrittweise alle vier bis acht Stunden eingeführt, um den Pouch zu entleeren (Ecker, 2019, S. 43). Das selbständige Einführen (Intubieren) und Fixieren des Ileostomiekatheters übt der Patient unter Anleitung in der Klinik. Viele Patienten sind in dieser Situation sehr angespannt und müssen sich erst daran gewöhnen den Ileostomiekatheter einzuführen. Mit Hilfe von Gleitgel oder auch nur etwas Leitungswasser lässt sich der Ileostomiekatheter ohne Druck und Kraft über das Nippelventil bis in den Pouch vorschieben. Probleme mit der Pouchintubation stellen immer einen Notfall dar, da der Pouch ausschließlich mit einem Katheter entleert werden kann. Über diese mögliche Komplikation und das notwendige Prozedere in diesem Notfall muss jeder Patient informiert werden.

Ein voll ausgebildeter bzw. gedehnter Pouch fasst ca. 500 - 1000ml Darminhalt und vor allem auch Gase. Je nach Nahrungsmenge und Pouchgröße kann daher die individuelle Entleerungsfrequenz sehr unterschiedlich sein. Der Patient verspürt im Unterbauch ein Druckgefühl, wenn der Pouch gefüllt ist und entleert werden muss. Jeder Patient muss seine eigene Entleerungsposition finden und dann Routine im Einführen und Entleeren bekommen. Häufig setzen sich Patienten ganz nach hinten auf die Toilette oder an den Toilettenrand und lassen den Darminhalt mithilfe des Ileostomiekatheters direkt in die Toilette laufen. Ist der Stuhl etwas eingedickt und fließt nicht von alleine ab, kann der Pouch mit lauwarmem Leitungswasser angespült werden. Weitere Hilfsmittel sind neben dem Ileostomiekatheter eine Blasenspritze und ein Pflaster, um die Schleimhaut der kontinenten Ileostomie vor Reibung an der

Kleidung zu schützen und das Schleimhautsekret aufzunehmen. Bei starker Schleimsekretion kann eine handelsübliche Stomakappe oder eine Kompresse in Ergänzung zum Pflaster verwendet werden. Alle Hilfsmittel zur Versorgung sind verordnungsfähig und können über den Nachversorger bezogen werden (Körner, 2023, S. 29-33).

Zudem sollte der Pouch regelmäßig mit Leitungswasser gespült werden, um zurückgebliebene Nahrungsreste im Pouch auszuspülen und einer möglichen Pouchitis vorzubeugen. Weitere Komplikationen lassen sich in Früh- und Spät komplikationen aufteilen. Nahtinsuffizienzen, Nekrosen oder leichte Blutungen zählen dabei zu den Frühkomplikationen und bedürfen einer ärztlichen Konsultation. Auch bei allen Spät komplikationen, wie beispielsweise einer Ventildislokation (Ventilverschiebung), Fisteln, Ventilprolaps, Hernien, Stenosen, Pouchitis, Intubationsprobleme und anderen Beschwerden muss ein Arzt hinzugezogen werden (Dörner, 2018).

Bei einer Kontinenz muss Ort und Zeitpunkt der Ausscheidung selbstbestimmt möglich sein. Dabei kann es durch eine Ventildislokation zur Inkontinenz kommen und ist durch den unfreiwilligen Verlust von Harn oder in diesem Fall von Stuhl definiert. Liegt eine Inkontinenz vor, müssen Patienten eine Stomaversorgung tragen, um die Ausscheidung aufzufangen.

In Abhängigkeit von der jeweiligen Komplikation lassen sich diese auch chirurgisch beheben (Wieczorek, 2024; Block & Myrelid, 2020, S. 155-156).



