

S3-Leitlinie POMGAT 2023

Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT) – Wichtiges für PflegeexpertInnen Stoma, Kontinenz und Wunde (PE SKW)

Jährlich erkranken 112.000 Patient-Innen an bösartigen Tumoren des Magen-Darm-Traktes. Bis auf wenige Ausnahmen ist die Operation eine kurative Form der Behandlung, wie Vilz als Leiter der Leitlinienkommission im Cluster Medizin NRW anspricht.

Geltungsbereich – Zielsetzung – Prozesse

Die S3-Leitlinie Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren, POMGAT, fasst Ösophagus, Magen, Pankreas, Leber und kolorektale Tumoren zusammen. Das heißt, diese Leitlinie liefert 77 Empfehlungen, unter anderem für alle Teammitglieder eines Darmkrebszentrums oder Viszeralonkologischen Zentrums nach DKG (Onkozeit, 2023), und somit für die „Stomatherapie“.

Das Wichtigste sind meiner Meinung nach die „neuen“ Ansätze, die auf die Fast-Track-Chirurgie der Vergangenheit anknüpfen und nun sehr klar das prä-, intra- und postoperative Management bei der Resektion gastrointestinaler Tumoren verbessern sollen. Insbesondere für die interdisziplinäre und multiprofessionelle Zusammenarbeit werden diese 77 Empfehlungen gegeben, welche die Behandlung standardisieren und ggfs. auch vereinfachen.

Für die uns seit 2010 bekannten Stomaprozesse, die Droste und Gruber für die bisherigen Strukturen und Ressourcen in der Akutklinik in 8 Phasen beschrieben hatten, ist es die Herausforderung in der Akutklinik nunmehr, multimodale perioperative Behandlungskonzepte zu gestalten!

Ziel wird es sein, wie auch die Leitlinie aussagt, einheitliche Empfehlungen der Leitlinie in perioperative Prozesse und anzupassende Strukturen umzugestalten.

„Vorrangige Ziele sind die Erstellung von einheitlichen Empfehlungen, die nachweislich die Morbidität und Mortalität nach gastrointestinalen Tumorresektionen reduzieren und somit auch einen Einfluss auf das Überleben haben (AWMF, 2023)“

Adressaten der Leitlinie

Alle Adressaten der Leitlinie sind alle erwachsenen PatientInnen, die sich aufgrund eines GI-Tumores oder eines hepatopankreatobiliären Malignoms einer elektiven Operation unterziehen müssen. Nicht relevant ist hierbei, ob der Eingriff in kurativer oder palliativer Intention erfolgt.

„Die S3-Leitlinie richtet sich an ärztliche und nicht-ärztliche Gesundheitsversorger, die Patienten mit gastrointestinalen Tumoren perioperativ behandeln und betreuen: Ärzte der Fachrichtungen Allgemein- und Viszeralchirurgie, Anästhesie, Schmerztherapie, Onkologie, Ernährungsmedizin, Rehabilitationsmedizin sowie Sportmedizin. Darüber hinaus richtet sich diese Leitlinie an alle Professionen und Disziplinen, die in die perioperative Behandlung von Patienten mit einem gastrointestinalen Tumor eingebunden sein sollten, beispielsweise in der Therapie und Begleitung (u.a. Stomatherapie, Palliativmedizin, Pflegepersonal, insbesondere mPOM Fachkräfte, Physiotherapeuten). Des Weiteren dient die Leitlinie zur Information für alle weiteren Fachrichtungen und Disziplinen, die im perioperativen

Verlauf in die Behandlung der Patienten involviert werden. Und kann Kosten- und Entscheidungsträgern sowie Qualitätssicherungseinrichtungen als Orientierung im Themenfeld dienen.“ (AWMF, 2023)

Kurzüberblick zum Aufbau der LL-Themen und damit einhergehende notwendige Prozessabläufe in der Stomatherapie:Prästationäres Management

