



MagSi®

MAGAZIN

STOMA
INKONTINENZ
WUNDE

Das Thema
Pflege bei einem
beatmeten Ileostomieträger
bei Zustand nach
Platzbauch

Aktuell
Chronisch kranke
Menschen –
die Herausforderung
des 21. Jahrhunderts
für das Gesundheitswesen

Wund-MagSi®
Extravaskuläre Faktoren
für Wundheilungs-
störungen beim
Ulcus Cruris

SenSura®



SenSura® mit verbessertem Filter.

Minimiert das Aufblähen. Maximiert die Diskretion.

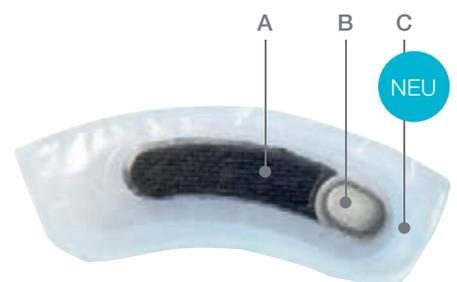
Für noch größere Diskretion sorgt bei SenSura jetzt der verbesserte Filter. Besonders der optimierte Vorfilter ist ein willkommener Fortschritt. Er hält Stuhlausscheidungen zurück, sodass der Filter nicht blockiert wird und Darmgase wirksam durch den Aktivkohlefilter neutralisiert werden können. – Ein Aufblähen des Beutels wird vermieden. Durch die Verwendung eines sehr weichen Materials ist der verbesserte Filter außerdem sehr komfortabel und trägt nicht auf. SenSura mit dem einzigartigen 2-Schicht-Hautschutz und dem verbesserten Filter bietet Patienten eine sichere – und jetzt noch diskretere Lösung. Die SenSura Beutel, bei denen der neue Filter bereits eingesetzt wurde, sind entsprechend gekennzeichnet.

 SenSura® Fürs Leben gemacht

Ostomy Care
Urology & Continence Care
Wound & Skin Care

Coloplast bietet Produkte und Serviceleistungen, um das Leben von Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen zu erleichtern. In enger Zusammenarbeit mit Anwendern entwickeln wir Lösungen, die ihren sehr persönlichen medizinischen Bedürfnissen gerecht werden. Coloplast entwickelt und vertreibt Produkte für die Stoma-, Kontinenz- und Wundversorgung sowie für die Hautpflege und die Urologie. Darüber hinaus bietet Coloplast in Deutschland Homecare-Dienstleistungen an. Coloplast ist ein weltweit operierendes Unternehmen mit mehr als 7.000 Mitarbeitern.

Coloplast und SenSura sind eingetragene Marken der Firma Coloplast A/S, © Coloplast A/S, DK-3050 Humlebæk, Dänemark.



- A Kohlefilter**
Neutralisiert Gerüche wirksam
- B Membran**
Wirksamer Schutz vor Leckagen
- C Vor-Filter**
Hält Ausscheidungen auf, lässt nur Gase zum Kohlefilter durch

 **Coloplast**

Coloplast GmbH
Kuehnstraße 75
22045 Hamburg
Tel.: 0 40 / 66 98 07-77
E-Mail: beratungsservice@coloplast.com

www.coloplast.de



Ausblick

Liebe Leserinnen und Leser,

mit der vorliegenden Ausgabe 54 der Zeitschrift **MagSi®** halten Sie die letzte Ausgabe des laufenden Jahres 2010 in den Händen. Wieder einmal haben wir Ihnen eine Fachzeitschrift gestaltet mit aktuellen und hochqualifizierten Berichten aus unseren Handlungsfeldern.

So lesen Sie beispielsweise in Einem von mehreren Fachbeiträgen zum Themenbereich Stomaversorgung, welche besonderen Umstände bei der Pflege und Betreuung von Patienten mit einer Stomaanlage unter maschineller Beatmung zu berücksichtigen sind. Eigentlich ist dies doch Alltag in der Versorgung durch Pflegende auf Intensivstationen. Dennoch ist es gerade hier wichtig, wie in diesem Artikel beschrieben, auch die Besonderheiten dieser Situation zu beachten und in geeigneter Art und Weise darauf zu reagieren. Ganz besonders freuen wir uns wieder einmal, dass dieser Beitrag auf einer Abschlussarbeit im Rahmen der Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma+Inkontinenz+Wunde basiert. Das zeigt unter anderem, welche hervorragenden Fachbeiträge in diesen Weiterbildungen buchstäblich „erarbeitet“ werden. Wir dürfen an dieser Stelle ankündigen, dass wir auch zukünftig dem „Nachwuchs“ unter den Pflegeexperten in dieser **MagSi®** gerne den Platz einräumen werden, um diese exzellenten Fachbeiträge zu veröffentlichen. Wir wünschen Ihnen nun zunächst eine besinnliche Adventzeit, ein frohes Weihnachtsfest und ein gesundes neues Jahr 2011. Und natürlich, wie immer, eine spannende Lektüre der neuen **MagSi®** 54.

Ihr Redaktionsteam

Das Thema	4	Pflege von Menschen mit Übelkeit und Erbrechen
	13	Pflege bei einem beatmeten Ileostomie-träger bei Zustand nach Platzbauch
Aktuell	20	Der hilfreiche Einsatz von Kreativitätstechniken im Unternehmensablauf
	23	Chronisch kranke Menschen – die Herausforderung des 21. Jahrhunderts für das Gesundheitswesen
	24	Studienbeschreibung: Teil 2 Prospektive Beobachtungsstudie zum zeitlichen Verlauf der Lebensqualität mit protektivem Stoma & nach Rückverlagerung bei Patienten mit Rektumkarzinom-OP
	27	20 Jahre SVS
	28	Methoden zur standardisierten Bewertung von parastomalen Hautkomplikationen
	31	Erster Standard für Klassifikation von Hautläsionen bei Stomaträgern?
	32	Die Beurteilung der peristomalen Haut – Wie gut ist gut?
	Fachverband Aktuell	34
Wund-MagSi	35	Extravasculäre Faktoren für Wundheilungsstörungen beim Ulcus Cruris
Stoma-Standard	39	Stoma-Standard Inselspital Bern
Buch-Tipp	43	Interessante Literatur
Schaufenster	44	Neuigkeiten bei Produkten und Dienstleistungen
Impressum	46	Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

Herausgeber
Berufsverband der Pflege



DVET
Fachverband
Stoma und Inkontinenz e. V.

Kooperationspartner



Pflege von Menschen mit Übelkeit und Erbrechen

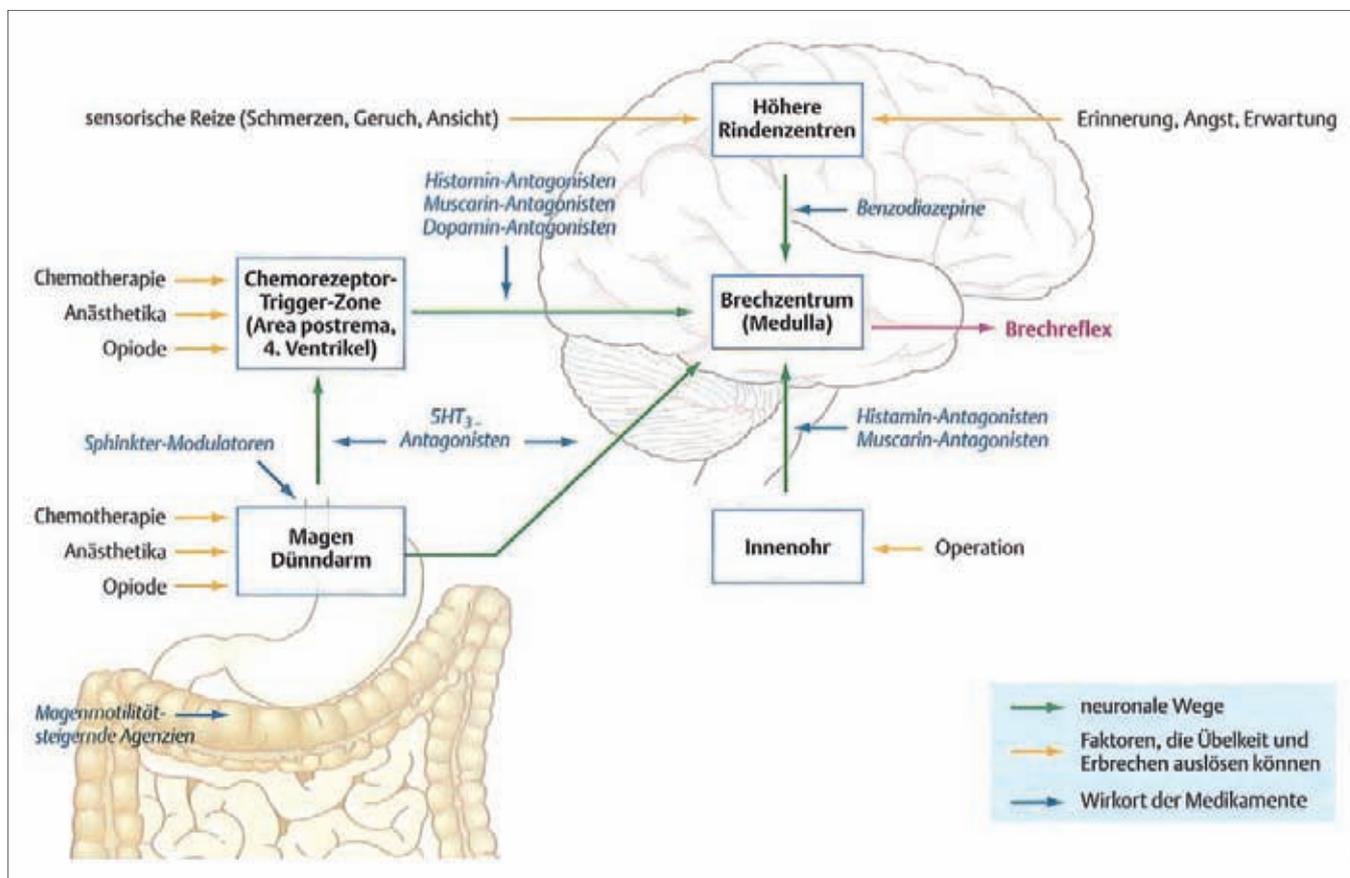


Abb. 1: Faktoren, die den Brechreflex auslösen können und Wirkort der antiemetischen Therapie (Quelle: GlaxoSmithKline).

Definition und Charakteristika der Pflegediagnose „Übelkeit“

Allgemein gültig definieren Doenges et al. Übelkeit (Nausea) als eine „unangenehme, wellenförmige Empfindung im Rachen, Epigastrium oder gesamten Abdomen, die zu Erbrechen führen kann.“

Erbrechen (Emesis, Vomiting) kann also die Folge von Übelkeit sein.

Sie wird verstanden als explosiver Ausstoß von Mageninhalt durch den Mund. Würgen (Retching) wird von vielen Betroffenen meist als sehr unangenehm erlebt. Es ist der Versuch zu erbrechen, ohne dass es letztlich zum Erbrechen führt. Es kommt zu krampfartigen, rhythmischen Kontraktionen im Abdomen und wird auch als „Einatmen gegen die geschlossene Glottis“ beschrieben.

Die Symptome treten meist gleichzeitig auf, daher bezeichnet man das Pflegephänomen auch ÜWE-Syndrom (Übelkeit-Würgen-Erbrechen) oder ANE-Syndrom (Anorexia-Nausea-Emesis). Übelkeit und Erbrechen sind ein wichtiger biologischer Schutzreflex zum Schutz vor giftigen Substanzen.

In der Onkologie sind durch Verbesserung der antiemetischen Medikamente Übelkeit und v.a. Erbrechen nicht mehr so ausgeprägt wie noch vor Jahren. Übelkeit wird immer noch als sehr belastend erlebt und beeinträchtigt die Lebensqualität. Das Empfinden von Übelkeit, ist ähnlich wie Schmerz, Atemnot und andere Symptome, subjektiv und von Angehörigen und Pflegenden nur schwer einzuschätzen. Daher wird das Phänomen Übelkeit tendenziell unterschätzt, obwohl die

Auswirkungen von Übelkeit und Erbrechen sehr einschneidend sein können.

Erbrechen ist psychisch sehr belastend: Patienten ekeln und/oder schämen sich. Sie sind oft hilflos und sorgen sich, ihr Umfeld zu überfordern.

Die Angehörigen sind ebenfalls von Ekelgefühlen betroffen und haben dadurch zusätzlich Schuldgefühle. Sie würden gerne helfen, sind jedoch ratlos und haben Mitleid mit der unerträglichen Situation ihres Familienmitglieds. Viele Angehörige bringen gerne etwas zu Essen in die Klinik mit. So ihre Zuwendung zum Ausdruck zu bringen ist bei anhaltender Übelkeit nicht möglich. Daraus kann sich ein Gefühl von Kontrollverlust und Machtlosigkeit entwickeln, das für alle Beteiligten – auch die Pflegenden – schwer auszuhalten ist.

Einflussfaktoren und Pathophysiologie

Ein breites Spektrum an Risikofaktoren und Ursachen, die sich teilweise wechselseitig bedingen und verstärken, können Übelkeit bzw. Erbrechen auslösen (Tab. 1). Um Beschwerden effektiv zu lindern, ist daher eine sorgfältige Ursachenanalyse entscheidend; dabei spielen unterschiedliche pathophysiologische Mechanismen eine Rolle:

Die Chemorezeptoren-Triggerzone (CTZ) und das Brechzentrum liegen im Stammhirn (Medulla oblongata) (s. Abb. 1).

Brechzentrum und CTZ registrieren Giftstoffe und Reize. Das Brechzentrum produziert das Gefühl von Übelkeit.

Kommen mehrere Reize zusammen, wird die Übelkeit verstärkt (additiver Effekt), in Folge wird Erbrechen ausgelöst und verschiedene Muskelgruppen (Rippen-

muskulatur, Zwerchfell, Bauchmuskulatur und Ösophagusschließmuskel) koordiniert aktiviert.

Die übelkeitsauslösenden Reize werden über verschiedene Neuro-Transmitter (Dopamine, Serotonin, Substanz P etc.) weitergeleitet.

Viele Zusammenhänge der Phänomene Übelkeit und Erbrechen sind noch nicht endgültig erforscht.