*Abb.4: Stomaabdeckung mit Pflaster (Bildquelle: Susanne Körner).*

## Entlassung / Überleitung

Im Rehabilitationsprozess ist die Entlassung aus dem Krankenhaus ein wichtiger Schritt, welcher eine gute Vorbereitung erfordert. Der Patient muss in der Zeit im Krankenhaus gut auf die selbständige Versorgung vorbereitet werden. Dazu ist ein multiprofessionelles Team unerlässlich, um notwendige Informationen zu vermitteln. Zudem sollte der Entlassungstag frühzeitig bekannt sein. Mit dem Patienten sollte besprochen werden, ob er in eine Reha bzw. AHB (Anschlussheilbehandlung) gehen möchte und für welchen Nachversorger er sich entscheidet, um entsprechende Anträge und Anmeldungen zu tätigen. In einem Überleitungsbogen müssen alle Patientendaten, die Stomaanlage und die benötigten Hilfsmittel übermittelt werden. Für den Nachversorger ist es außerdem wichtig, über den Anleitungs-, Schulungs- und Beratungszustand sowie über die psychische Situation des Patienten informiert zu sein. Benötigt der Patient noch Unterstützung, muss geklärt werden, ob er beispielsweise in einer Reha oder AHB die nötige Sicherheit und Selbständigkeit im Umgang mit dem Kock-Pouch erlangen kann. Des Weiteren muss mit dem Arzt der Zeitpunkt des Fadenzugs am Stoma abgesprochen werden. Im Rahmen des Entlassungsgesprächs können letzte Fragen und Unklarheiten besprochen werden. Hier sind die Themen sehr individuell aufzugreifen und reichen vom Duschen, Baden, Sauna über Sexualität, Sport, Ernährung bis hin zur Hilfsmittelversorgung, Beruf und dem Alltag. Um den Toilettengang unterwegs einfacher zu gestalten, kann über den Verein CBF (Club Behinderter und ihrer Freunde) in Darmstadt für einen Unkostenbeitrag ein Euroschlüssel erworben werden. Mit diesem Schlüssel können alle öffentlichen Behindertentoiletten in Deutschland, Österreich und der Schweiz geöffnet werden (Hofmann & Summa, 2017b, S. 101-109). Der Sozialdienst der Kliniken bietet eine sozialrechtliche Beratung an. Leistungen aus der Sozialversicherung wie beispielsweise der Grad der Behinderung, die berufliche Rehabilitation sowie Wiedereingliederungsprogramme können beantragt und geklärt werden (Carstensen, 2020, S. 526-535). Für den Notfall sollte der Patient immer eine schriftliche Information über die Existenz des Kock-Pouchs und zu den Kontaktdaten der Klinik bzw. des Operateurs mit sich führen. Inzwischen gibt es gute Möglichkeiten, die Information in einem QR-Code, z.B. am Schlüsselbund oder als Armband, bei sich zu tragen. Hilfsmittel wie ein Ileostomiekatheter, eine Blasenspritze und ein Pflaster sollten ebenfalls immer mitgeführt werden. Das Angebot von Selbsthilfegruppen für Patienten mit kontinentem Ileostoma beschränkt sich derzeit auf eine bundesweite Kock-Pouch-Gruppe, welche 2020 von Susanne Körner gegründet wurde. Neue Mitglieder sind herzlich willkommen. Weitere Selbsthilfeorganisationen bieten meist kleinere Untergruppen zum Thema Pouch an (Körner, 2023, S. 29-33).

## Nachbetreuung

Um eine lückenlose Versorgung zu gewährleisten, muss frühzeitig mit der Entlassplanung begonnen werden und nach Rücksprache mit dem Patienten ein Nachversorger ausgewählt und beauftragt werden (Gruber, 2017a, S. 14). Idealerweise hat bereits in der Klinik ein erster Kontakt mit dem zukünftigen Nachversorger stattgefunden. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus ist ein zeitnaher Hausbesuch wünschenswert, um aufkommende Fragen und Unsicherheiten zu besprechen. Benötigt der Patient noch pflegerische Unterstützung,

sollte diese über den Hausarzt und ambulante Pflegedienste organisiert werden. Zur finanziellen Unterstützung kann eine Einstufung in Pflegegrade über die Krankenkasse beantragt werden (Gruber & Karg-Straninger, 2017, S. 110-114).

Jeder Patient bekommt einen Pouchtrainingsplan ausgehändigt. Anhand dieses Planes wird der Patient angeleitet, den Ileostomiekatheter stundenweise zu entfernen, damit die Pouch-tasche sich langsam dehnt und an Volumen zunimmt. Das Ziel ist, den Pouch drei bis vier Mal pro Tag zu entleeren (Ecker, 2019, online, S. 43).