- Perioperative Gabe von bereits vorhandener Medikation und präoperativ/intraoperativ indizierter oder zu beginnender Medikationen (cardiale, Fettstoffwechsel betreffende Medikamente, Kortikosteroide)
- Prähabilitation
Präoperative PatientInnenanleitung Mobilisierung/Bewegung durch Physiotherapie, Ernährungsstatus und nötige Empfehlungen durch Ernährungsberatung, Aufklärung zur positiven Auswirkung von Alkohol und Nikotinverzicht vor Operation
- PatientInnenschulung und -beratung hinsichtlich perioperativer Interventionen „Eine spezifische Unterweisung hinsichtlich eines multimodalen perioperativen Behandlungskonzeptes sollte bei Patienten vor einer Operation routinemäßig durchgeführt werden. [...] spricht die vorhandene Evidenz dafür, dass eine spezifische präoperative Patientenschulung zu einer verbesserten Compliance, frühzeitiger Mobilisation, höherer Patientenzufriedenheit und zu einer verkürzten Verweildauer im Vergleich zu keiner Patientenschulung führt.“
- Präoperative Evaluation und Risiko-einschätzung, um PatientInnen mit einem erhöhten Mortalitäts-Risiko zu identifizieren und stratifizieren.

Der sektorenübergreifende Pflegeprozess „Rehabilitation des Stomaträgers“

Prozessübersicht: Tätigkeiten im Akutkrankenhaus, in der ambulanten Nachsorge und in der stationären Rehabilitation/Anschlussheilbehandlung (AHB)

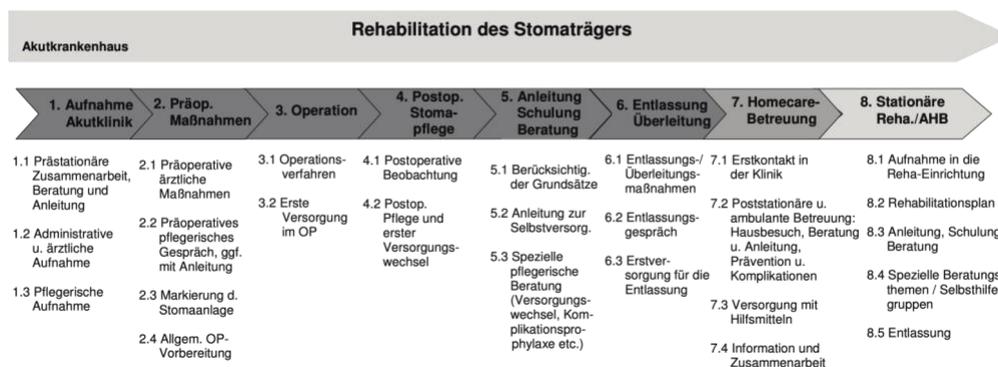


Abb. 1: Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie, Droste, Gruber, 2010

Notwendige Veränderung im Prozessablauf Stomatherapie?

Wenn wir bisher, durch die Strukturen im Gesundheitswesen, erst mit Aufnahme die präoperativen Beratungsgespräche der Stomatherapie, ggfs. auch mit Übungen an Modellen oder mit Produkten, anbieten konnten,

ist es zukünftig erforderlich, diese fachpflegerischen Beratungen der Stomatherapie schon prästationär anzubieten.

Denn durch die sich verkürzenden Liegezeiten/Verweildauern oder Aufnahmezeitpunkte am Tag der Operation (Same Day Surgery) können ggfs., patientenorientiert betrachtet, Beratungen nicht angeboten bzw. nicht wahrgenommen werden.

Die Folge wäre, wenn der Betroffene seine Stomaversorgung nicht beherrscht, dass die kürzeren Verweildauern nicht eingehalten werden, oder der Betroffene nur unzureichend geschult nach Hause entlassen wird. Welche Konsequenzen das in der Selbstversorgung hat, oder auch zu Wiederaufnahmen führt, ist mehrfach in der Literatur beschrieben.