Tab. 1 – Ursachenspektrum von Nausea und Emesis (vgl. Abb. 1)

Tumorbedingte Ursachen	Therapiebedingte Ursachen	Weitere Ursachen
<p>Tumore im Magen-Darm-Trakt (MDT) eingeschränkte Motilität bzw. Passagestörungen (Obstruktion) führen zur Stauung von Speisebrei und dadurch zum „Überlauf“-Erbrechen (Miserere).</p>	<p>Zytostatika und andere Medikamente werden von der CTZ als gefährliche Toxine erkannt und bewirken den evolutionär bedingten Schutzreflex.</p>	<p>Metabolisch bedingte Ursachen. Bei Urämie steigen die Harnstoffwerte im Blut, durch Knochenmetastasen wird Kalzium aus den Knochen freigesetzt und ins Blut abgegeben; diese erhöhten Werte werden durch die CTZ registriert.</p>
<p>Gehirntumore oder Metastasen steigern den intrakraniellen Druck. Das Brechzentrum liegt unmittelbar unterhalb des 4. Ventrikels; so löst der Druckanstieg eine mechanischen Reizung des Brechzentrums aus (Abb. 2).</p>	<p>Die CTZ bewirkt ebenfalls Narkosebedingte Übelkeit und opiatinduzierte Nausea und Vomiting (OINV). Oral aufgenommene Medikamente oder Giftstoffe werden von den CTZ im MDT erkannt und das Brechzentrum durch den Nervus vagus aktiviert.</p>	<p>Infektions-/entzündungsbedingte Ursachen. Entzündungen des Gastrointestinal-Traktes führen zu Schleimhautreizung, welche ans Brechzentrum weitergeleitet werden.</p>
<p>Die Produktion ematogener Toxinen durch den Tumor (paraneoplastische Übelkeit). Die Chemorezeptoren-Trigger-Zone (CTZ), verantwortlich für das Identifizieren von Giften im Blut, registriert die vom tumor produzierten Giftstoffe als „fremd“ und löst Übelkeit aus.</p>	<p>Radiotherapie-induzierte Nausea und Vomiting (RINV) ist noch nicht vollständig erforscht. Die Bestrahlung führt evtl. zu vermehrter Ausschüttung von Serotonin und Dopamin aus Enterochromaffinzellen im Darm, den Thrombozyten und anderen Organen und triggern das Brechzentrum.</p>	<p>Ernährungsbedingte Ursachen. Übermäßiger Alkoholkonsum oder verdorbene Nahrungsmittel werden von den CZT im MDT und ZNS erkannt und der Schutzreflex ausgelöst. Mechanorezeptoren messen im MDT den Überdehnungsreiz des Magens, wenn zu große Mahlzeiten eingenommen wurden, und leiten ihn weiter ans Brechzentrum.</p>
		<p>Bewegungsbedingte Ursachen. Wird der Vestibularapparat im Innenohr durch schnelle Bewegung oder Morbus Menière gereizt, wird das Brechzentrum aktiviert.</p>
		<p>Psychisch bedingte Ursachen. Gefühle (Erinnerungen, Stress, Angst) und sensorische Reize (optische Reize, Schmerz, Gerüche) werden im limbischen System und in der Hirnrinde verarbeitet und Impulse ans Brechzentrum weitergeleitet.</p>

Drei Formen von Übelkeit und Erbrechen

ANE bei krebserkrankten Menschen gibt es drei unterschiedlichen Formen:

1. Chemotherapieinduzierte Nausea und Emesis (CINE, CINV)

Bei dieser Form unterteilt man nach dem zeitlichen Verlauf drei weitere Formen (Tab. 2): die akute, die verzögerte und die antizipatorische Form. Bis zu 88% der Patienten leiden an der akuten Form d.h. innerhalb von

2. Radiotherapieinduzierte Nausea und Emesis

Auch hier wird nach dem Zeitpunkt unterschieden in akute, verzögerte und antizipatorische Übelkeit.

Auftreten

Typisch ist die akute Form. Nach 10–15 Bestrahlungen können sich Patienten daran gewöhnen die Übelkeit nimmt ab.

Häufigkeit

Ca. 35% der bestrahlten Patienten beklagen Übelkeit, ca. 17% Erbrechen. Problematisch ist, dass bei Bestrahlung

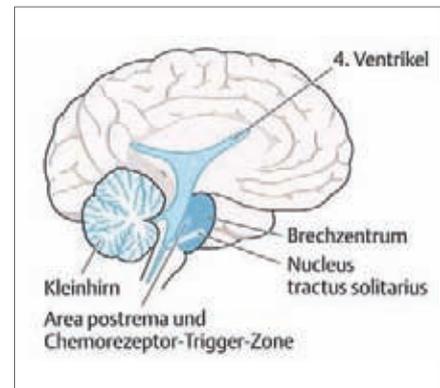


Abb. 2 Brechzentrum und Chemorezeptoren-Trigger-Zone (CTZ)
(Quelle: GlaxoSmithKline).

Tab. 2 – Drei Zeitdimensionen von Nausea und Übelkeit bei Chemotherapie

	Akute Nausea	Verzögerte Nausea	Antizipatorische Übelkeit
Auftreten	innerhalb von 24 Stunden nach Therapiebeginn.	1–5 Tage nach Therapiebeginn	Erst nach einer 1. Therapie Beginn meist vor Therapiebeginn.
Häufigkeit	76–88% der Patienten mit Chemotherapie leiden unter akuter Übelkeit. Erbrechen wurde deutlich reduziert.	ca. 50% leiden unter verzögerter Nausea bis zu 37% unter verzögertem Erbrechen	14–63% antizipatorische Übelkeit 9–27% antizipatorisches Erbrechen
Entstehung und Ausprägung	Die Ausprägung hängt vom ematogenen Potenzial der Zytostatikatherapie ab. Die MASCC Guideline unterscheidet hohes, moderates, geringes, minimales ematogenes Potenzial.	Pathophysiologische Mechanismen sind noch nicht erforscht. Mechanismen könnten sein: Hirnödembildung, reduzierte Darmmotilität, Produktion ematogener Hormone	Von verschiedenen Faktoren in der Biografie des/der Betroffenen beeinflusst. Durch klassische Konditionierung erlernt

24 Stunden nach Zytostatikagabe. Jeder zweite Patient hat aber noch bis zum 5. Tag nach Therapiebeginn mit Übelkeit zu kämpfen. Antizipatorische Übelkeit ist ein Schutzreflex der durch klassische Konditionierung gelernt und im Gehirn gespeichert wird. Durch Erfahrungen mit Substanzen und Begleitumständen, die bereits schon einmal zu Übelkeit oder Erbrechen geführt haben, wird eine Aversion entwickelt. Bestimmte Situationen wie Geschmack, Räumlichkeiten, Gerüche, Geräusche werden gespeichert zusammen mit der initialen Übelkeitserfahrung. Befindet sich ein Patient in einer ähnlichen Situation, schützt die erlernte Aversion den Körper vor den Giftstoffen. Vor allem Erfahrungen mit ineffizienter Antiemese führen bei Betroffenen schon vor Therapiebeginn zu Angst und Vermeidungsverhalten und entwickeln Übelkeitsempfinden bereits ohne Kontakt mit Chemotherapie.

seltener eine antiemetische Therapie verordnet wird als bei Patienten mit Chemotherapie.

Entstehung

Die Entstehung ist auch hier abhängig vom ematogenen Potenzial der Bestrahlungstherapie d.h. dem Bestrahlungsort und der Größe des Bestrahlungsfeldes (Tab. 3).

3. Übelkeit bei terminal erkrankten Menschen.

Häufigkeit und Zeitraum

Fast 60% der palliativen Krebspatienten leiden unter Übelkeit, 40% der Betroffenen bis zu ihrem Sterben.

Entstehung

Verschiedene noch wenig erforschte Faktoren spielen eine Rolle:

- opiatbedingte Nausea
- Obstipation und Obstuktion
- Hirnödeme durch Metastasen

- Tumortoxine
- Symptome wie Hyperkalziämie (bei Knochenmetastasen), Aszites, Soor, Gastritis
- forcierte Ernährungsangebote der Angehörigen, Sondenkost
- Gefühle wie Trauer und Angst

Symptome und Assessment des ANE-Syndroms

Übelkeit wird subjektiv empfunden und ist dadurch schwer von außen wahrzunehmen. Erkennbar sind vegetative Begleiterscheinungen wie Blässe, kaltschweißige Haut, Tachykardie, und verstärkter Speichelfluss. Unmittelbaren Folgen und Konsequenzen von ANE können indirekte Hinweise sein:

- Flüssigkeitsdefizit, Dehydratation, Elektrolytverschiebungen (Verwirrtheit, Hypotonie)

- Appetit- und Gewichtsverlust
- Aspirationspneumonie
- Fatigue und Schwäche
- Rückzug und Isolation

Die eingeschränkte Lebensqualität bis hin zur Depression können zu Therapieabbruch, der Notwendigkeit einer Dosisreduktion oder verlängertem Krankenhausaufenthalt führen.

Eine umsichtige Krankenbeobachtung ergänzt durch ein Assessmentinstrument sind Voraussetzung für eine gute antiemetische Therapie.

Im Risiko-Assessment wird das Risiko für Nausea und Emesis bereits vor der Therapie mit Hilfe des ematogenen Potenzials der Zytostatikatherapie bzw. Bestrahlung und der individuellen Faktoren errechnet (Tab. 3).

- Gibt es auslösende oder verstärkende Faktoren (Medikamente? Mahlzeiten? Gerüche? Situationen?) In welchem Zusammenhang tritt die Übelkeit auf?
- Gibt es andere Symptome? (Kopfschmerz? Durst?)
- Beobachtung von: Mimik, Stuhlgangfrequenz, Darmgeräuschen, Mundschleimhaut (Soor?), Hautsituation, Menge und Häufigkeit von Mahlzeiten, Trinkmenge
- Tagebücher, die die Patienten selbstständig führen, unterstützen das Erkennen von verzögerter Übelkeit im häuslichen Umfeld nach einer ambulanten Chemotherapie

Bei terminalen Patienten mit unklarem Erbrechen lassen die genaue Beobach-

genese Modell betont Antonowski, dass es zur Bewältigung von Leid wichtig ist, ein starkes Kohärenzgefühl aufzubauen. Er unterteilt dieses Gefühl in das Gefühl der Handhabbarkeit, das Gefühl der Verstehbarkeit und das Gefühl der Sinnhaftigkeit. Durch gute Beratung und Stärkung der Ressourcen erleben Betroffene ein erneutes Kontrollgefühl. Dies ist von hoher Relevanz, da im Zusammenhang mit Übelkeit und Erbrechen häufig ein Kontrollverlust erlebt wird.

In der Pflegeberatung der Betroffenen und Angehörigen werden gemeinsam die belastenden Situationen analysiert und mit dem Betroffenen und seinen Angehörigen nach individuellen Lösungen gesucht. Gefühle, Sorgen und Wünsche dürfen mitgeteilt werden, dabei ist das „Mit-jemandem-teilen“ bereits Teil der

Tab. 3 – Individuelles Risiko-Assessment für Übelkeit und Erbrechen (modifiziert nach GlaxoSmithKline)

Tumor	Strahlentherapie	Chemotherapie	Patient physisch	Patient psychisch
<ul style="list-style-type: none"> • hochmaligne • spätes Stadium • vorhandene Metastasen 	<ul style="list-style-type: none"> • hochematogen • hochdosiert • großes Bestrahlungsfeld • Bestrahlung der Bauchregion • Kombinations-therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • hochematogen • hochdosiert • kurze Infusionsdauer • Einmalgabe • Kombination mehrerer Zytostatika • Geschmack bei der Therapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Frauen • Kinder • jüngere Patienten (<50 Jahre) • Emesiserfahrung (Reise- oder Schwangerschaftsübelkeit) • geringer Alkoholkonsum 	<ul style="list-style-type: none"> • Angst • schlechter Support • negative Vorefahrung • ungenügende Kontrolle in der vorherigen Therapie • anderweitige Belastung bei der Therapie • Erwartung an die Therapie

Um ein vollständiges Bild vom subjektiven Erleben und Leid des Betroffenen zu bekommen, ist eine sorgfältige Anamnese notwendig.

Ein Assessmentbogen zur strukturierter Befragung kann ein hilfreiches Instrument sein.

- Wann begann die Übelkeit? Wann tritt sie auf?
- Wie stark ist die Übelkeit auf einer Skala von 0-10? (Numerische Rating Skale NRS: 0 = keine Übelkeit, 10 = unerträgliche Übelkeit)
- Haben Sie gleich bleibende Übelkeit oder Schwankungen in der Intensität?
- Wie sehr sind Sie von der Übelkeit beeinträchtigt? Welche Bedeutung messen Sie der Übelkeit bei?
- Was lindert Ihre Übelkeit?

tungen der spezifischen Muster des Erbrechens (Menge, Zeitpunkt, Häufigkeit und Art) Rückschlüsse auf die Ursachen und damit Ansatzpunkte für die antiemetische Therapie zu (Tab. 4).

Antiemetische Behandlung und Pflege

Begleitung und Beratung der Betroffenen und Angehörigen

Bei der Pflege von Menschen mit Übelkeit und Erbrechen ist es in erster Linie von Bedeutung eine vertrauensvolle Beziehung auszubauen, die Raum für Gefühle wie Wut oder Ekel bzw. Scham lässt. Eine partnerschaftliche Pflegebeziehung vermittelt Sicherheit und Geborgenheit und ermöglicht ein empathisches Einfühlen in die individuellen Belastungen des Betroffenen. Im Saluto-

„Lösung“. Ein Teil der Beratung besteht darin, über Entstehung und Einflussfaktoren der Übelkeit zu informieren. Dies stärkt das Gefühl der Verstehbarkeit und Handhabbarkeit und lindert Ängste und Verunsicherungen. Zur Stärkung der Selbstständigkeit und Selbstkontrolle, kann der Betroffene angeleitet werden, ein Tagebuch über seine Beschwerden und vor allem beschwerdefreien Zeiten zu führen. Dadurch kann er sein individuelles Zeitmuster, auslösende oder verstärkende bzw. lindernde Faktoren erkennen und sein Verhalten anpassen. Im Rahmen der Patientenedukation sind folgende Punkte wichtig:

- Therapieplanung und der zu erwartenden Probleme
- Ängste und Vorurteile gegenüber der Chemotherapie
- Dauer-/Bedarfsmedikation und Selbstkontrolle (auch für zu Hause).

Tab. 4 – Assessment von Erbrechen (Maier, 2005, zit. nach Kinghorn, 1997)

Bewertung	Gastrointestinale Stase	Bewegung	Zerebral	Chemisch	Emotional
Häufigkeit	Selten	in Bewegung	Variiert	oft	vom Auslöser abhängig
Menge	viel	wenig	wenig	wenig	wenig
Übelkeit	ja	ja	ja	ja	ja
zeitliches Auftreten	kann variieren	von der Bewegung abhängig	kann morgens schlimmer sein	unterschiedlich	hängt von den Auslösefaktoren ab
Art/zusätzliche Faktoren	Erbrochenes besteht aus übel riechenden Nahrungsbestandteilen		<ul style="list-style-type: none"> • Müdigkeit / Kopfschmerzen • Neurologische Zeichen • Kopfweg und Erbrechen 	zusätzliche Symptome von: <ul style="list-style-type: none"> • Hyperkalzämie • Urämie • neu verordnete Medikamente • Radiotherapie • Chemotherapie 	<ul style="list-style-type: none"> • Phobien • Angst • Furcht • zu erwartende Übelkeit / Erbrechen • Erinnerungen

- Entspannungstechniken wie Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Atemtherapie,
- Massage, Aromatherapie (z. B. Minze oder Zitrone).
- Akupunktur bzw. Akupressur, z.B. Stimulation des Akupunkturpunktes P6 (unterhalb des Handgelenkes auf der Innenseite des Armes) durch „Nadeln“ des Punktes, manuellen Druck Akupressurbänder.

Ernährungsberatung

- sehr süße, stark gewürzte oder fettreiche Speisen vermeiden,
- saure Lebensmittel ausprobieren,
- lauwarm essen,
- stark duftendes Essen meiden (Abdeckung von Klinikessen vor dem Zimmer öffnen),
- viel Flüssigkeiten (Apfelsaft, kohlenstoffhaltige Getränke) einnehmen, am besten zwischen den Mahlzeiten (Ingwertee kann antiemetisch wirken),
- Mahlzeiten appetitlich anrichten (kleine Mengen, die der Patient bewältigen kann),
- Essen in entspannter angenehmer Atmosphäre (evtl. in Gesellschaft),
- langsam essen und gründlich kauen (bessere Verdauung),
- keine Mahlzeiten im Zimmer stehen lassen,
- trockene, leichte Kost ausprobieren (Zwieback, Toast, Knäckebrot, Kartoffeln),
- nur essen, worauf man gerade Lust hat und wann man Lust hat (Wunschkost),

- Zitronen-/Pfefferminzbonbons lutschen,
- Eiswasser, Eiswürfel lutschen,
- 1-2 Stunden vor der Zytostatikatherapie nichts mehr essen.
- evtl. auf Lieblingsspeisen verzichten, um Konditionierung bei Chemotherapie zu vermeiden
- Geruchsbelastung meiden: Mahlzeiten nicht selbst kochen (evtl. im Voraus kochen und Mahlzeiten einfrieren).

Die Beratung und Einbeziehung der Angehörigen ist vor allem bei der Ernährungsberatung von Bedeutung; wichtig ist auch hier Raum für Gefühle wie Hilflosigkeit, Ekel, Schuldgefühle usw. zu lassen. Themen sind:

- Welche Nahrungsmittel können bei Übelkeit sinnvoll sein
- alternative Formen der Fürsorge suchen statt über Essen
- Anleitung zum Umgang mit der Nierenschale bzw. Beutel, der Mundpflege und Lagerungsmöglichkeiten

Im Team sollte abgewogen werden, ob bei Dehydratation Flüssigkeit i.v. oder s.c. oder durch eine total parenterale Ernährung ausgeglichen werden sollte.