### Stationäre Rehabilitation / Anschlussheilbehandlung (AHB)

Die Rehabilitationsmaßnahmen werden über den Sozialdienst der Kliniken oder über den Haus- oder Facharzt beantragt (Rick, 2017, S. 123). Bei der Wahl der Rehabilitationseinrichtung sollte darauf geachtet werden, dass die Einrichtung im Umgang mit Stomata und idealerweise mit kontinentem Ileostoma Kompetenzen hat (Körner, 2023, S. 29-33). Das oberste Ziel einer Rehabilitation ist, die größtmögliche Selbständigkeit im Umgang mit dem Stoma und der neuen Situation zu erlangen. Der Patient sollte Motivation und Bereitschaft zur Mitarbeit zeigen. Der Rehabilitationsplan wird ganz individuell festgelegt und die Inhalte der Stomaberatung richten sich nach den Fragen, Unsicherheiten und Bedürfnissen jedes einzelnen Patienten. Auch sozialmedizinische und sozialrechtliche Themen spielen in der stationären Rehabilitation eine große Rolle und werden vom medizinischen Personal und dem Sozialdienst im multiprofessionellen Team besprochen. Weitere Themen können Ernährung, Reisen, Alltag, Sport und Sexualität sein (Rick, 2017, S. 123-126).

Neigt sich die stationäre Rehabilitation dem Ende, findet ein erneutes Entlassmanagement seitens der Einrichtung statt. Der Patient soll ohne Versorgungseinbrüche auf sein Zuhause vorbereitet werden. Bei einem Entlassungsgespräch können letzte Fragen beantwortet und auf Selbsthilfegruppen aufmerksam gemacht werden (Gruber, 2017b, S. 126-127).

Das kontinente Ileostoma wird auch in Zukunft nur für einen kleinen Teil der Patienten mit Proktokolektomie eine gute Alternative darstellen. Es war spannend, in den Recherchen zu sehen, wie in den letzten Jahrzehnten nach immer komfortableren Lösungen für Patienten gesucht wurde.

Derzeit steigt wieder das Interesse für den Kock-Pouch und betroffene Patienten haben nach einer Proktokolektomie die Option eines Kock-Pouches, auch wenn dies bisher nur in wenigen Kliniken in Deutschland angeboten wird.

Es ist die Aufgabe von Ärzten und Therapeuten, die Betroffenen in ihrer Situation bestmöglich zu betreuen, individuelle Lösungen zu suchen und somit den Patienten möglichst viel Freiheit und Lebensqualität zu bieten. Jede chirurgische Option, sei es die endständige Ileostomie, der ileoanale Pouch oder der Kock-Pouch bringen Vor- und Nachteile mit sich und es gilt individuell abzuwägen, für wen welche Operation die meisten Vorteile bringt. Mit einem Kock-Pouch benötigen Patienten eine ganz spezielle Betreuung und Anleitung, welche sich von einem konventionellen Ileostoma in sehr vielen Punkten unterscheiden. Um Patienten mit einem kontinenten Ileostoma adäquat zu betreuen, bedarf es neben besonderem Fachwissen zu präoperativen Maßnahmen und Operationstechnik auch „Know-how“ zur postoperativen Pflege sowie Edukation und Entlassung des Patienten.

Mit dem Ziel der Selbstpflegekompetenz des Patienten ist der Anleitungs-, Beratungs- und Schulungsbedarf im therapeutischen Team sehr hoch. Auch Nachversorger und Rehakliniken müssen sich in das Thema „kontinente Ileostomie“ einarbeiten, um eine sektorenübergreifende Patientenversorgung zu gewährleisten. In der Hilfsmittelversorgung für Kock-Pouch-Patienten gibt es wenig Produktauswahl. Um beispielsweise eine Dauerableitung anzubringen, ist es nötig, mit den zur Verfügung stehenden Hilfsmitteln eine passende Versorgung zu „kreieren“. In der Literatur sind derzeit nur sehr wenige Informationen über die spezielle Pflege von Patienten mit kontinentem Ileostoma zu finden. Derzeit nehmen viele Patienten eine weite Anreise auf sich, um im Klinikverbund Südwest im Krankenhaus Leonberg eine Kock-Pouch Neuanlage oder Korrekturoperation zu erhalten. Nicht allein das Können des Chirurgen ist entscheidend, sondern die pflegerische Betreuung der Patienten nimmt einen großen Stellenwert ein.