Der negative Einfluss auf die Selbstversorgung und auch Lebensqualität wurde erst 2023 von Hass et al. erneut dargestellt.

Das bedeutet, dass bereits vor der Operation die pflegfachliche Beratung seitens der PE SKW zu Fragen der Betroffenen, zur selbstständigen Stomaversorgung, der Ausstattung mit Hilfsmitteln sowie Ansprechpartner für Fragen in der Häuslichkeit und Überleitung in die Rehabilitationsklinik als Inhalte der prästationären Beratungsgespräche stattfinden müssen.

Wie schon Droste und Gruber 2010 beschreiben, werden Traditionen in der Pflege und Medizin brechen und ergänzende, neue und kompakte interdisziplinäre Aufgaben und Strukturen mit den Akteuren gestaltet werden müssen. Unter der sich verkürzenden Verweildauer, der Reduktion der mindestens 2- bis 3-mal anzubietenden Beratung, Anleitung und Schulung des 5. Teilprozesses wird der Umbruch des Stomaprozesses mit einem prästationären „Teilprozess“ zu ergänzen sein. Das heißt, vor dem 1. Teilprozess der Abbildung des sektorenübergreifenden Stomaprozesses müssen die oben genannten pflegfachlichen Beratungsinhalte mit den Betroffenen bearbeitet werden.

Hierbei kann dann auch die Selbsthilfe mit einbezogen werden. Auch die Prozesse des späteren Entlassmanagements, beispielsweise mit dem Homecare-Unternehmen, dem Sozialdienst/Casemanagement für eine evtl. notwendige ambulante Pflege sind hier neu zu verorten.

Wichtig ist zu bedenken, dass eine poststationäre Beratung und Betreuung, wie z. B. im ERAS®-Konzept vorgesehen als neue 9. bzw. 10. Phase des sektorenübergreifenden Stomaprozesses durch die Verantwortlichen für die Stomatherapie implementiert wird. In dieser poststationären Betreuung könnte auch bei PatientInnen ohne eine Stomaanlage die Anforderung aus dem Erhebungsbogen des Darmkrebszentrums der Deutschen Krebsgesellschaft zum Thema LARS, die Stuhlkontinenzstörung bei tiefem anterioren Resektionssyndrom eruiert werden (nicht veröffentlichter Expertenstandard, DNQP, 2024).

Warum? Durch die frühen Entlass-Zeitpunkte kann es nach Entlassung bei den überwiegend nach tiefen anterioren Resektionen und Ileostoma zu hohen Ausscheidungen und nicht adäquaten Einstellungen mit Medikamenten und Quellstoffen bis hin zu einem High-Output-Syndrom kommen (Gruber, Kruck 2017). Dieses Phänomen oder die „Therapie-induzierte Diarrhoe“ besonders bei Stoma, während einer onkologischen Therapie (AWMF, 2020) müssen Beachtung finden. Ebenso die postoperativ auftretenden Fragen oder Problemstellungen (Hass, 2023)

werden mit den Betroffenen besprochen oder sogar gelöst.

Hierzu sind (neben einer teilweise telefonischen Befragung durch PE SKW nach Entlassung) die auch im Erhebungsbogen des viszeralkologischen Zentrums geforderten Stomaprechstunden, besetzt mit ärztlichem Personal und PflegeexpertInnen SKW, eine Lösung. Diese sind jedoch vielerorts noch nicht etabliert!

Ebenfalls wird zukünftig die Patientenleitlinie zum Thema POMGAT zur Verfügung stehen und unterstützend in der Beratung eingesetzt werden.