Reduktion zusätzlicher Reize und Stressoren

Über die Reduktion zusätzlicher Reize und Stressoren können Pflegendes Übelkeit und Erbrechen lindern:

- Gestaltung von Atmosphäre (Intimsphäre, Gerüche, kühle Räume usw.)
- Reduktion von Gerüchen und Sorgen für Frischluft, vor allem auch bei der

- Stoma- und Wundversorgung
- Schaffen einer entspannten ruhigen Umgebung
- Ablenkung durch Musik, Fernsehen, Malen, Gespräche über schöne Dinge

Hilfestellung beim Erbrechen

Müssen Patienten trotz Prophylaxe erbrechen, gilt es das Wohlbefinden so weit als möglich zu erhalten:

- Bequeme Lagerung
- Hilfsmittel in Reich-, aber außer Sichtweite
- Zeitnahes Entsorgen des Erbrochenen
- Mundhygiene, Wäschewechsel, kühle Körperpflege
- alternative Medikamente
- Indikation für Magenablaufsonde prüfen

Antiemetische Behandlung

Die Pflege steuert die antiemetische Therapie durch:

- Regelmäßige, zeitlich abgestimmte und vorbeugende Gabe der Antiemetika
- Dokumentation der Übelkeit/ des Erbrechens und dem subjektiven Befinden des Patienten
- Dokumentation der Wirkung der Antiemetika und deren Nebenwirkungen
- Das Bereitstellen der Bedarfsmedikation.

Akute und verzögerte Übelkeit.

Die antiemetische Therapie wird an das Ematigene-Potenzial der Radio- und Chemotherapie und die individuellen Risikofaktoren angepasst.

Die Therapieschemata der MASCC und NCCN berücksichtigen akute und verzögerte Übelkeit.

Je nach ematogenem Risiko gibt es einen festgelegten Stufenplan aus

1. „Setronen“ (Serotonin-Antagonisten = 5-HT₃-Antagonisten) (Ondansetron (Zofran), Granisetron (Kevatril), Tropisetron (Navoban), Palonosetron (Aloxi), Dolasetron (Anemet).
2. Dexamethason (Kortikosteroid, z.B. Fortecortin).
3. NK1-Rezeptorenblocker Aprepitant (Emend) bei verzögerter Übelkeit

Antizipatorische Übelkeit.

Bei antizipatorischer Übelkeit ist Prophylaxe die entscheidende Therapie. Werden schlechte Erfahrungen beim Therapiebeginn vermieden, kann auch keine Aversion erlernt werden. Auf jeden Fall sollte die normale antiemetische Therapie durchgeführt werden. Mittel der Wahl sind am Vorabend der Therapie verabreichte angstlösende Medikamente (Benzodiazepine) wie Lorazepam (Tavor) Alprazolam (Xanax). Entspannungsverfahren, Visualisierung, Musiktherapie können ergänzend angeboten werden.

Im palliativen Kontext.

In der Palliativ-Situation steht eine Ursachenanalyse und das Ausschalten von Entstehungsmechanismen im Vordergrund z.B. bei Hirndrucksymptomatik Kortison-Therapie. Medikamentös werden in der Palliativmedizin vor allem Haldol und Prokinetika (Metoclopramid: Paspertin und Motilium), Antihistaminika und Benzodiazepine angewendet.

Verwendete Literatur

Abenhardt, W. u.a.: *Behandlung von Übelkeit und Erbrechen in der Onkologie. In Tumorzentrum München: Manual-Supportive Maßnahmen und symptomorientierte Therapie.* 2001

Bausewein, C. u.a. (Hrsg.): *Arzneimitteltherapie in der Palliativmedizin.* Elsevier, München 2005

Bierman, P. et al: *National Comprehensive Cancer Network – Clinical Practice Guidelines in Oncology. Nausea and Vomiting. Version 2.2005*

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Sektion Pflege: *Pflegeleitlinie Übelkeit und Erbrechen.* www.dgpalliativmedizin.de

Doenges, M. u.a.: *Pflegediagnosen und Maßnahmen.* Huber, Bern 2002

Dokken, H. u.a.: *Wissens- und Beratungsbedarf von Tumorpatienten zu Nebenwirkungen der Chemotherapie. PrInterNet 5 (2005) 289*

Ettinger, D. et al: *National Comprehensive Cancer Network – Clinical Practice Guidelines in Oncology. Antiemesis. Version 2.2006*

Feichtner, A.: *Übelkeit und Erbrechen. In Metz, C. u.a.: Balsam für Leib und Seele. Lambertus, Freiburg 2002*

Gralla, R. u.a.: *Multinationale Association of Supportive Care in Cancer (MASCC) – Konsensus Konferenz zur antiemetischen Prophylaxe und Therapie. Perugia, 2004. (Übers.: Petra Feyer)*

Hawthorn, J.: *Übelkeit und Erbrechen. Grundlagen-Ursachen-Interventionen.* Ullstein Mosby, Wiesbaden 1998

Jacob, A. U.a.: *Antiemetische Therapie. Der Onkologe 5 (2003), 482*

Jürgens, H. u.a.: *Übelkeit und Erbrechen bei onkologischen Patienten. Ein Kompendium für Pflegekräfte. GlaxoSmithKline, München o.J.*

Link, H., Bokemeyer C., Feyer, P.: *Supportivtherapie bei malignen Erkrankungen. Köln: Deutscher Ärzteverlag 2006.*

Maier, C.: *Das Symptom Übelkeit und Erbrechen lindern. In Pleschberger, S. u.a. (Hrsg.): Palliativpflege. Facultas, Wien 2005*

Molassiotis A., Börjeson, S.: *Nausea and Vomiting. In Kearney, N., Richardson, A. (Hrsg.): Nursing Patients with Cancer. Elsevier, Edinburgh 2006*

Oncology Nursing Society (ONS) *Putting Evidence into Practice (PEP) Card: Nausea Et Vomiting. Fatigue. ONS Pittsburg, 2005*

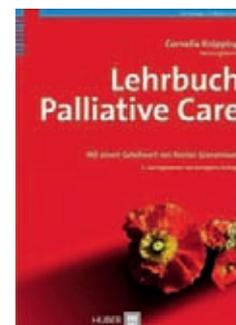
Renz, P. u.a.: *Ernährung/Ernährungsberatung für Patienten mit chemotherapiebedingten Beschwerden. PrInterNet 1 (2007) 5*

Schmid, U.: *Übelkeit und Erbrechen. In Kränzle, S. u.a.: Palliative Care. Springer, Heidelberg 2006*

Schuler, U.; Schubert, B.: *Übelkeit und Erbrechen. In Knipping, C. (Hrsg.): Lehrbuch Palliative Care. Huber, Bern 2006*



Axel Doll
Wannseeakademie, Berlin
Diplom-Pflegepädagoge (RbP)
Fachkrankenschwester für Onkologie
Kommunikationstrainer
Palliative Care Trainer
adoll@wannseeschule.de



Lehrbuch Palliative Care

Herausgegeben von Knipping, Cornelia.
Verlag Hans Huber
ISBN: 978-3-456-84460-2
740 Seiten, 49,95 Euro

Das praxisorientierte und interdisziplinäre Lehrbuch für Pflege- und Gesundheitsberufe, um schwer und chronisch Kranke, alte und sterbende Menschen kompetent zu betreuen und zu begleiten.

Wie können schwer und chronisch Kranke, alte und sterbende Menschen in ihrer letzten Lebensphase umfassend und interprofessionell versorgt, gepflegt und begleitet werden?

Wie kann rechtzeitig eine integrierte Versorgung aufgenommen werden, um diesen Menschen zu ermöglichen, ihren Bedürfnissen, Werten und Vorstellungen entsprechend, ein aktives und selbstbestimmtes Leben bis zuletzt mit zu gestalten?

Welche Voraussetzungen und Kompetenzen sind dafür erforderlich?

Diese und andere Fragen werden von der Herausgeberin Cornelia Knipping und einem internationalen AutorInnen-Team mit langjähriger Erfahrung und Expertise im Bereich der Palliative Care reflektiert und erschlossen.

Das Lehrbuch stellt das gesamte Palliative-Care-Konzept erstmalig umfassend, interdisziplinär, organisationsübergreifend und praxisorientiert dar. Es zeigt, dass Palliative Care nicht erst mit dem Sterben beginnt!

Es stellt von Anfang an den betroffenen Menschen und seine Familie in den Mittelpunkt und leitet davon die patientenbezogenen Behandlungs- und Versorgungskonzepte ab. Es wirbt dafür, Haltung und Kultur im Umgang mit schwer und chronisch Kranken, alten und sterbenden Menschen zu entwickeln, um diese kompetent und würdevoll zu pflegen, zu behandeln und zu begleiten bis zuletzt.

Tabelle 6.5-2: Übersicht über verschiedene gebräuchliche Antiemetika (Quelle: Autoren)

Gruppe	Substanz	Angriffspunkt	Bemerkungen
Prokinetika	Metoclopramid (Gastrosil®, Paspertin® u. a.)	zentrale und periphere Dopaminrezeptoren vom D2-Typ	<ul style="list-style-type: none"> • Standardmedikament in einer Vielzahl von palliativen Situationen • in sehr hohen Dosen ZNS-Nebenwirkungen mit krampfartigen Dyskinesien, v. a. im Gesicht (sog. extrapyramidalmotorische Störungen), Unruhe, Diarrhoe
	Domperidon (Motilium® u. a.)	wirkt prokinetisch auf D2-Rezeptoren des Magen-Darm-Traktes, überwindet nur teilweise die Blut-Hirn-Schranke	<ul style="list-style-type: none"> • ähnlich dem Metoclopramid • weniger zentrale Wirkung und Nebenwirkung • nicht parenteral verfügbar
Serotonin-Antagonisten («Setrone»)	Ondansetron (Zofran®) Granisetron (Kevatril®) Tropisetron (Navoban®) Palonosetron (Aloxi®) Dolasetron (Anemet®)	Serotonin-(5-Hydroxy-Tryptamin)Rezeptoren, speziell Subtyp der 5-HT ₃ -Rezeptoren	<ul style="list-style-type: none"> • beste Wirkung prophylaktisch vor Chemotherapie, Bestrahlung und Narkose bzw. nur wenige Tage danach • in den meisten anderen Indikationen wenig wirksam • bei längerfristiger Gabe Kopfschmerzen und Obstipation
NK1-Antagonisten	Aprepitant (Emend®)	Neurokinin-1-Rezeptoren, Antagonist der «Substanz P»	<ul style="list-style-type: none"> • bei prophylaktischer Gabe zur Chemotherapie reduzierte Rate an verzögertem Erbrechen • in anderen klinischen Situationen bisher wenig erprobt • teilweise Erfolg versprechende Einzelbeobachtungen • kostenintensive Therapie
Anticholinergika	Scopolamin (Scopoderm TTS®) Glykopyrronium (Robinul®) Butylscopolamin (Buscopan®)	muskarinerge Acetylcholinrezeptoren (m-Ach-R)	<ul style="list-style-type: none"> • indirekte Wirkung über Hemmung der Sekretion, insbesondere bei Subileus • mit Prokinetika gegenseitige Wirkungsabschwächung • ruft Mundtrockenheit hervor
Benzodiazepine	Midazolam (Dormicum® u. a.) Lorazepam (Tavor® u. a.)	binden an GABA _A -Rezeptoren und verstärken den inhibitorischen Effekt von GABA	<ul style="list-style-type: none"> • vermutlich kein eigenständiger antiemetischer Effekt, kann aber z. B. Komponenten des antizipatorischen Erbrechens reduzieren • angstlösend, abschirmend-sedierend, entspannend
Cannabis-Derivate	Dronabinol (Marinol®) Nabilon (Cesamet®)	Endo-Cannabinoidsystem: Cannabinoidrezeptoren 1 und 2 (CNR1, CNR2); vorhanden in fast allen Gehirnregionen	<ul style="list-style-type: none"> • Zulassung in Großbritannien bzw. den USA • kann jedoch importiert werden (nationale Rechtslage beachten! Btm!) • ggf. Frage der Kostenerstattung klären • kleine Studien belegen positive Effekte auf Übelkeit, Appetit und Schmerz Wahrnehmung
Neuroleptika	Chlorpromazin Levomopromazin (Neurocil® u. a.) Haloperidol (Haldol® u. a.)	D2-Rezeptor-Antagonisten, zum Teil auch antagonistische Wirkungen an m-ACh-Rezeptoren, α-adrenergen Rezeptoren und H1-Rezeptoren	<ul style="list-style-type: none"> • sedierend, Levomepromazin aber auch in sehr niedrigen Dosierungen (1/4 Ampulle s. c. = 6,25 mg) effektiv • Haloperidol insbesondere zur initialen Prophylaxe der opioidassoziierten Übelkeit erprobt (3 × 3 Tr. für 7–10 Tage) • in hohen Dosen extrapyramidale Störungen möglich
Atypische Psychopharmaka	Olanzapin (Zyprexa®)	Wirkmechanismus unklar. Interaktion mit mehreren Rezeptoren (alpha-2-adrenerge m-ACh-Rezeptoren, 5-HT ₂ - und verschiedene Dopaminrezeptoren)	<ul style="list-style-type: none"> • keine zugelassene Indikation • wirksame Dosis 5 oder 10 mg/d, letztere bei einzelnen Patienten merklich sedierend • gute Wirksamkeit (u. a. bei verzögertem CINV) in kleinen Serien belegt
Kortikosteroide	Dexamethason (Fortecortin®) Prednisolon (Decortin®, Prednison®)	intrazellulär über spezielle Glukokortikoidrezeptoren, die im Gehirn und in vielen anderen Organen nachweisbar sind	<ul style="list-style-type: none"> • Prophylaxe des chemotherapieinduzierten Erbrechens bis ca. 4 Tage nach Therapieende (4–8 mg/d) • Hirndruck mit assoziierter Übelkeit: höhere Dosierungen (24–32 mg/d) • Übelkeit assoziiert mit Lebermetastasierung: 8 mg (Dosisreduktion an Folgetagen)

Tabelle 6.5-2: Fortsetzung

Gruppe	Substanz	Angriffspunkt	Bemerkungen
Antihistaminika	Dimenhydrinat (Vomex® u. a.) Diphenhydramin (Emesan® u. a.)	H1-Histamin-Rezeptoren des Vestibularsystems u. a. (Hemmung der Wiederaufnahme von Serotonin und adrenergen Transmittern)?	<ul style="list-style-type: none"> • gut belegt bei Reiseübelkeit und PONV • kaum vergleichende Daten zur Wirksamkeit in anderen Situationen
	Cyclizin (Valoid®)	Histaminrezeptoren und m-ACh-Rezeptoren	<ul style="list-style-type: none"> • in Deutschland nicht verfügbar • Importarzneimittel aus Großbritannien • gilt als besonders wirksam bei Übelkeit, die durch Subileus oder Hirndruck bedingt ist
Hormonanaloga	Octreotid (Sandostatin®)	Somatostatinanalogon	<ul style="list-style-type: none"> • wirksam bei Darm-Obstruktion, vermindert Übelkeit und Erbrechen • durch Reduktion der gastrointestinalen Sekretion • Dosis 3 × 50–200 µg/d; sehr kostenintensiv

Abkürzungen: m-ACh = muscarinerge Acetylcholinrezeptoren; 5-HT₃-Rezeptor = 5-Hydroxytryptamin-3-Rezeptor; GABA = Gamma-Aminobuttersäure («gamma-aminobutyric acid»); H1-Rezeptor = Histaminrezeptor Typ 1; D₂-Rezeptor = Dopaminrezeptor Typ 2; PONV = postoperatives Erbrechen; CINV = «chemotherapy induced nausea and vomiting»

Schaefers

1/2-Seite-Anzeige Daten bei HEWEA-Druck

Dansac

**1/1-Seite-Anzeige
Daten bei HEWEA-Druck**

Pflege bei einem beatmeten Ileostomieträger bei Zustand nach Platzbauch

Intensivpflege eines beatmeten Ileostomieträgers / Intensive care of a man with an ileostomy and artificial respiration
Katrin Kaiser, Biberach

Zusammenfassung:

Dieser Artikel beschreibt die besondere Pflegesituation eines Menschen mit einer Ileostomieanlage während einer maschinellen Beatmung und nach mehreren operativen Eingriffen auf einer Intensivstation. Die pflegerischen und medizinischen Interventionen werden unter Berücksichtigung der wechselseitigen Beeinflussungen dargestellt und erläutert. Ein individuell anzupassender Dokumentationsbogen zur Dokumentation im Rahmen der Pflege und Versorgung in einer Intensivstation wird vorgestellt. Abschließend wird die Notwendigkeit zur einfühlsamen Würdigung der psycho-sozialen Lebenslage von Menschen in dieser Lebenssituation dargelegt.