*Die von mir gegründete Kock-Pouch-Gruppe freut sich über neue Gruppenmitglieder und ein immer größer werdendes Netzwerk von Ärzten und Therapeuten in ganz Deutschland.*

#### *Literaturverzeichnis*

*AWMF (2021): S3 - Leitlinie Colitis ulcerosa. Online. Registernummer 021-009 Verfügbar unter: [<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/021-009>] (Zugriff am 27.06.2024).*

*Block, Mattias & Myrelid, Pär (2020): Das kontinente Ileostoma. In: Iesalnieks, Igors (Hrsg., 2020): Chirurgie des intestinalen Stomas. Berlin: Springer-Verlag. S. 141-160.*

*Carstensen, Jörg (2020): Begutachtung von Patienten mit chronisch- entzündlicher Darmerkrankung. In: Hoffmann, Jörg C. & Klump, Bodo & Kroesen, Anton & Siegmund, Britta (Hrsg., 2020):*

*Chronisch- entzündliche Darmerkrankungen, in Klinik und Praxis. 3. Auflage. Berlin: Springer-Verlag. S. 526-535.*

*Deutsche ILCO Bonn (2023): Colostomie/ Ileostomie – ein Leitfaden. Wissenswertes von A-Z. Kock'sche Tasche (Kock Pouch, kontinente Ileostomie). S. 39.*

*Dinh, Christian (2021): Komplikationen des ileoanalen Pouches im Langzeitverlauf. Möglichkeiten der Korrektur unter besonderer Berücksichtigung der Konversion in die Kock'sche Tasche.*

*Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnheilkunde der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes. S. 23. Online Publikation. Verfügbar unter: [<https://publikationen.sulb.uni-saarland.de/handle/20.500.11880/33629>] (Zugriff am 30.06.2024).*

*Dörner J. et al. (2018): Die kontinente Ileostomie (Kock-Pouch). Online Publikation. Verfügbar unter: [<https://doi.org/10.1007/s00053-018-0308-y>] (Zugriff am 27.06.2024).*

Ecker, Nils Karl Josef (2019): *Die kontinente Ileostomie. Indikationen, Operationstechnik und Ergebnisse der Operationsmethode unter besonderer Berücksichtigung des Langzeitverlaufs.* Dissertation zur Erlangung des Grades eines Doktors der Zahnheilkunde der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes. S. 13-43. Online Publikation. Verfügbar unter: [<https://publikationen.sulb.uni-saarland.de/handle/20.500.11880/29898>] (Zugriff am 28.06.2024).

Eisner, F. & Glatzle J. (2017): *Chirurgische Stomaanlage und urologische Harnableitungen. Indikationen und OP-Techniken zur Stomaanlage.* In: Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): *Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma.* Berlin: Springer-Verlag. S. 45-48.

Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): *Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma.* Berlin: Springer-Verlag.

Gruber, G. (2017a): *Der Stomaprozess. Prozessorientierte, kontinuierliche Betreuung durch Pflege-experten.*

In: Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): *Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma.* Berlin: Springer-Verlag. S. 14-16.

Gruber, G. (2017b): *Anleitung zur Stomaversorgung. Stomatherapie in der Rehabilitationsklinik.* In: Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): *Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma.* Berlin: Springer-Verlag. S. 126-127.

Gruber, G. & Karg-Straninger, R. (2017): *Anleitung zur Stomaversorgung. Versorgung Zuhause und im Alltag.* In: Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): *Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma.* Berlin: Springer-Verlag. S. 110-114.

Gruber, Gabriele (2023): *Unterricht am Diakonischen Institut Dornstadt. Pflegeexperte SKW Kurs 2022. Patientenedukation. Beratungsprozess am 07.03.2023 Folie 48-58.*

Heijkant van den, T.C. et al. (2014): *Randomisierte klinische Studie zur Wirkung von Kaugummikauen auf postoperativen Ileus und Entzündungen in der kolorektalen Chirurgie.* Online Publikation. Verfügbar unter: [<https://doi.org/10.1002/bjs.9691>] (Zugriff am 28.06.2024).

Hoffmann, Jörg C. & Klump, Bodo & Kroesen, Anton & Siegmund, Britta (Hrsg., 2020): *Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen, in Klinik und Praxis.* 3. Auflage. Berlin: Springer-Verlag.