Im Kapitel 5 finden wir Empfehlungen, die ebenfalls die Veränderungen und den interdisziplinären Charakter für die Akteure widerspiegeln:

- PONV-Prophylaxe (engl. postoperative nausea and vomiting; Postoperative Übelkeit und Erbrechen)
- Anästhesie
- Haarentfernung im OP-Gebiet
- Hautdesinfektion des OP-Feldes
- Perioperativer intravenöse Antibiotikaprophylaxe
- Präoperative Darmvorbereitung - kolorektal (auch mit interessanten Aussagen zum Zusammenhang der Darmvorbereitung und Anastomoseninsuffizienzen beinhaltet)
- Ebenso präoperative Darmvorbereitung nicht kolorektal
- Perioperative selektive Darmdekontamination (SDD) unterschieden in oberen/unteren GIT (gastrointestinal Trakt)
- Sedierende Prämedikation

Kapitel 6 Intraoperatives Management

- Intraoperatives Einlegen einer Drainage in das OP-Feld: Besonders bei elektiven kolorektalen Resektionen soll keine intraabdominelle Drainage eingelegt werden. In dem Zuge stellt sich aus Sicht von PE SKW die Frage: Haben wir zukünftig weniger Probleme mit den Drainagen im parastomalen Bereich und somit eine bessere Möglichkeit PatientInnen anzuleiten?

„Bei tiefen AR (anterioren Rektumresektionen) sollte keine endoluminale (transanale) Drainage platziert werden“ (AWMF 2023)

Intraoperative Testung der Anastomose: Die Perfusion und Vaskularisation der Anastomose im Rektum und seine Verfahren sind aufgeführt.

Im Kapitel 7 finden wir wichtige Hinweise zum Legen und frühzeitigen Entfernen von:

- Magensonden (z. B. bei kolorektalen Eingriffen soll die nasogastrale Sonde bereits vor Narkoseausleitung gezogen werden.
- Dauerkatheter (z. B. „Bei kolorektalen Resektionen gilt die perioperative Einlage eines transurethralen Dauerkatheters als chirurgischer Standard.“ Zeitnahe

Entfernung zur Reduktion des Risikos einer Harnwegsinfektion. Bei kolorektaler OP 24h post-op, bei tiefen AR innerhalb von 72h (AWMF, 2023).

- Empfehlungen zur Schmerztherapie
- Prävention und Therapie postoperativer gastrointestinaler Motilitätsstörungen
pharmakologische Prävention und Therapie

Wichtig ist im multimodalen Team (ärztl. Personal, ApothekerIn und Stomatherapie) den Punkt 7.21 zu bearbeiten, da nach dieser Empfehlung Laxantien zur Prophylaxe/Therapie eines postoperativen (paralytischen Ileus) nach onkologischer kolorektaler Resektion implementiert werden sollten. Jedoch ACHTUNG, wenn ein Ileostoma vorgeschaltet ist. Hier sollten Laxantien oder Magnesium nur nach strenger Abwägung eingesetzt werden. Die Zusammenhänge zum High-Output-Syndrom sind zu beachten (Kruck, 2017).

- Adjuvante Interventionen

So darf Kaffee bereits im Aufwachraum getrunken werden, oder nach kolorektalen Eingriffen kann Kaugummi in den ersten 3-4 Tagen zur Peristaltik-Förderung und weiterer positiver Effekte eingesetzt werden.

Komplementäre Methoden, wie z. B. Akkupunktur werden beschrieben und Empfehlungen ausgesprochen.

- Postoperative Mobilisation

Eine frühe Mobilisation wird empfohlen. Eine Bauchbinde nach medianer Laparotomie zur Schmerzreduktion kann angelegt werden.