Schlüsselworte: Ileostomie; Beatmung; Intensivpflege

Abstract:

This article describes the specific situation of a man with an ileostomy and artificial respiration after abdominal surgery and therapy in an intensive-care-unit (ICU). The nursing and medical activities will be presented under the view of the reciprocal influence. An adjustable documentation form for the use in the ICU will be presented. The importance of careful and empathic treatment of people in this special life situation is shown finally.

Keywords: ileostomy; artificial respiration; intensive-care-unit (ICU)

Der Hintergrund:

Als Fachkrankenschwester auf der Intensivstation arbeite ich täglich mit beatmeten Patienten.

Mit dem Thema Stomaversorgung wurde ich während einer allgemeinen pflegerischen Fortbildung konfrontiert. Es hat mein Interesse geweckt und ich habe mich zur Teilnahme an einer Weiterbildung in der Stomatherapie entschieden. In meiner Facharbeit im Rahmen der Weiterbildung zur Pflegeexpertin Stoma+Inkontinenz+Wunde ist es mir ein Anliegen, auf die besondere Situation der Ileostomaanlage beim beatmeten Menschen hinzuweisen, denn hier gibt es bezüglich Ernährung und medikamentöser Therapie einige Besonderheiten, die man beachten sollte. Diese Problematik werde ich an einem Fallbeispiel aus meiner pflegerischen Praxis erklären.

Hierbei ist es mir wichtig, die Besonderheiten der Beatmungssituation und ihre Auswirkungen auf den Darm und insbesondere auf das Ileostoma zu erfassen. Die daraus resultierenden speziellen Pflegemaßnahmen habe ich in einer Übersichtstabelle zusammengetragen.

Wie ich im Rahmen meiner Pflegepraxis festgestellt habe, gibt es keine speziellen Dokumentationsbögen für die Stomaversorgung auf unserer Intensivstation. Deswegen nutzte ich die Erarbeitung dieser Facharbeit auch dazu, ein solches

Dokument für unsere Intensivstation zu erstellen.

Wichtig ist mir ferner, das Thema „Ernährung eines Ileostomiepatienten im Zusammenhang mit der Beatmung“ aus der pflegerischen Beobachtung heraus zu erläutern.

Der Fall:

Das zugrunde liegende Fallbeispiel:

Herr M., 60 Jahre alt, 175 cm groß, 85 kg schwer, wurde mit oberer Gastrointestinalblutung bei Ulcus duodeni mit akuter Blutungsanämie ins Krankenhaus eingeliefert. Nach einem erfolglosen Versuch, die Blutung endoskopisch zu stillen, folgte eine Laparotomie mit Ulcusübernähung. Nach 5 Tagen entwickelte der Patient einen paralytischen Ileus und musste erneut operiert werden. Zur Entlastung wurde ein doppelläufiges Ileostoma angelegt. 3 Tage später kam es zu einem Platzbauch durch Nahtinsuffizienz der abdominalen Wunde. In der darauf folgenden Laparotomie wurde die Platzbauch-Wunde mit einer V.A.C. Therapie versorgt. Der Patient kam in der Folge dieses Eingriffs beatmet auf unsere Station.

Platzbauch:

Definition

Unter Platzbauch versteht man das spontane Aufplatzen einer Laparotomie-

wunde als unerwünschte Komplikation nach einem operativen Baueingriff. Es gibt den inkompletten und den kompletten Platzbauch, wobei man vom inkompletten Platzbauch spricht, wenn die Bauchdecke nur bis zur Bauchfaszie eröffnet ist. Bei einem kompletten Platzbauch ist immer auch die Bauchfaszie eröffnet.

Ein Platzbauch tritt bei 2-3% aller Bauchoperationen auf.

Ursachen

Begünstigt wird die Entstehung eines Platzbauchs durch stark schwankenden Druck im Bauch. Dieser Überdruck entsteht meist durch kräftige Hustenstöße und unvorsichtiges Mobilisieren nach Operationen, meistens bei übergewichtigen Patienten mit überdehnten oder bindegewebsgeschwächten Bauchdecken.

Aber auch bei chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus, bei chronischer Nieren- oder Leberinsuffizienz



und bei Malignomen kann es durch die reduzierte Wundheilung zum Platzbauch kommen. Bei Immunschwäche, Stoffwechselstörungen und Ernährungsfehlern, wie Eiweißmangel, kann es zu Wundinfektionen kommen, die das Entstehen eines Platzbauches begünstigen.

Therapie

Es wird zur Behandlung eines vorliegenden Platzbauches ein nochmaliger Wundverschluss mit durchgreifender Naht und Unterstützungsnähten aus kunststoffummanteltem Draht durchgeführt. Ist zusätzlich ein Wundinfekt vorhanden, muss eine anschließende, offene Wundheilung angestrebt werden. In unserem Haus kommt dabei oftmals die V.A.C. Therapie zum Tragen.



ausgedehnten Verbrennungen oder nach langen und belastenden schweren Operationen und entsprechenden Vorerkrankungen. Generell ist aber zu sagen, dass die Beatmungsindikation immer individuell gestellt werden muss.

Beatmungsgerät und Funktion

Auf der Intensivstation der Klinik in Biberach arbeiten wir ausschließlich mit einem Beatmungsgerät, der EVITA 4 von Dräger.

Bei der kontrollierten Beatmungsform setzen wir in den meisten Fällen das Verfahren „BIPAP“ (biphasic positiv airway pressure) ein. Das ist eine druckkontrollierte Beatmung, kombiniert mit der freien Spontanatmung während des gesamten Atemzyklusses und zusätzlich

einstellbarer Druckunterstützung auf CPAP-Niveau (CPAP=Continuous Positive Airway Pressure).

Diese Beatmungsform kann für solche Patienten benutzt werden, die Anfangs keine Spontanatmung haben, bis hin zur selbstständigen Atmung.

Aufgrund seines schweren Krankheitsbildes wird Herr M. in dieser Behandlungsphase hochkalorisch parenteral und enteral ernährt. Das bedeutet bei einem Energiebedarf von 40 kcal/kg KG einen errechneten Gesamtenergiebedarf von 3400kcal/Tag. Dieser Energiebedarf wurde durch die Harris-Benedict-Formel ermittelt. Die Ernährung eines Intensivpatienten kann parenteral, enteral oder auch mit einer Kombination von beidem durchgeführt werden.

Die Ernährung:

Ernährungsplan von Herrn M.

Bei Herrn M. kommen gleich mehrere Faktoren für die Ernährung zum Tragen: die Ileusproblematik mit Anlage eines Ileostoma, dann der Platzbauch und die Beatmungssituation. Deswegen wird Herr M. auch in der ersten postoperativen Phase nur parenteral ernährt. Bei uns auf der Station geben wir standardmäßig eine Aminomix® 4 Lösung von Fresenius.

Es handelt sich um eine Mischung aus Kohlenhydraten und Aminosäuren. Der Fettbedarf wird durch die Beimischung von Lipofundin® gedeckt.

Vor der ersten Gabe werden zur Ermittlung der Ausgangswerte die Laborwerte kontrolliert (Elektrolyte und Triglyceride). Am ersten Tag bekommt er die Aminomixlösung ohne Fettzugabe verabreicht. Jeder Tagesdosis werden Vitamine und Spurenelemente hinzugefügt. Danach wird Lipofundin® je nach Triglyceridwert (<300mg/dl) zusätzlich verabreicht. Bei normalen Triglyceridwerten bekommt Herr M. 1500ml Aminomix® + 250 ml Lipofundin®. Diese wird mit 100ml/h gegeben, daraus resultiert eine Kalorienzufuhr von 2520 kcal am Tag. Sind bei Herrn M. Darmgeräusche vorhanden, kann mit der ergänzenden enteralen Ernährung über eine Nährsonde begonnen werden. Standardmäßig wird in unserem Hause das Fresubin Original gegeben. Hier sind 1kcal/ml in der Lösung enthalten.

Diese Ernährung wird langsam bis zu 1000ml/Tag gesteigert. Somit beträgt die Gesamtkalorienzufuhr 3520 kcal/Tag und dies entspricht etwa dem

Die besondere Situation eines Intensivpatienten mit einer Ileostomie:

Die Atmung:

Maschinelle Beatmung

Die künstliche Beatmung dient zur Therapie einer respiratorischen Insuffizienz.

Warum wird beatmet?

Die Indikation besteht darin, dass bei krankheitsbedingt reduzierter Spontanatmung nicht mehr genügend Sauerstoff und /oder Kohlendioxid aufgenommen bzw. abgeatmet werden kann.

Es besteht aber auch die Möglichkeit einer prophylaktischen Beatmung, zum Beispiel beim bewusstlosen Patienten als Aspirationschutz, bei einer Sepsis,

Der Grundumsatz des Menschen kann mit Hilfe der **Harris-Benedict-Formel** geschätzt werden:

Für Männer:

$$\text{BMR} = 66,473 + (13,752 \cdot \text{Körpergewicht (in Kg)}) + (5,003 \cdot (\text{Körpergröße in cm})) - (6,755 \cdot \text{Alter in Jahren}).$$

Für Frauen:

$$\text{BMR} = 655,096 + (9,563 \cdot \text{Körpergewicht (in Kg)}) + (1,850 \cdot (\text{Körpergröße in cm})) - (4,676 \cdot \text{Alter in Jahren}).$$

Der gesamte Energieumsatz wird ermittelt indem der Grundumsatz mit dem Aktivitätsfaktor (PAL Wert) multipliziert wird:

$$\text{Energieumsatz} = \text{PAL-Wert} \cdot \text{BMR}.$$

Die Harris-Benedict-Formel berechnet den Grundumsatz auf der Basis von **Gewicht, Alter und Körpergröße.**

Der Grundumsatz ist jedoch insbesondere von der **Fettfreien Masse (Lean Body Mass)** abhängig, so dass die Schätzung bei starkem Über- oder Untergewicht ungenau wird. Auch beeinflussen individuelle Faktoren, wie **Klima und Ernährungsgewohnheiten** den Grundumsatz.

Lösung (ml)	Gehalt (g)			Kalorien (kcal)			Kalorienanteil			Ges. Kal. Verh. (*) kcal/ml		
	Gluc.	Xylit	AS Fett	KH	AS	Fett	KH	AS	Fett	(kcal)	(kcal/g)	
1000 + 0	120	60	50	720	200		78,3%	21,7%		920	90	0,92
1500 + 0	180	90	75	1080	300		78,3%	21,7%		1380	90	0,92
1000 + 250	120	60	50	720	200	465	52,0%	14,4%	33,6%	1385	148	1,11
1500 + 250	180	90	75	1080	300	465	58,5%	16,3%	25,2%	1845	129	1,05
1500 + 500	180	90	75	1080	300	930	46,8%	13,0%	40,2%	2310	168	1,16

errechneten Gesamtenergiebedarf dieses Patienten in seiner besonderen Lebenssituation. Durch die Ernährungszufuhr bekommt Herr M. eine Flüssigkeitsmenge von ca. 3400 ml am Tag substituiert. Die zusätzlich benötigte Flüssigkeit muss mit Elektrolytlösungen per Infusion zugeführt werden.

Herr M. hat durch seine Erkrankungssituation einen erhöhten Proteinbedarf (1,5-2,0 g/kg KG/Tag). Dieser wird durch die Aminomixlösung (ca. 100g/Tag) und Fresubin (38g/Tag) abgedeckt.

Besonderheiten der postoperativen Behandlung von Patienten mit einer Ileostomie:

In der postoperativen Phase verliert Herr M. über sein Ileostoma täglich ca. 3-4 Liter. Zur Kontrolle wird die Flüssigkeitsbilanz mindestens dreimal in 24 Std. durchgeführt. Hinzu kommt noch die Messung des Zentralen Venen-

drucks als wichtiger Parameter, der uns Auskunft über den aktuellen Volumenstatus des Patienten gibt. Natürlich sind auch die Beobachtung eventueller klinischer Zeichen einer Exsikose oder Überwässerung selbstverständlicher Teil der Krankenbeobachtung. Die tägliche Kontrolle der Elektrolyt-Werte im Labor und die 2-4 stündliche Überwachung des Blutzuckers sind zu diesem Zeitpunkt sehr wichtig, damit es nicht zu Stoffwechsellentgleisungen kommt. Durch diese ausgewogenen Maßnahmen kann ein drohendes akutes Nierenversagen verhindert werden. Zusätzlich behindert die schnelle Darmpassage in der postoperativen Phase die ausreichende Resorption der oralen Medikamente. In der Behandlung des Herrn M. kann dieser Problematik zunächst durch die intravenöse Applikation seiner Medikation begegnet werden. Später muss die evtl. erforderliche Medikamentengabe in Zusammenarbeit mit dem Apotheker

so gestaltet werden, dass eine ausreichende Resorption der Wirkstoffe auch bei der vorliegenden Ileostomie sichergestellt werden kann. Der eventuell drohende Vitamin-K-Mangel und das komplikationsträchtige Gallensäureverlustersyndrom spielen bei Herrn M. keine Rolle, da nur ein Entlastungsileostoma angelegt wurde und somit das terminale Ileum mit all seinen wichtigen Funktionen der Verdauungsphysiologie noch vorhanden ist.

Spezielle Pflegeinterventionen bei Ileostomie und Beatmung:

An Hand der nachfolgenden Tabelle möchte ich die Pflegesituation von Herrn M. darlegen.

Hierbei kann man feststellen, dass bestimmte Bereiche der Therapie gerade bei der Stomaanlage zu Problemen führen können. Diese habe ich besonders gekennzeichnet.