Hofmann, G. & Summa, S. (2017a): *Anleitung zur Stomaversorgung. Anleitung im Krankenhaus.* In: Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): *Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma.* Berlin: Springer-Verlag. S. 79.

Hofmann, G. & Summa, S. (2017b): *Anleitung zur Stomaversorgung. Überleitung und Entlassung.* In: Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): *Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma.* Berlin: Springer-Verlag. S. 101-109.

Hofmann, Gabi (2023a): *Unterricht am Diakonischen Institut Dornstadt. Pflegeexperte SKW Kurs 2022.*

*Präoperative Phase am 02.05.2023 Folie 2-22.*

Hofmann, Gabi (2023b): *Unterricht am Diakonischen Institut Dornstadt. Pflegeexperte SKW Kurs 2022. Stomamarkierung am 02.05.2023 Folie 3-17.*

Iesalnieks, Igors (Hrsg., 2020): *Chirurgie des intestinalen Stomas.* Berlin: Springer-Verlag.

Iesalnieks, Igors (2022): *Stoma bei Patienten mit M. Crohn und Befall des Dickdarms und des Afters. Kontinentes Ileostoma (z.B. Kock-Pouch).* In: *MagSi Magazin*, 04/2022, Nr. 88, S. 4-10.

Iesalnieks, Igors (2023): *Kontinentes Ileostoma.* In: *MagSi Magazin*, 12/2023, Nr. 93, S. 17-20.

Körner, Susanne (2023): *Die kontinente Ileostomie aus Sicht der Stomatherapie. Der Kock Pouch im Pflegealltag.* In: *ILCO-Praxis, Fachzeitschrift der Selbsthilfe Deutsche ILCO e.V. Bonn, Ausgabe 4/2023*, S. 29-33.

Kroesen, Anton J. (2020): *Operative Therapie der Colitis ulcerosa und Pouchitis.* In: Hoffmann, Jörg C. & Klump, Bodo & Kroesen,

Anton & Siegmund, Britta (Hrsg., 2020): *Chronischentzündliche Darmerkrankungen, in Klinik und Praxis.* 3. Auflage. Berlin: Springer-Verlag. S. 306-315.

Kruck, P. (2017): *Anatomische, physiologische und pathophysiologische Grundlagen.*

*Anatomie und Physiologie des Verdauungstraktes.* In: Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): *Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma.* Berlin: Springer-Verlag. S. 28-30.

Pleitgen, Michaela (2023): *Unterricht am Diakonischen Institut Dornstadt. Pflegeexperte SKW Kurs 2022. Patientenedukation am 10.01.2023 Folie 2-4.*

Rick, O. (2017): *Anleitung zur Stomaversorgung. Stationäre onkologische Rehabilitation.*

In: Gruber, Gabriele (Hrsg., 2017): *Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma.* Berlin: Springer-Verlag. S. 123-126.

Spahn, Florian (2023a): *Unterricht am Diakonischen Institut Dornstadt. Pflegeexperte SKW Kurs 2022. Der (erste) Versorgungswechsel am 13.07.2023 Folie 3-8.*

*Spahn, Florian (2023b): Unterricht am Diakonischen Institut Dornstadt. Pflegeexperte SKW Kurs 2022. Entlassungsmanagement im Stomaprozess am 14.07.2023 Folie 58-67.*

*Wieczorek, Margarete (2024): Unterricht am Diakonischen Institut Dornstadt. Pflegeexperte SKW Kurs 2022. Harninkontinenz-Teil 1 am 05.02.2024 Folie 25.v*



*Susanne Körner  
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz  
und Wunde, Wundexpertin ICW,  
CED Fachassistentin, Algesiologische Fachassistentin, Palliativ Care Fachkraft  
Krankenschwester*

*Seit 2021 (inoffizielles) Zertifikat  
"Kock-Pouch Nurse" und 2023 Pflegerin des Jahres, Preisträgerin der  
deutschlandweiten Initiative Herz  
und Mut.*

*Kontakt*

*Klinikverbund Südwest  
Krankenhaus Leonberg  
Rutesheimerstraße 50  
71229 Leonberg*

*Mail: susanne.koe@web.de*