Der sektorenübergreifende Pflegeprozess „Rehabilitation des Stomaträgers“ Prozessübersicht: Multiprofessionelles Team

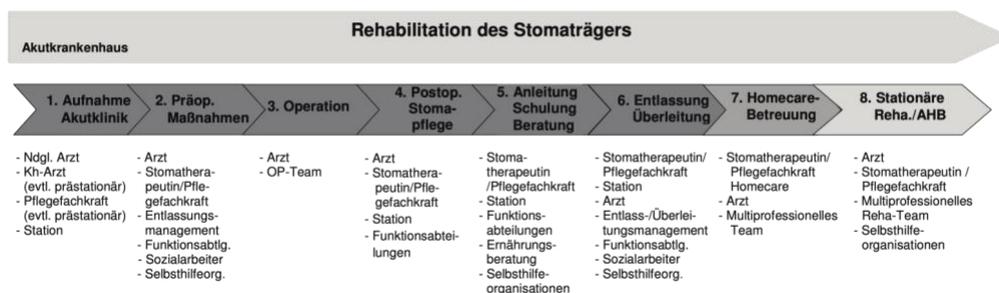


Abb. 2: Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie, Droste, Gruber, 2010

Das Kapitel 8 fasst das multimodale perioperative Managementkonzept (mPOM) als Gesamtmaßnahme zusammen.

- Das mPOM-Konzept beeinflusst laut aktuellen Metaanalysen die Adhärenz,

die Schmerzen, die Reduktion von Komplikationen, eine raschere Wiederaufnahme der Darmtätigkeit und Reduktion der Verweildauer (AWMF, 2023).

- 8.2 Perioperative Begleitung durch entsprechend spezialisierte Fachkräfte

Zudem sind in der POMGAT-Leitlinie äußerst interessante Literaturstellen mit folgenden Aussagen aufgeführt:

„Geschulte Patienten hatten eine bessere Compliance hinsichtlich postoperativer Mobilisierung und oraler Nahrungsaufnahme und wieder eine um 2 Tage verkürzte Verweildauer (median 5 Tage [range 2–29] vs 7 Tage [range 2–39], $p < 0,001$; [83].
....“

„Ergebnisse für 122 Stomapatienten mit deutlich verkürzter Verweildauer nach spezifischer präoperativer Stomaschulung: 6 Tage [2-21] vs 9 Tage [5-45]; $p < 0,001$ [84]...“

Aber bedenke:

„Im Gegensatz dazu konnte eine britische Studie mit 65 Patienten nach Kolorektalchirurgie keinen Vorteil nach Patientenschulung mittels Videos (im Vergleich zu Patientenbroschüre) nachweisen [85].“ (AWMF, 2023)

Hierzu möchte ich die These aufstellen, dass PflegeexpertInnen SKW (mit Fachweiterbildung nach FgSKW e. V.) mit ihrem Fachwissen und bei entsprechender Auseinandersetzung und Fortbildung zum perioperativen Management und relevanter S3-Leitlinien des onkologischen Leitlinienprogramms beitragen, die Anforderungen und Herausforderungen im mPOM-Team und somit in Viszeralonkologischen Zentren umzusetzen. PflegeexpertInnen SKW werden in ihrem Fachbereich, der Stomatherapie, zusammen mit dem im Erhebungsbogen geforderten multiprofessionellen Team, dem sich gestaltenden mPOM-Team und einer mPOM-Fachkraft (AWMF, 2023), zu den in der Leitlinie dargestellten Ergebnissen beitragen, wenn Strukturen angepasst werden sowie Prozesse auch im Qualitätsmanagement und in der ePA (elektr. Patientenakte) und entsprechende Ressourcen zur Verfügung gestellt werden.

Wie komme ich zu dieser These?