Übersichtstabelle zur Pflegesituation des Patienten

	Probleme	Folgen	Maßnahmen
Beatmung	Überdruck	Ödeme - Druck auf Ileostoma ↑ - Durchgängigkeit der Magen-Darm-Passage ↓ - Druck auf Platzbauch ↑ - Resorptionsstörung	- Beobachtung des Ileostoma – Stomaödem - passende Post-OP-Versorgung mit ständiger Inspektionsmöglichkeit - Bilanzziel mit Arzt besprechen, ZVD-Messung - Dokumentation auf Stomadokumentation
		Minderdurchblutung des Darms - erschwerter Wundheilung - Nekrosenbildung - Resorptionsstörung - Ileusgefahr	- Beobachtung des Ileostoma-Stomanekrose - Kreislaufstabilisierung, Aterenol ausschleichen - Druck auf Stoma vermeiden - Darmstimulation (Arztanordnung) medikamentöse Abführmaßnahmen Kostaufbau
	keine orale Nahrungsaufnahme möglich	Notwendigkeit der künstlichen Ernährung parenterale Ernährung ZVK Cave Infektion der Einstichstelle Kathetersepsis	- Verbandswechsel nach Standard - Einstichstelle beobachten und dokumentieren - Katheter entfernen Antibiotogramm nach Labor (Befund durch Katheterspitze) - Bedarfserrechnung siehe Kapitel 4

	Probleme	Folgen	Maßnahmen
Beatmung	keine orale Nahrungsaufnahme möglich	enterale Ernährung Nährsonde Cave Druckschäden Dislokation Aspiration Unverträglichkeit Durchfall Erbrechen	<ul style="list-style-type: none"> - Druckfreie Fixierung der Sonde (tgl. Kontrolle) - Nasenpflege 3x tägl. - Lagekontrolle (1x pro Schicht und vor Nahrungsgabe) - Reduzierung des Kostaufbau, Evtl. Pausierung, - Produktwechsel - enterale Ernährung nach Kostaufbau
	Analgosedierung Midazolam/Sufenta	Immobilität Cave - Muskelabbau - Dekubitus - Thrombose - Pneumonie - Kontrakturen - Dermatonie	<ul style="list-style-type: none"> - Druckschäden durch Kabel, Drainagen usw. vermeiden - Prophylaxen nach Standards des Hauses - Lagerungen, Krankengymnastik, Bettfahrrad, - Absaugen, ATG, Vibrax, ASE (Atemstimulierende Einreibungen) - Basale Stimulation
		Darmatonie – paralytischer Ileus (NW Opiat)	- Darmstimulation
		Kontrollverlust – Abhängigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - angepasste Informationen an den Patienten - Anwesenheit im Zimmer - unnötige Alarmer vermeiden - Vertrauen und Kompetenz ausstrahlen
		Verlust Tag / Nacht Rhythmus	<ul style="list-style-type: none"> - für Nachtruhe sorgen, Nachtdimmer, - Bildschirm des Beatmungsgerät in den Nachtmodus - Nachts nur notwendige Pflege durchführen - unnötige Alarmer vermeiden

	Probleme	Folgen	Maßnahmen
Beatmung	Analgosedierung Midazolam/Sufenta	Kreislaufdepression	- evtl. Sedierung reduzieren (Arztabsprache)
	orale Intubation	Schluckreflexverlust Sprachverlust mangelnde Kommunikationsfähigkeit - Angst - Unsicherheit - Hilflosigkeit	<ul style="list-style-type: none"> - Mundpflege bei Intubierten nach Standard des Hauses - Mund- Rachenraum absaugen - Pat. den Grund für seinen Sprachverlust erklären - nonverbale Kommunikation einüben (Zeichentabellen, Schreibtafel) - Anwesenheit, Kompetenz und Vertrauen ausstrahlen - Angehörige zur nonverbalen Kommunikation anleiten
		erschwerte Mundpflege cave: Soor-Parotitis	- Mundpflege eines beatmeten nach Standard (siehe Anhang 2)
		Lässionen und Druckstellen im Mundbereich	<ul style="list-style-type: none"> - Tubuslagewechsel (1x pro Schicht) - weiche Fixierung oder Auspolsterung
Kreislauf	Katecholamine Aterenol	Minderdurchblutung des Darms - Nekrosenbildung - Wundheilungsstörung des Ileostoma und des Platzbauch	<ul style="list-style-type: none"> - gute Beobachtung - symptomatische Behandlung

	Probleme	Folgen	Maßnahmen
Ileostoma	Flüssigkeitsverlust 1,5- 3 Liter post OP	Exsikose Elektrolytverschiebung Mangelernährung Nierenversagen bis hin zur Dialyse	- Bilanzierung - Ausstreifbeutel mit Drainagenbeutel - Substitution von Flüssigkeit - Laborkontrolle und Elektrolytausgleich - enterale und parenterale Ernährung siehe Kapitel 4
	aggressiver Stuhl	parastomale Hautschäden	- Beobachtung des Ileostoma und die parastomale Haut - evtl. Hautschutz z.B. Cavillon - Stomadokumentation
Platzbauch	sekundäre Wundheilung - Infektionsrisiko	Sepsis	- VAC-Versorgung - evtl. Antibiotikagabe (Arztanordnung)
VAC	eingeschränkte Lagerungsmöglichkeit bzw. Mobilisation	CAVE Dekubitus Thrombose Pneumonie Kontraktionen Dermatonie	- Prophylaxen nach Standard vom Haus - Krankengymnastik, Bettfahrrad - ATG; Vibrax, absaugen - ASE - Basale Stimulation - Druckstellenvermeidung
	Flüssigkeits- und Wärmeverlust über die offene Bauchdecke	Auskühlung	- V.A.C. Versorgung - Zimmertemperatur beim Verbandswechsel anpassen
	Eiweißverlust	Wundheilungsstörung	- Eiweißausgleich der Ernährung siehe Kapitel 4

Ileostoma:

Das Ileostoma erfordert in dieser besonderen Behandlungssituation eine fortlaufende Beobachtung der Haut, da es durch den aggressiven Stuhl sehr schnell zu Hautirritationen kommen kann. Bei Herrn M. erfolgt aufgrund der individuellen Pflegeplanung eine tägliche Kontrolle der Ileostomieversorgung und der parastomalen Haut im Rahmen der Durchführung grundpflegerischer Maßnahmen. Der Plattenwechsel findet bei komplikationslosem Verlauf in regelmäßigem Rhythmus alle zwei Tage statt. Da Herr M. durch die Beatmungssituation nicht in der Selbstversorgung angeleitet werden kann, wird er von den Pflegekräften mit einem zweiteiligen System (Basisplatte und Drainagebeutel) versorgt.



Dokumentation

Die übliche Stomadokumentation „Pflege von Patienten mit Ileo-/Colon-/Urostoma“ des Hauses ist für den Gebrauch auf einer Intensivstation nicht optimal, da viele Punkte erst in der Pflegesituation auf der „Normalstation“ zum Tragen kommen. Deswegen habe ich einen neuen Bogen entworfen, der alle relevanten Parameter für den Gebrauch in der Intensivstation unseres Hauses beinhaltet. Der Schwerpunkt wird hierbei auf die vielseitige Beobachtung des Patienten und seiner Pflegesituation gelegt.

Psychosoziale Aspekte der Intensivpflege des Herrn M.

Während der gesamten Behandlung ist Herr M. einer sehr großen Belastung seines seelischen Gleichgewichts ausgesetzt. Er liegt beatmet und fixiert in einem Intensivbett, hört Geräusche, die er nicht einordnen kann, erlebt Situationen, die ihm Angst machen und kann sich aus dieser Lage nicht selber befreien. Es kommt dadurch unter anderem zu Störungen des Schlaf-Wach-Rhythmus, zu einer Angst, die Sprache verloren zu haben und zu einem sehr starken Gefühl der Hilflosigkeit, mit dem Wunsch nach ständiger Präsenz einer Pflegeperson.

In dieser Phase ist es sehr wichtig, ein angenehmes und vertrauensvolles Klima zu schaffen. Dieses kann man unterstützen durch häufiges Ansprechen des Patienten, erklären der Maßnahmen und durch einen insgesamt fürsorglichen Umgang. Auch die Phase der Entwöhnung vom Beatmungsgerät benötigt große Erfahrung und Teamarbeit. In meinem geschilderten Fallbeispiel bekam Herr M. bei jeder Trennung vom Gerät zunächst eine panische Angst, zu ersticken. In dieser Zeit war es für die Pflegekräfte absolut notwendig, im Zimmer zu bleiben, um Herrn M. mit Geschick und Einfühlungsvermögen zu begleiten und zu beruhigen. Durch die Phase der Beatmung war seine Wahrnehmungsfähigkeit so eingeschränkt, dass ihm zum Beispiel auch die Stomasituation nicht bewusst war.

Zu diesem Zeitpunkt waren die regelmäßigen Besuche der Angehörigen die einzige, aber höchstwichtige „Brücke“ zur Normalität. Deswegen wurden die Besuchzeiten der Angehörigen seinen Bedürfnissen entsprechend individuell angepasst. Die Angehörigen wurden durch die Pflegekräfte zur nonverbalen Kommunikation angeleitet und fanden schnell gemeinsame Themen mit Herrn M. Zu Anfang hatten die Angehörigen natürlich viele Fragen und Ängste,

die durch Gespräche mit dem Pflegepersonal aufgefangen werden konnten. Diese Art der Betreuung der Angehörigen ist für alle Beteiligten sehr hilfreich. Die Angehörigen entwickeln Vertrauen und Zuversicht und können diese auf den Patienten übertragen. Die Pflegenden erlangen zusätzliche Informationen über die Persönlichkeit des Patienten, die sie in die Behandlung integrieren können.

Schlusswort

„Alles hängt mit allem zusammen und beeinflusst sich gegenseitig.“

(Zitat von Unbekannt)

Durch diese Facharbeit ist mir bewusst geworden, wie komplex und vielseitig das Krankheitsbild eines „beatmeten Ileostomieträgers nach Platzbauch-OP“ sein kann.

Die Anlage eines Stomas ist für jeden Menschen eine große Belastung. Wenn man aber durch mögliche Komplikationen zum intensivpflichtigen Beatmungspatienten wird, tritt das Schicksal „Stomaanlage“ erstmal in den Hintergrund. Auch das medizinische und pflegerische Personal kümmert sich in dieser Situation primär um die Stabilisierung des Patienten und die Beherrschung der akuten Krankheitssituation. Ich habe durch diese Facharbeit gelernt, dass es trotzdem sehr wichtig ist, das Stoma,

seine Beobachtung und spezielle Pflege nicht ganz in den Hintergrund treten zu lassen.

Viele intensivmedizinische Maßnahmen führen unbeachtet möglicherweise zu schwerwiegenden Komplikationen am Stoma. Um diesen Komplikationen vorzubeugen ist es sehr wichtig, die Beobachtung und Versorgung des Stomas fachgerecht durchzuführen. Dabei soll der von mir erstellte Stomadokumentationsbogen ein brauchbares Hilfsmittel zum Einsatz in der besonderen Pflegeumgebung einer Intensivstation sein.

Um eine praxisnahe Arbeit zu erstellen, habe ich ein Fallbeispiel der Intensivstation unseres Krankenhauses gewählt. Somit zeigt meine Facharbeit selbstverständlich nur einen Bruchteil der komplexen Bilder schwer kranker Menschen auf heutigen Intensivstationen.

Für mich persönlich ist die Behandlung sehr viel klarer geworden und ich hoffe, dass ich die Erkenntnisse bei meiner zukünftigen Arbeit anwenden und weitergeben kann.

Literatur- und Quellverzeichnis

Banwell, Paul: *„V.A.C.® Therapy Klinische Therapierichtlinien“, Ein Handbuch für Anwender der Firma KCI, neue, überarbeitete Ausgabe September 2007*

Larsen, Reinhard: *„Anästhesie und Intensivmedizin für Schwestern und Pfleger“, 3. überarbeitete und erweiterte Auflage 1992, Springer Verlag*

Larsen, Reinhard: *„Anästhesie und Intensivmedizin für die Fachpflege“, 6. vollständig bearbeitete und erweiterte Auflage 2004, Springer Verlag*

Leitfaden: *„Praxis der enteralen Ernährung“ der Firma Fresenius Kabi Schäffler, Arne; Menche, Nicole; Bazlen, Ulrike;*

Kommerell, Tilman: *„Pflege Heute“, Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe, 2. Nachdruck der ersten Auflage Januar 1998, Gustav Fischer Verlag*

Stoll-Salzer, Elisabeth; Wiesinger, Gerlinde: *„Stomatherapie“ Grundlagen & Praxis, 2005, Georg Thieme Verlag*

Wörterbuchredaktion des Verlags unter der Leitung von Dr. med. Christoph Zink: *„Pschyremble Klinisches Wörterbuch“ Auflage 255 1985*



*Katrin Kaiser
Krankenschwester,
Fachkrankenschwester
Intensiv / Anaesthesie, Pflegeexpertin
Stoma+Inkontinenz+Wunde, Biberach
Kontakt: kaiser.kat@web.de*

Wirtschaftliche Versorgung bedeutet:

- mehr Lebensqualität
- sinnvoller Produkteinsatz
- angemessene Kosten

Unser Leistungsspektrum:

- enterale Ernährung
- Stomaversorgung
- ableitende Inkontinenzversorgung
- Selbstkatheterismus
- Tracheostomieversorgung
- modernes Wundmanagement



Produkte und Dienstleistungen für mehr Lebensqualität

Wir beraten Sie gern zu diesen Themen
Unsere kostenlose Servicenummer
0800-895 895 0
info@kcm-versorgt-sie.de

Qualität und Kosten müssen kein Widerspruch sein!

So einzigartig wie Sie selbst!

Individuelle Hautschutzmixturen von Hollister



Neu

Stoma-Experten wissen, jede Haut braucht individuellen Schutz. Je nach Hautzustand, Ausscheidung und Tragezeit sind unterschiedliche **Hautschutzmixturen** gefragt. Mit dem innovativen Produktangebot von Hollister können die Anforderungen der verschiedenen Hauttypen optimal erfüllt werden. Selbstverständlich sind alle **Hollister Mixturen** auf den pH-Wert der Haut abgestimmt und unterstützen so die Regeneration.

Neue Versorgung: Moderma Flex Urostomiebeutel mit Flextend Hautschutz

Sie wünschen größtmöglichen Tragekomfort und eine moderne, einteilige Versorgung? Das bietet Ihnen der neue **Urostomiebeutel** aus der **Moderma Flex** Reihe. Zusammen mit der **Hautschutzmischung Flextend** und dem **atmungsaktiven Haftrand** sind Sie bestens geschützt – und somit optimal versorgt.

Überzeugen Sie sich selbst und fordern noch heute Ihr Muster an!

Hollister Incorporated • Niederlassung Deutschland • Riesstraße 25 • 80992 München • Telefon: 0 800/4 65 54 78 – gebührenfrei
E-Mail: hollister.deutschland@hollister.com • www.hollister.de

Hollister Stomaversorgung. **Auf die Details kommt es an.**

 **Hollister**

Der hilfreiche Einsatz von Kreativitätstechniken im Unternehmensablauf

Ein Einzelhändler wollte mit einer außergewöhnlichen Werbeaktion auf sich aufmerksam machen, zumal er eine neue Produktlinie mit in sein Sortiment aufnehmen wollte. Die Frage stellte sich nach der Art und Weise der Werbeaktion. Etwas Besonderes sollte es sein und nicht zu viel kosten sollte es auch nicht.

Der Kaufmann begann zu überlegen und zu rechnen. Zeitungsanzeigen schalten, Flyer und Einladungen drucken und versenden; das waren seine Ideen. So hatte er es immer gemacht. Der Erfolg war mäßig und die Kosten viel zu hoch. So oder so ähnlich geht es vielen. Ob es sich um Werbeaktionen, Warenpräsentation oder Mitarbeiterfragen und Mitarbeiterbindung handelt, es gibt manchmal auch andere Wege. Diese können sogar einfacher und günstiger sein.

Unser Einzelhändler ist mit seinen Ideen nicht so recht weiter gekommen. Etwas richtig Gutes ist ihm nicht eingefallen, zumal die Zeit gedrängt hat. Ein zufälliges Gespräch mit einem Geschäftspartner brachte ihn auf andere Lösungen: Er hatte ihm geraten bei diesem Vorhaben seine Mitarbeiter mit einzubinden. Der Partner berichtet ihm, dass er damit positive Erfahrung gemacht hat. Die Mitarbeiter hatten manchmal die besten Einfälle. Als zweiten Tipp hatte der Geschäftspartner die Anregung, sich mit Kreativitätstechniken zu beschäftigen. Am Anfang schien ihm gerade die zweite Idee etwas fremd, da er davon noch nicht allzu viel gehört hatte. Es sollte sich doch später herausstellen, dass dieser Tipp fast unbezahlbar war.

Mit einem externen Berater zusammen stellten Sie die relevanten Techniken

zusammen, um sein Problem zu lösen. Zur engeren Auswahl standen:

KREATIVITÄTSSTECHNIKEN

- Brainstorming
- Brainwriting
- Bionik
- 6-3-5 Methode
- Osborn-Checkliste
- Kopfstandtechnik
- Mind Mapping
- Kartenabfrage
- Pinnwandmoderation (Metaplan-Technik)
- Morphologischer Kasten
- Ursache-Wirkungs-Diagramm
- Denkhüte von De Bono oder Sechs Hüte
- Walt-Disney-Methode mit drei Rollen

Die Auswahl fiel auf wenige bekannte und praxiserprobte Techniken:

- Brainstorming
- Mind Mapping
- Denkhüte von De Bono oder Sechs Hüte

Brainstorming

Brainstorming ist die bekannteste Technik, wird leider nicht immer effektiv angewandt. Gerade der entscheidende Bereich, die zweite Stufe der Kreativität,

(siehe hinten „Phasen der Kreativität“) wird häufig weggelassen.

Brainstorming beschreibt einen „Ideensturm, spontane Ideenäußerung“. Man benötigt drei, besser wären fünf und mehrere Teilnehmer. Die Ideen werden mündlich erarbeitet. Ziel ist es, eine große Anzahl an Ideen zu einer gegebenen Problemstellung gemeinsam zu sammeln und zu entwickeln. Der Vorteil besteht darin, dass in der Summe sehr viele Ideen produziert werden, die gar nicht alle umsetzbar sind. Es geht recht schnell und ist eine der bekannteren Techniken.

Der Einzelhändler hat sich mit seinen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in einem Ausflugslokal auf dem Lande einen Raum reserviert. Es war eine gute Entscheidung, dies nicht in der Firma zu machen. Hier waren alle nicht so angespannt.

Er hat das Thema auf einen Flipchartblock geschrieben und alle Kollegen gebeten, Ihre Ideen zu dem Thema in den Raum zu sprechen. Als Regel galt, dass keine Kritik vorerst geäußert werden darf und jeder zu Wort kommen sollte. Der Chef fungierte als Moderator und unterstützte alle und lenkte die Besprechung.

Regeln Brainstorming

- Jede Idee, gleichgültig wie verrückt oder realistisch, war willkommen
- Jeder darf Ideen der anderen aufgreifen und für eigene Ansätze verwenden
- Es gibt keinen Urheberschutz
- Jeder Teilnehmer äußert spontan seine Ideen zur Problemlösung, von denen sich andere Teilnehmer inspirieren lassen
- Jede Äußerung wird auf Flipchart protokolliert

- Es müssen alle Ideen erfasst werden
- Es kommt auf die Menge der Vorschläge an, nicht auf die Qualität
- Der Leiter hat die Aufgabe, die Gruppe zur Erarbeitung und Darstellung ihrer Vorschläge zu motivieren, zu stimulieren und zu ermutigen.
- Jeder soll zu Wort kommen
- Der Zeitrahmen (5 bis 30 min) ist festzulegen
- Jeder soll sein Fachwissen einbringen

Die Vorteile liegen auf der Hand: Die Vorbereitung und Durchführung ist einfach und geht recht schnell. Die Regeln sind schnell erklärt. Die Anregung findet gegenseitig statt, es tritt eine Gruppendynamik ein.

Eine Idee der Kollegen war, die Präsentation der neuen Produkte für Kunden in diesem Ausflugslokal zu veranstalten. Es war übrigens ein voller Erfolg.

- 3. Originalität:**
Ungewöhnliche Ideen. Z.B. welche Maschinen sollte man noch erfinden?
- 4. Aufspüren von Problemen**
Chancen früh erkennen. Welche Informationen brauche ich zur Produktneueinführung?
- 5. Konzentrationsfähigkeit**
Aufmerksam arbeiten. Z. B. 10 gleichgroße Quadrate in 30 Sek. zeichnen
- 6. Realitätskontrolle**
Lösungsvorschläge kritisch prüfen. Z. B. sind die vorgeschlagenen Lösungen auch finanzierbar?
- 7. Organisationsfähigkeit**
gute Planung und Konsequenz in der Durchführung. Z. B. 5 Aufgaben zeitlich nach Prioritäten und vorgegebenen Zielen einplanen.

Es wird nicht ausbleiben, dass man sich mit neuen Arbeitstechniken befassen wird, da der Markt und die Mitbewerber dies von einem fordern.

z. B. die Frage nach neuen Vertriebswegen, Konzepten oder auch mehr Einbindung der Mitarbeiter bei der operativen Planung, wäre dies ein Möglichkeit, hervorragende, kreative Lösungen zu finden.

Mindmap wurde in den 70er Jahren des letzten Jahrhunderts von dem Amerikaner Tony Buzan entwickelt. Er versuchte Struktur in die Gedankenprozesse zu bringen und die rechte (Emotionalität) und linke (Logik) Gehirnhälfte zu koordinieren.

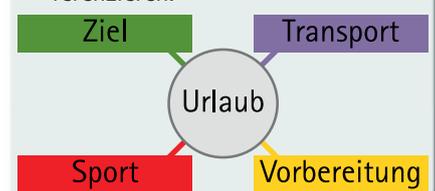
Haben Sie schon einmal überlegt, wie häufig Sie am Tage nach anderen oder besseren Lösungen für das ein oder andere Problem suchen?

So erstellen Sie Ihr Mindmap

Nehmen Sie das weiße DIN-A4-Blatt, legen Sie es quer. Zeichnen Sie in der Mitte und eine Wolke oder eine Ellipse, die das Zentrum bildet. Arbeiten Sie immer im Uhrzeigersinn.

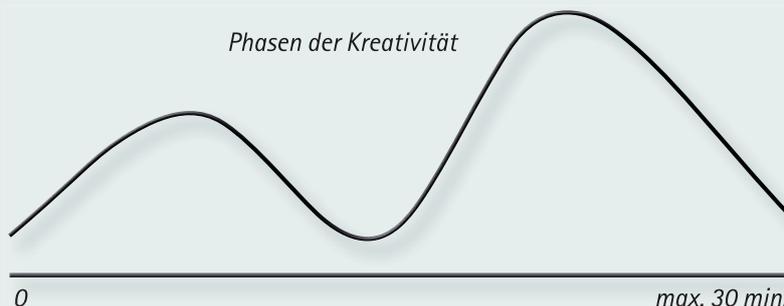
Wählen Sie sich ein Thema, zum Beispiel Urlaubsplanung. Jetzt geht es los.

1. Legen Sie da Blatt quer. Lassen Sie an den Rändern genug Platz
2. Zeichnen Sie in die Mitte das Zentrum mit dem Hauptbegriff. Z. B. Urlaubsplanung
3. Beginnen Sie mit einer Farbe
4. Sie können die Zweige hinterher kolorieren oder auch jeden Zweig oder jeden Astkranz in einer anderen Farbe zeichnen. Farben bilden Anhaltspunkte des Erinnerns.
5. Zeichnen Sie die Äste nur in der Länge der Worte. (Substantive, Schlüsselworte) Sie benötigen noch weiteren Platz für Ihre Ideen.
6. Schreiben Sie nur Hauptworte auf, am besten in Blockschrift. Beginnen Sie mit der ersten Ebene (Hauptäste auf das Zentrum folgend)
7. Mit max. 6-8 Hauptästen wäre die erste Ebene erstellt.
8. Jetzt folgt die zweite Gedankenebene, d.h. dass Sie den Gedanken des Hauptastes vertiefen und differenzieren.



Zwei wichtige Aspekte sind bei jeder Kreativitätstechnik zu beachten:

1. Zuerst werden alle Ideen gesammelt. Bewertet wird dann, wenn der Kreativprozess beendet ist.
2. Nach der ersten kreativen „Hochphase“ folgt ein Tal. Man meint, dass alle Lösungen gefunden seien. Hier setzt der Moderator ein und fordert das Team oder seine Kollegen zu weiteren Ideen, egal wie abwegig auch immer. In dieser Phase entstehen die besten Ideen.



Was macht einen kreativen Menschen aus?

Finden Sie sich in den Antworten wieder?

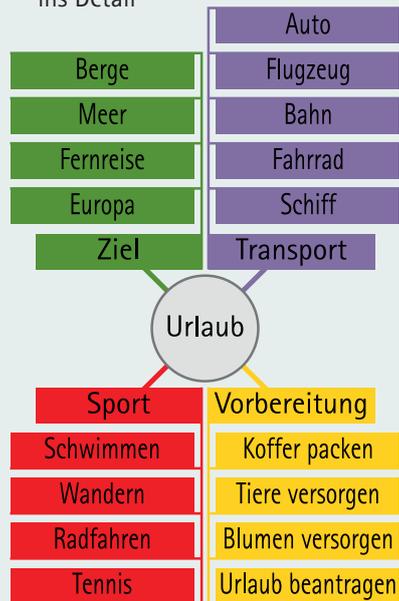
- 1. Divergentes Denken:**
man gibt sich nicht mit einer Lösung zufrieden. Z. B. was nehmen Sie außer Kleidung auf eine einsame Insel mit?
- 2. Unkonventionelles Denken:**
Keine Furcht vor neuen Ideen. Z. B. was kann man aus einer Büroklammer alles machen

Schon Goethe sagte: „... wir müssen alle fünf Jahre umlernen, wenn wir nicht ganz aus der Mode kommen wollen.“ Peter Ustinov ergänzte Goethe für die heutige Zeit: „Es ist von grundlegender Bedeutung, jedes Jahr mehr zu lernen als im Jahr davor.“

Mindmaps

Eine weitere Technik, um neue Ideen und Lösungen zu finden ist Mindmaps. Jeder kann dies alleine oder mit seinem Mitarbeiterteam umsetzen. Stellt sich

9. Der Weg führt von Unterast zu weiteren Unterästen immer weiter ins Detail



10. Der Unterverzweigung sind keine Grenzen gesetzt. Erst da wird es ja interessant. Verwenden Sie immer Schlüsselworte (meistens Substantive)

11. Ergänzen Sie die Begriffe der einzelnen Äste mit Symbolen oder Abkürzungen: + - oder ↑ ↓, die eine positive oder negative Veränderung anzeigen.

Es ist gar nicht so schwer. Sie können z. B. die Fragen nach neuen Vertriebskonzepten auch mit Ihrem Team gemeinsam bearbeiten.

Unsere Händler erarbeitete mit seinen Außendienstmitarbeitern neue Kunden- und Vertriebswege und kam nach einer Mindmap-Sitzung mit seinen Mitarbeitern zum dem Ergebnis, dass er seine Kunden nicht mehr einzeln besuchen wird, sondern gebündelt die Neuheiten anlässlich von Produktpräsentationen seinen gesamten Kunden vorstellt. Damit wurde viel Zeit und Kosten eingespart.

Sind Sie kreativ?

Häufig werde ich gefragt: Kann man denn Kreativitätstechniken überhaupt erlernen, wenn man gar nicht kreativ ist?

Da antworte ich gerne mit folgender Untersuchung:

Ein großes amerikanische Unternehmen beklagte, dass einige Mitarbeiter im Marketing nicht sehr kreativ seien. Man wollte herausfinden,

wo der Unterschied zwischen den kreativen und weniger kreativen Mitarbeitern liegt. Das Ergebnis der Untersuchung war verblüffend. Den einzigen Unterschied, den man erkennen konnte lag ganz einfach darin, dass die Kreativen auch den Mut und Offenheit für unkonventionelle Ideen hatten, sich auf neue Sichtweisen einzulassen und persönlich auch dahinter standen. Die weniger kreativen empfanden sich nicht als kreativ und wollten es auch nicht sein. Die persönliche Haltung und Interesse an neuen Fragestellungen und eigener Weiterentwicklung ist ein entscheidender Schlüssel für die kreative Arbeit. Diejenigen, die sich kreativ empfunden haben, haben ihre Fähigkeiten genutzt. Zum einen liegen die in der Konzentrationsfähigkeit, in einem reichen Wortschatz, der es ihnen erlaubt, die Eingebungen klar und unmissverständlich zu formulieren. Andere Eigenschaften, wie vernetztes Denken, der Anspruch, sich nicht mit einer Lösung zufrieden zu geben und auch mal unkonventionelles Denken zuzulassen. Darüber hinaus trauen sie sich, Ihren Ideenreichtum auch zu formulieren, mutig an neue Fragestellungen heranzugehen.

Denkhüte von De Bono oder Sechs Hüte oder Sechs Stühle

Die ist auch eine einfache und höchst effektive Technik, die man innerhalb von 5-15 Minuten alleine oder mit Kollegen zusammen durchführen kann.

Es geht beispielsweise um die Frage nach der Motivation und der Motivationssteigerung der Mitarbeiter. Der erste Hut könnte z.B. der des Mitarbeiters im Lager sein. Genau aus dieser Position versucht man die Motivation zu definieren und Lösungen zur Steigerung herzu-leiten. Der zweite Stuhl könnte der Hut eines Beraters sein. Hier beantwortet man sich die Frage, wie würde unser Berater argumentieren, welche Vorschläge hätte er, welche Gedanken verfolgt diese Person. Die Herangehensweise ist jetzt immer die gleiche. Das Prinzip besteht darin, dass man sich gedanklich in eine relevante Person versetzt und versucht, die Sichtweise dieser Person zu reflektieren. Damit erreicht man viele neue interessante Sichtweisen, die bei der Entscheidung sicherlich positiv beeinflussend sein können.

Es ist bei dieser Technik nicht notwendig, dass Sie sich unbedingt sechs verschiedene Hüte, also sich in sechs verschiedene Personen hineinversetzen. Vier oder mehr Hüte oder Stühle sollten es schon sein, damit ein gewisses Spektrum an unterschiedlichen Gedanken realisiert wird. Kreativ ist jeder. Versuchen sie es einfach einmal. Ich wünsche Ihnen viel Erfolg.



Literaturvorschlag:

Jäschke, Detlef

Mindmaps Kreativ Ideen sammeln, strukturieren und organisieren, 2009. 111 S. m. farb. graph. Darst. Cornelsen Verlag Scriptor, (2009) ISBN: 9783589234332

Top im Job Detlef Jäschke aus Tübingen ist Inhaber eines Beratungsunternehmens, Seminarveranstalter und Autor für den Pflegebereich.

Fachthemen sind u.a. Kreativitätstechniken Kundenorientierung Vertrieb

Messtraining und Telefontraining.

Kontaktadresse:

Detlef Jäschke Training®

Albweg 6

72072 Tübingen

Tel.: 07071-856524

e-mail: info@jaeschke-training.de

Internet: www.jaeschke-training.de

Stellenangebot Stomatherapeutin



Weitere Informationen unter
www.urban-kemmler.de

Urban & Hemmler
Centrum für technische Orthopädie
reha team Ostbayern

Chronisch kranke Menschen – die Herausforderung des 21. Jahrhunderts für das Gesundheitswesen

19. – 20. Januar 2011, CH-St.Gallen

Das Fachsymposium Gesundheit vom 19. und 20. Januar 2011 befasst sich mit einer der grössten Herausforderungen des 21. Jahrhunderts für das Gesundheitswesen – dem „chronisch kranken Menschen“.

Laut internationalen Studien weisen chronische Erkrankungen in unserer Gesellschaft eine stark steigende Tendenz auf. Ursache dafür ist die demographische Entwicklung der Bevölkerung, das heisst die Alterung der Gesellschaft in Folge des medizinischen Fortschritts, welcher Heilung, Linderung oder zumindest Stabilisierung bislang lebensbedrohlicher Erkrankungen ermöglicht.

Für chronisch kranke Menschen werden Krankheit und Leiden zum ständigen Begleiter. Das zwingt die Betroffenen und ihre Familien zu einem laufenden Lernprozess, in dem es um Bewältigung und Verarbeitung dieser Lebenssituation geht. Chronisch kranke Menschen und ihre Familien brauchen daher professionelle Unterstützung, Zuwendung und Begleitung durch entsprechendes Fachpersonal sowie angepasste Dienstleistungen und Programme. Dies erfordert eine intensive, bedürfnisorientierte Koordination für alle, die im Gesundheitswesen tätig sind.

Ziel des Fachsymposiums Gesundheit ist es, Möglichkeiten aufzuzeigen, die Herausforderungen anzunehmen, um chronisch kranke Menschen und ihre Familien in Zukunft besser zu unterstützen. Da es uns gelungen ist, ausgewiesene Experten auf diesen Gebieten für dieses Symposium zu gewinnen, werden wir mit Sicherheit interessante Referate hören, die zu einem regen Gedankenaustausch und lebhaften Diskussionen führen werden. Es ist unser Ziel, an diesem Kongress durch neue Erkenntnisse und vertieftes Wissen die Gesundheitsversorgung von chronisch kranken Menschen zu verbessern.