Durch den vielfältigen PatientInnenberatungsbedarf haben PflegeexpertInnen SKW einen ganzheitlichen Blick auf Ernährung bei veränderter Resorptionsstrecke und Medikamentenresorption mit ärztlichem Personal und ErnährungsberaterInnen. Weitere Schnittstellen im Zuge der Beratung zu Hobbies oder beruflicher Belastung der Bauchdecke bilden PhysiotherapeutInnen, oder hinsichtlich einer notwendigen onkologischen Therapie die onkologische Pflege mit den FachexpertInnen im multiprofessionellen Team ab (Gruber et al, 2017). Dabei stellt sich die Herausforderung, die bisherigen „Traditionen“, Abläufe sowie Zuständig-/Verantwortlichkeiten zu reflektieren und unter multimodaler Betrachtung, gesetzlichen Vorgaben sowie im Sinne des Qualitätsmanagements, der PROMs (Patient Reported Outcome) und den neuen Anforderungen der POMGAT-LL 2023

anzupassen und „neu zu denken“.

Was denken Sie? Ist Ihnen die S3-LL POMGAT, 2023 schon im Arbeitsalltag begegnet? Was haben Sie für Erfahrungen?

Schreiben Sie mir gerne unter: kontakt@gabriele-gruber.de



*Gabriele Gruber, MSc.
Gesundheitsmanagement,
Systemmanagerin Qualität
im Gesundheitswesen,
Risikomanagement,
Fachbuchautorin und -/Dozentin,
akademische Kontinenz- und
Stomaberaterin (DUK),
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde (FgSKW e. V.),
Gesundheits- und Krankenschwester. Rohrdorf. Kontakt:
kontakt@gabriele-gruber.de*

Literaturverzeichnis

Droste W. Gruber G. (2010) Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie für Krankenhäuser, die ambulante Homecare-Versorgung und Rehabilitationskliniken, 2. überarbeitete Auflage, Schlütersche: Hannover.

Gruber G. Hrsg. (2017) Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma. Praxis und Beratung – Stationär und Ambulant. Springer Verlag, Berlin.

*Gruber G. (2017) Stellenwert der Stomatherapie im Gesundheitswesen.
In: Gruber G. Hrsg. (2017) Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma,
Springer Verlag, Berlin.*

Kruck. P. (2017) Anatomie und Physiologie des Verdauungstraktes. In: Gruber. G. (2017) Ganzheitliche Pflege bei Patienten mit Stoma, Springer: Berlin.

*Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Perioperatives Management bei gastrointestinalen Tumoren (POMGAT), Langversion 1.0, 2023, AWMF-Registernummer: 088-010OL
<https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/perioperatives-management-bei-gastrointestinalen-tumoren-pomgat/>; [abgerufen 10.02.2024].*

*Leitlinien Programm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) Leitlinienprogramm Onkologie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatient*innen Version 2.1 – August 2023 AWMF-Registernummer: 032-051OL [abgerufen 10.02.2024].*

Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe,AWMF): S3-Leitlinie Kolorektales Karzinom, Langversion 2.1, 2019, AWMF Registrierungsnummer: 021/007OL, <http://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/kolorektales-karzinom/> [abgerufen 27.12.2023].

AWMF): S3-Leitlinie Früherkennung, Diagnose, Therapie und Nachsorge des Harnblasenkarzinoms, Langversion 2.0, 2020, AWMF-Registrierungsnummer 032/038OL [abgerufen 27.12.2023]

Leitlinien Programm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF) Leitlinienprogramm Onkologie S3-Leitlinie Supportive Therapie Langversion 1.3 – Februar 2020 AWMF-Registernummer: 032/054OL [abgerufen 10.02.2024].

Hass, M., Renner, A. (2020) Stomaversorgung. Coloproctology 42, 277–283 (2020). <https://doi.org/10.1007/s00053-020-00460-x>

Onkozert Viszeralonkologische Zentren, Erhebungsbogen (Stand 14.09.2023) <https://www.onkozert.de/viszeral/> [abgerufen 10.02.2024].

Vilz T. (2023) Bonn: S3-Leitlinie bei Tumor-Operationen im Magen-Darm-Trakt. Online: Cluster Medizin NRW <https://www.medizin.nrw/news/bonn-s3-leitlinie-bei-tumor-operationen-im-magen-darm-trakt> [15.03.2024].