**FACHSYMPOSIUM
GESUNDHEIT** ST.GALLEN

Anmeldung: www.fachsymposium.ch

Datum: Mi., 19. Januar 2011, 09.00 – 17.30 Uhr

Do., 20. Januar 2011, 09.00 – 17.30 Uhr

Tagungsort: Olma Messen St.Gallen

Hallen 2.1 & 3.1

St. Jakobstrasse 94

CH-9000 St.Gallen

eakin®
www.eakin.de

Weil Hautschutz
wichtig ist.



Eakin Release™
Pflasterentferner-
Spray

NEU

alkoholfrei
brennt nicht
duftet frisch

Eakin Cohesive® Paste



alkoholfrei
brennt nicht
trocknet
nicht aus

Einzigartiger Hautschutz
* Eakin® Qualität *
weltweit erfolgreich

Beratungstelefon **0800/22 440 22**
gebührenfrei

Eakin GmbH • Feringastr. 6 • 85774 München-Unterföhring
Tel. 089 - 99 216 256 • Fax 089 - 99 216 200 • info@eakin.de

STUDIENBESCHREIBUNG:

Prospektive Beobachtungsstudie zum zeitlichen Verlauf der Lebensqualität mit protektivem Stoma & nach Rückverlagerung bei Patienten mit Rektumkarzinom-OP

Teil 2

Bezug nehmend auf eine Studiendurchführung konnten Sie im ersten Teil Grundsätzliches zur Frage der Lebensqualität Stomabetroffener erfahren. Im zweiten Teil sollen nun die Durchführung und die Zusammenarbeit mit anderen Fachbereichen erläutert werden.

Fragen die hier beispielsweise aufgegriffen werden sollen sind, wie sich die Arbeit mit den Studienunterlagen gestaltet oder welche Kriterien für die Auswahl der Patienten beachtet werden müssen.

Die Zustimmung zu dieser Studie ergab sich für das Klinikum Memmingen aus der Notwendigkeit heraus, als zertifiziertes Darmzentrum eine Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie vorzuweisen.

Die Deutsche Krebsgesellschaft weist in ihrem Anforderungskatalog deutlich darauf hin, dass den Patienten der Zugang zu Studien möglich sein muss. Mindestens 10% aller im Darmzentrum behandelten Patienten müssen 1 Jahr nach Zertifizierung in Studien eingebracht werden (vgl.1).

Die Lebensqualität von betroffenen Menschen zu erfragen, die an einem Rektumkarzinom erkrankt sind und vorübergehend eine Stomaanlage benötigen, eignete sich für uns im Besonderen, da diese Fragestellung einen praktikablen Ansatz verfolgt, der direkte Auswirkung auf die Betreuung dieser Patientengruppe hat.

Grundsätzlich bedarf es festgelegter Rahmenbedingungen, um eine solche Studie durchführen zu können. Diese müssen im Studien-Outline geregelt werden. Wichtige Eckpunkte sind hier beispielhaft für die Durchführung der Lebensqualitätsstudie Stomabetroffener beschrieben.

Das Studien-Outline enthält:

1. Studien-Name:

Prospektive Beobachtungs-Studie zum zeitlichen Verlauf der Lebensqualität mit protektivem Stoma & nach Rückverlagerung bei Patienten mit Rektumkarzinom-OP.

2. Namen und Kontaktdaten der Studienleitung:

Hier ist Prof. Dr. med. Kienle aus dem Universitätsklinikum Mannheim der Ansprechpartner. Als Leiter der Studie ist er verantwortlich für das grundsätzliche Studiendesign und deren Umsetzung. Alle eingegangenen Daten werden hier gesammelt und ausgewertet. Zusätzlich wurde im Rahmen der Vorbereitungen eine Genehmigung der Ethik-Kommission beantragt.

3. Das grundlegende Studien-Design:

Hier ist festgelegt, wie die Studie durchgeführt wird. Bei dieser Studie handelt

es sich um eine multizentrische (mit Beteiligung vieler Einrichtungen), longitudinale (mit mehreren Messzeitpunkten), prospektive (vorausschauende) Beobachtungsstudie (beobachtet wird anhand der Fragebögen).

4. Studien-Ziele:

Das primäre Ziel ist die Darstellung der Lebensqualität Stomabetroffener zu unterschiedlichen Messzeitpunkten. Die sekundäre Fragestellung ist, inwieweit Chemotherapie und andere Variablen Einfluss auf den Rückverlagerungszeitpunkt und die Lebensqualität Stomabetroffener haben. Hier ergeben sich für uns auch schon erste Erkenntnisse aus dem derzeitigen Studienverlauf und der bis dato eingegangenen Fragebögen: Wir erkennen beispielsweise, dass die Zeitspanne von der ersten OP bis zur Stomarückverlagerung oft deutlich länger ist, als die zunächst zu Grunde gelegten 3 Monate. Definitive Aussagen und grundlegende Erkenntnisse erhalten wir allerdings erst nach dem Zeitpunkt der detaillierten Auswertung durch die Studienleitung.



Oberarzt Dr. J. Lang und Stomatherapeutin B. Stark im Klinikum Memmingen

Bilder: Klinikum Memmingen



Teilnehmer der dansac Dialog Veranstaltung sprechen über erste Erkenntnisse der Lebensqualitätsstudie für die Stomatherapie

5. Beschreibung der genutzten Studienmaterialien:

Die Befragung zur Lebensqualität wird mit einem standardisierten Fragebogen der EORTC (*European Organisation for Research and Treatment of Cancer*) durchgeführt.

Der EORTC QLQ-C30 Fragebogen erfasst verschiedene Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (globaler Gesundheitszustand, Rolle, körperliche, emotionale, kognitive und soziale Funktion) sowie die häufigsten Symptome der Tumorkrankheit (Fatigue, Anorexie, Schwindel, Übelkeit, Schmerzen, gastrointestinale Symptome, Schlafstörungen, Kurzatmigkeit) und die finanzielle Belastung. Ein spezielles Modul für besondere, kolorektale Fragestellungen ergänzt hierbei die Abfrage.

Zur Frage der analen Kontinenz nach Stomarrückverlagerung kommt gleichzeitig ein spezieller Inkontinenzfragebogen (Wexner Score) zur Anwendung ^(vgl. 2).

6. Modus der Fragebogen-Anwendung:

Wichtig ist hier die Selbstbeurteilung des Patienten durch die Befragung in der Klinik (zum Messzeitpunkt 1 und 2) und ggf. durch das Ausfüllen des postalisch zugesandten Fragebogens (zum Messzeitpunkt 3).

Das bedeutet, dass der Patient den Fragebogen selbst ausfüllen soll. Eine Befragung des Patienten in Interview-Form oder Telefon-Form ist nur in Ausnahmen mit dokumentierter Begründung erlaubt.

Ansonsten besteht eine Verzerrung der Studienergebnisse durch bewusste oder unbewusste Beeinflussung durch den Interviewer.

7. Definition der Messzeitpunkte:

Die erste Befragung findet vor der geplanten kurativen Resektion, z. B. am Aufnahmetag, statt. Die zweite Befragung erfolgt am Aufnahmetag vor der geplanten Stomarrückverlagerung, und die dritte 6 Monate nach Stomarrückverlagerung.

Die Datenblätter zum Messzeitpunkt 1 und 2 enthalten die Stammdaten des Patienten in anonymisierter Form, einschließlich aller relevanter Daten über OP-Art, TNM-Klassifikation, Tumorhöhe, Anastomosenhöhe, adjuvanten und neoadjuvanten Therapieformen.

8. Einschluss-/Ausschluss Kriterien zur Auswahl der Patientengruppe:

Die **Einschlusskriterien** sind:

- Rektumkarzinome
 - Patienten mit einem Alter >18 Jahre
 - Operation in kurativer Intention
 - Anlage eines temporären Stomas (unabhängig von der Stoma-Art)
- Die **Ausschlusskriterien** sind:

- Palliative OP
- >ASA IV
- mangelnde Compliance bzw. Kooperationsfähigkeit
- permanente Stomaanlage

Somit ist die an der Studie teilnehmende Patientengruppe deutlich festgelegt und begrenzt.

Damit man mit der Studie beginnen kann, benötigt man eine schriftliche Patienteneinwilligung mit einer Kopie für den beteiligten Patienten. In ihr wird dem teilnehmenden Patienten das Ziel der Studie erklärt, wer dafür in Frage kommt, dass es sich um eine freiwillige Teilnahme handelt, dass die Daten vertraulich behandelt werden, anonymisiert sind und keine persönlichen Daten veröffentlicht werden. Zusätzlich benötigt man noch die Einverständniserklärung des beteiligten Patienten zum Datenschutz.

Am Klinikum Memmingen wählten Arzt und Stomatherapeut die Patienten für

die Lebensqualitätsstudie in gemeinsamer Absprache aus (Die Ansprechpartner im Klinikum hierzu sind Oberarzt Dr. Lang – Koordinator des Darmzentrums – und Stomatherapeutin Frau Birgitt Stark). Die Patienteninformation über die Studie erfolgte oft gemeinsam. Bei keinem der angesprochenen Patienten gab es eine Absage zur Teilnahme. Die Patienten zeigten sich sehr interessiert an der Studien-Teilnahme und manche fragten auch schon in dieser frühen Phase nach ersten Ergebnissen.

Bei der Ausgabe der Fragebögen kam es manchmal zu Nachfragen bzgl. des Verständnisses einzelner Fragen bzw. der möglichen Antwort. Hier muss man sehr diplomatisch vorgehen, da ja grundsätzlich die Antwort durch eine andere Interpretation der Frage nicht verfälscht werden sollte. Viele Patienten im Allgäuer Raum fragten beispielsweise, was der Unterschied zwischen den Antwortmöglichkeiten „wenig“ und „mäßig“ sei! Das war der schwierigste Part bei der Bearbeitung der Fragebögen mit dem Patienten.

Aufwändig ist die Erstellung der Datenblätter für den Messzeitpunkt 1 (vor der OP) und den Messzeitpunkt 2 (vor der Stomarrückverlagerung). Die einzelnen notwendigen Kriterien zu sammeln, gleicht oft einem Puzzle. Vor allem erhält man nicht sofort alle Daten zu Beginn. Viele Werte, wie z. B. die Tumorklassifikation (pTNM-Status), ergeben sich erst im Verlauf des Klinikaufenthaltes. Das Ergebnis der histologischen Untersuchung des entfernten Tumorgewebes braucht ein paar Tage. Das gleiche gilt für die postoperative Liegedauer des Patienten – auch hier muss die Entlassung erst abgewartet werden.

Das hat zur Folge, dass das Datenblatt mit dem vom Teilnehmer ausgefüllten Fragebogen solange beim „Interviewer“ bleibt, bis alle Daten für den ersten oder zweiten Messzeitpunkt vorhanden sind. Das ist zwar zeitaufwändig, jedoch erleichtert es auch die „Buchführung“ über die erhaltenen Daten.

Mit dem Sammeln der Daten ergab sich eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ganz allein. Bei der Erfassung einzelner Kriterien für das Datenblatt wurde häufig nachgefragt, wofür diese Informationen benötigt werden. Es wurde erklärt, dass an einer Lebensqualitätsstudie teilgenommen wird, welche im



Birgitt Stark und Mirjam Schwarz Abteilung Stomatherapie am Klinikum Memmingen

Rahmen der Zertifizierung des Darmzentrums erfolgt, und alle unterstützenden Abteilungen wie Anästhesie, Pathologie, Strahlentherapie usw. zeigten großes Interesse.

Beim Messzeitpunkt 3 (6 Monate nach Stomarückverlagerung) wird kein neues Datenblatt mehr erstellt. Der Fragenbogen wird dem Patienten postalisch mit Rückumschlag zugesendet. Als hilfreich erweist es sich, dass über die Studienleitung per E-Mail daran erinnert wird, wenn der Zeitpunkt für den 3. Messzeitpunkt beim jeweiligen Studienteilnehmer ansteht.

Alle teilnehmenden Patienten, bei denen der 3. Messzeitpunkt anstand, wurden telefonisch von uns vorab informiert, dass der letzte Fragebogen ihnen postalisch zugesendet wird und ausgefüllt werden muss. Das persönliche Gespräch hält den Kontakt zwischen „Interviewer“ und Patienten. Das Interesse an ihrer Person und ihrem Befinden empfanden die Betroffenen als sehr angenehm und nicht selbstverständlich.

Ein herzliches Dankeschön an die Firma Dansac, die im Hintergrund Sorge für die sachgemäße und fristgerechte Bereitstellung der zur Durchführung der

Beobachtungsstudie erforderlichen Studienmaterialien trägt. Das heißt, alle Teilnehmer an der Studie bekamen die notwendigen Unterlagen (Datenblätter, Fragebögen, Rückumschläge usw.) zur Verfügung gestellt, einschließlich aller Instruktionen, um die Studie erfolgreich durchführen zu können. Auch die Dansac Dialoge (Informationsveranstaltungen zum Stand der Lebensqualitätsstudie) mit den Teilnehmern der Südwestdeutschen Studiengruppe wurden durch die Dansac Akademie vorbildlich begleitet.

Derzeit durchlaufen viele unserer Patienten den 3. Messzeitpunkt. Somit wird uns diese Studie auch im Jahr 2011 weiter begleiten. Es geht dann um die Studiauswertung durch die Studienleitung und das Erarbeiten konkreter Ergebnisse speziell für das Aufgabenfeld der Stomatherapie.

¹⁾ vgl. Erhebungsbogen für Darmkrebszentren der Deutschen Krebsgesellschaft, Stand vom 12.03.2009. Quelle: http://www.krebsgesellschaft.de/download/eb_darm-b1_12.03.2009.doc, entnommen 09.09.2010.

²⁾ aus MagSi Studienbeschreibung Teil 1: Prospektive Beobachtungsstudie zum zeitlichen Verlauf der Lebensqualität mit protektivem Stoma & nach Rückverlagerung bei Patienten mit Rektumkarzinom-OP, M. Birk, 2010.

Birgitt Stark, Stomatherapeutin
Klinikum Memmingen

Bild: Klinikum Memmingen



Wir haben die traurige Nachricht vom Tod unserer geschätzten Kollegin

Frau Thekla Kampermann

erhalten.

Frau Kampermann war eine der Enterostomatherapeutinnen der Anfangszeit der Stomatherapie.

In Ihrer Position am Universitätsklinikum Düsseldorf als auch im Verband setzte Sie sich seit den 80er Jahren für die Entwicklung der Stomatherapie in Deutschland ein.

Ihre Arbeit und Aktivitäten haben die Entwicklungen der Stomatherapie geprägt.

Unser Mitgefühl und unsere Anteilnahme gilt besonders den Angehörigen, denen wir in dieser schweren Zeit die notwendige Kraft wünschen.

Wir werden sie in ehrender Erinnerung halten.

20 Jahre

Einladung zum Jubiläum

Mittwoch / Donnerstag, 3. und 4. November 2010
Seminarhotel Nottwil / Hotel Montana Luzern



20 Jahre organisierte Stomatherapie in der Schweiz!



Schweizerische Vereinigung der StomatherapeutInnen
Association Suisse des Stomathérapeutes
Associazione Svizzera delle Stomaterapiste
Associazion Svizra da las Stomaterapeutas

Seit zwanzig Jahren setzt sich die Schweizerische Vereinigung der StomatherapeutInnen zur Förderung der Entwicklung und Anerkennung der Stomatherapie und für die Interessen der Mitglieder und Betroffenen und deren Anliegen ein.

Zusammen mit Vielen von Ihnen konnten wir dies am 3. November 2010 in

Nottwil mit einem spannenden, vielfältigen Jubiläumsprogramm und mit einem tollen Fest am selben Abend im Hotel Montana feiern.

An diesem für uns besonderen Tag haben wir Rückschau gehalten. In Gesprächen miteinander sind aber bereits wieder Visionen und Ideen für die Zukunft entstanden. Am Abend

haben wir den festlichen Augenblick genossen und miteinander gefeiert. Wir freuen uns auf die nächsten zehn Jahre gemeinsamen Engagements und danken all denjenigen, die mit uns unterwegs sind. Ein ausführlicher Bericht erscheint in der MagSi Ausgabe vom April 2011

Yvonne Fent, Präsidentin SVS

Methoden zur standardisierten Bewertung von parastomalen Hautkomplikationen

Werner Droste,
Krankenpfleger und
Enterostomatherapeut, RbP

Einleitung:

Eine hohe Zahl von Stomabetroffenen leidet nach einer enteralen oder urologischen Stomaanlage im Laufe Ihres Lebens unter einer oder mehreren Komplikationen. In der Literatur finden sich hierzu stark abweichende Zahlen zur Häufigkeit dieser Komplikationen. Die Spannweite reicht hier von 10% bis zu 70 % Komplikationen nach einer Stomaanlage. ^(1/2/3/4/5/6) Bislang fehlten in der Praxis der Pflegeexperten geeignete Instrumente, um auftretende Komplikationen nach einer Stomaanlage in einfacher Art und Weise zu messen, unmissverständlich zu bewerten und standardisiert zu beschreiben. Derzeit existieren im deutschen Sprachraum drei unterschiedliche Scoring-Systeme zur Einschätzung von Komplikationen der parastomalen Haut welche in diesem Beitrag betrachtet werden.

Schlüsselworte: Stoma, Komplikationen, Pflegeexperten, Scoring-Systeme

Abstract:

Skin complications are very frequent in patients with ostomy. The numbers of complications vary very high in the literature. Exact working assessment instruments with reliability and validity are necessary for the daily use in clinical practice, research, and education by the stoma professionals. Three scoring-systems for the scoring of peristomal skin disorders are presented in this article.

Keywords: Stoma, complications, stoma-professionals, scoring-systems

Scoring-System

aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie (7)

Ein **Scoring-System** dient der Klassifizierung von Krankheitsbildern oder Verletzungsmustern. Die diversen Scoring-Systeme werden in der Medizin eingesetzt, um Diagnosen zu stellen und den Patientenzustand in einheitlicher Nomenklatur beschreiben zu können. Ein wichtiges Einsatzgebiet ist die statistische Erfassung. Aus manchen Scoring-Systemen lassen sich mittelbar auch Behandlungsstrategien und Prognosen ableiten.

Den Scoring-Systemen ist gemeinsam, dass sie definierte Punktwerte zuordnen und über ein Berechnungsverfahren das Ergebnis auf eine feste Skala abbilden. Im Gegensatz dazu stehen Systeme, die ohne scharfe Punktezuordnung eher beschreibend wirken, wie die Sichtungskategorien in der Katastrophen- und Notfallmedizin.

Tool

aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie

Der Ausdruck **Tool** (engl. für Werkzeug)

Eine hohe Zahl von Stomabetroffenen leidet nach einer enteralen oder urologischen Stomaanlage im Laufe Ihres Lebens unter einer oder mehreren Komplikationen. In der Literatur finden sich hierzu stark abweichende Zahlen zur Häufigkeit dieser Komplikationen. Die Spannweite reicht hier von 10% bis zu 70 % Komplikationen nach einer Stomaanlage. ^(1/2/3/4/5/6) So rangieren die Irritationen der parastomalen Haut häufig unter dem Sammelbegriff der „Komplikationen nach Stomaanlage“. Meist wird hier nicht zwischen der Komplikation „Hautirritation“ und den, mit organischen Veränderungen der anatomischen Topographie einhergehenden Komplikationen, Stenose, Prolaps, Hernie etc. differenziert, sondern vielmehr eine Unterscheidung nach dem erstmaligen Auftreten, also nach Frühkomplikationen und Spätkomplikationen vorgenommen.⁽¹⁾ Die Prävalenz bezüglich der in den Studien beobachteten parastomalen Hautirritationen wird in den wenigen differenzierenden Literaturbeiträgen zwischen 20% und 40% für alle Stoma-träger angegeben.

Ein weiterer Aspekt fehlender Differenzierung sorgt dann hier für zusätzliche Erschwernis der Betrachtung: Es werden unter den Oberbegriffen „Hautirritationen/Mazerationen“ verschiedene Störungen der intakten Hautoberfläche mit unterschiedlichen Entstehungsursachen dargestellt. So finden sich hier die Hautirritationen mit einer allergischen Genese ebenso dargestellt, wie auch die Hautirritationen mit chemisch-toxischer Ursache und ebenso die bakteriellen und/oder mycotischen Infektionen der parastomalen Haut.

Bosio et al, 2007, ⁽⁶⁾ finden diesen Ansatz für die Klassifikation peristomaler Komplikationen denn auch „inakzeptabel“. Auch ein Blick in die aktuelle deutschsprachige Fachliteratur ist hier nicht befriedigend.

So beschränken sich die Darstellungen in den meisten Fachbüchern auf beschreibende, bzw. umschreibende und wenig standardisierte und in der Fachwelt konsenterte Darstellungen der Hautkomplikationen mit mehr oder weniger direktem Bezug zu den individuellen Entstehungsursachen.

Wie bedeutsam dieses Problemfeld ist, verdeutlichen die Ergebnisse einer Untersuchung aus Dänemark im Jahre 2006. Herlufson et al berichten dort, dass nur 38 % von Menschen mit einer diagnostizierten Hautkomplikation nach einer Stomaanlage diese überhaupt für sich selbst als krankhaft bewerteten. Viele Menschen sind dann irgendwann scheinbar der Ansicht, die Hautkomplikationen seien normal. 80 % der in der dänischen Studie untersuchten Menschen haben demzufolge wegen ihrer Hautkomplikationen auch keinen Pflegeexperten oder Mediziner aufgesucht. Bislang fehlten in der Praxis der Pflegeexperten geeignete Instrumente, um auftretende Komplikationen nach einer Stomaanlage in einfacher Art und Weise zu messen, unmissverständlich zu bewerten und standardisiert zu beschreiben. Gerade diese Mängel gilt es zu beseitigen, will man zukünftig in vergleichbarer Bewertung berufsgruppenübergreifend miteinander kommunizieren und zielgerichtet handeln in der Prävention und Therapie von parastomalen Hautkomplikationen.

Ginger Salvadalena hat in Ihrer Metaanalyse von 21 Studien zur Erfassung der Inzidenz von Komplikationen des Stomas und der parastomalen Haut aus dem Jahre 2008 festgestellt, dass wenige Autoren den Einsatz von Messinstrumenten und deren Validität für die Beurteilung von Komplikationen beschrieben haben. Sie fordert denn auch in Ihrem Fazit die Entwicklung von geeigneten Instrumenten zur Erhebung von klaren, prägnanten und messbaren Daten für prospektive Studien in diesem Bereich.

Schaut man sich unter dieser Betrachtung die aktuell vorhandenen Messverfahren und -instrumente an, so fällt zunächst ins Auge, dass es wie schon berichtet nur zahlenmäßig wenige Ansätze zur Beseitigung dieses Defizits gibt. Es fehlen hier vielfach anerkannte und geprüfte Termini, die innerhalb der Berufsgruppe der Pflegeexperten oft mit dem Sammelbegriff der „gemeinsamen Sprache“ belegt werden. So haben sich mit Unterstützung und Förderung der Unternehmen der Medical-Produkte Hersteller in den vergangenen Jahren im Wesentlichen drei Projekte ergeben, die sich mit unterschiedlichen Methoden diesem Ziel näherten, für diese Bereiche der Stomatherapie eben diese so notwendige „gemeinsame Sprache“ zu definieren und die Anwendung in der Praxis

zu erproben. Allen Verfahren ist gemeinsam, dass sie pflegerisch-therapeutische Einschätzungen zum Ergebnis haben und keinesfalls eine medizinische Diagnose darstellen und somit diese auch nie ersetzen können und wollen.

Derzeit existieren im deutschen Sprachraum die folgenden Scoring-Systeme zur Einschätzung von Komplikationen der parastomalen Haut:

- A) Der Stoma-Beobachtungsindex aus dem Jahre 2005, entwickelt vom internationalen Ostomy Forum mit Unterstützung durch die Firma Dansac. (8)
- B) Der DET Score aus dem Jahre 2008, entwickelt vom Global Advisory Board mit Unterstützung durch die Firma Coloplast. (9)
- C) Die SACS Klassifikation aus dem Jahre 2007, entwickelt von der italienischen Gruppe Studio sulle Alterazioni Cutanee Peristomali im Zusammenhang mit einer zwischen 2003 und 2006 durchgeführten Multicenter Studie mit Unterstützung durch die Firma Convatec. (10)

Zu den drei Messverfahren lässt sich Folgendes feststellen:

1. Die verwendeten Begrifflichkeiten in den Messverfahren

Die Gruppen zu A) und B) haben Messverfahren entwickelt mit einem eher beschreibenden Charakter, unter Verwendung subjektiver Merkmale, statt standardisiert messbaren Parametern. So werden in der Beschreibung von Irritationszuständen der parastomalen Haut häufig Adjektive vorgeschlagen, um Zustände der Hautoberfläche zu beschreiben.

2. Das Messen der betroffenen Hautareale

Das Verfahren zu A) bietet hier keinerlei Berechnungsformel zur Bewertung der betroffenen Areale an. Die flächenhafte Ausdehnung der betroffenen Hautstörung wird im Verfahren nach B), dem DET-Score, nur eher unzureichend bemessen, da eine subjektive Einschätzung in 25 %-Schritten der betroffenen Hautareale von einer Grundfläche der von der Stomaversorgung bedeckten Hautfläche vorzunehmen ist. Da keine Abmessungen der Grundfläche insgesamt vorgegeben sind und oftmals Versorgungsprodukte mit unterschiedlichen Aus-

maßen der Versorgungsgrundfläche im Gebrauch sind, bedeutet das im Ergebnis, eine nicht klar definierte Grundgröße der zu bezeichnenden Fläche. Das Verfahren zu C) bedient sich an dieser Stelle eines Messbereiches, den man auch in anderen medizinischen Bereichen erfolgreich zur standardisierten Beschreibung einsetzt: Es wird die Ebene der Aufsicht auf das Stoma als Bemessungsgrundlage definiert mit dem Stoma im Zentrum. Die Areale der parastomalen Haut werden dann in vier Sektoren aufgeteilt und im Uhrzeigersinn als topographische Quadranten T1-T4 bezeichnet. Das erlaubt den Betrachtern dann eine grundsätzliche Beschreibung der räumlichen Ausdehnung, ist aber dennoch im Ergebnis mehr eine räumliche Orientierung und leider auch kein exaktes, mathematisches Vorgehen.

3. Die Intensität der Hautirritation

Der Schweregrad der Irritation und eventueller Zerstörung der betroffenen Hautschichten wird bei allen Messverfahren durch den Betrachter subjektiv beschreibend vorgenommen. Nur das Verfahren zu C) bildet hier als Ergebnis der Einstufung eine klare und nachvollziehbare Einstufung in fünf Stufen der parastomalen Läsionen ab. Die Schwierigkeit in der Erfassung und klaren Beschreibung solcher Zustände besteht darin, dass es oftmals ja auch unterschiedliche Stadien der Hautschäden im parastomalen Bereich gleichzeitig zu sehen gibt. So können ja durchaus Areale mit einer akuten, inflammatorischen Hautirritation neben Bereichen anzutreffen sein, die sich aufgrund der topographischen Verhältnisse bereits wieder im Zustand der Abheilung befinden und demzufolge ein abweichendes Bild vermitteln. In diesen Fällen geben die Autoren zu B) und C) dann den Handlungshinweis, im Zweifelsfall immer die nächst höhere Stadienbewertung vorzunehmen.

4. Die Darstellung der Messergebnisse

Die Zusammenfassende Bewertung mündet bei dem System zu A) in konkrete Handlungsempfehlungen. Bei den Verfahren zu B) und C) ist dies nicht konkretisiert. Auch ist die Verbindlichkeit der verwendeten Begrifflichkeiten in allen Systemen

nicht in jedem Einzelfall begründet und evident belegt. So erhält man bei Anwendung des Bewertungssystems zu ⁽¹⁾ lediglich eine subjektive Beschreibung als Ergebnis der Betrachtung, z.B. „eine starke Erosion in der parastomalen Umgebung“ Das Verfahren zu ⁽²⁾ erzielt als Ergebnis einen Punktwert zwischen 0 und 15, wobei 0 für keine Hautkomplikation steht und 15 die schwerste Hautkomplikation darstellen soll. Bei Verwendung des Verfahrens zu ⁽³⁾ erhält der Anwender ein wesentlich differenzierteres Ergebnis. Neben dem Stadium der Hautschädigung wird auch eine Bewertung der Ausdehnung in der Fläche im Ergebnis durchgeführt. Die Darstellung des Einschätzungsergebnisses erlaubt wiederum auch eine unmissverständliche Kommunikation unter Pflegeexperten und auch berufsgruppenübergreifend.

5. Die Handlungskonsequenzen aus den Messverfahren

Leider fehlen zu allen Messverfahren beweisgesicherte, ergebnisorientierte Handlungsempfehlungen. Lediglich der Dansac Score bietet hier einen ersten allgemeinen Ansatz. Diese resultierenden Handlungsempfehlungen müssten jedoch durch entsprechende Studien konkretisiert und evident belegt werden.

6. Der präventive Nutzen

Der präventive Ansatz bleibt bei allen Projekten unberücksichtigt. Alle Messverfahren bewerten ausdrücklich keine Disposition für das mögliche oder zu erwartende Entstehen einer zukünftigen Hautirritation. Da die Ausgangsaufgabe anders gestellt war, ist dies auch nicht verwunderlich.

7. Zusammenfassung:

Die dargestellten Scoring-Systeme versuchen auf unterschiedlichen Wegen eine dringend benötigte Vereinheitlichung der Fachtermini in der Bewertung von Hautkomplikationen durch Pflegeexperten zu ermöglichen. Gleichzeitig soll eine pflegerisch-therapeutische Einschätzung der Hautkomplikation als Ergänzung und Unterstützung einer medizinischen Diagnose mit den vorgestellten Verfahren ermöglicht werden. Die erzielbaren Ergebnisse lassen sich im Rahmen der vorgestellten Methoden jedoch nur bedingt transparent, un-

missverständlich und nachvollziehbar zusammenfassen. Das in Italien entwickelte SACS verspricht hier aufgrund der präzise formulierten Ergebnisse der Bewertung den größten Nutzen für Anwender und Betroffene. Es fehlen allen Scoring-Systemen evidente und validierte Handlungsempfehlungen in Bezug auf das nach der Anwendung erzielte Einschätzungsergebnis und die möglichen Empfehlungen für die Versorgungsanpassung.

Es bleibt somit abzuwarten, welches Messverfahren sich im Alltag der Pflegeexperten durchsetzen wird.

Kein Messverfahren berücksichtigt den präventiven Aspekt.

So wäre es zum Beispiel denkbar, Einschätzungskriterien zu entwickeln, die Pflegeexperten in die Lage versetzen, Stomaträger mit einem zu erwartenden Komplikationsrisiko schnell, sicher und unkompliziert einzuschätzen.

Somit würde sich das Handlungsfeld der Pflegeexperten zukünftig mehr vom curativen in den präventiven Bereich verlagern.

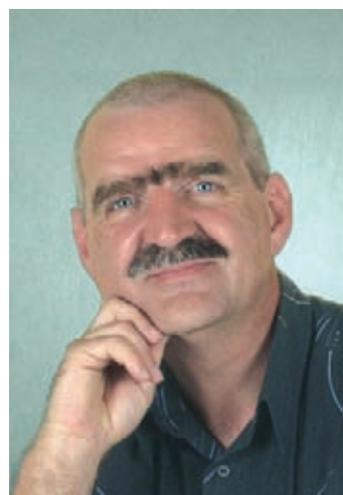
Vielen Menschen könnten bei konsequenter Verfolgung des präventiven Ansatzes unnötige Schmerzen und Belastungen erspart werden.

Literatur:

- (1). **Kann, Early Stomal Complications**, Clin Colon Rectal Surg 2008;21:23–30. Copyright # 2008 by Thieme Medical Publishers, Inc., 333 Seventh Avenue, New York, NY 10001, USA. Tel: +1(212) 584-4662. DOI 10.1055/s-2008-1055318. ISSN 1531-0043.
- (2). **Ratliff, Early Peristomal Skin Complications** Reported by WOC Nurses, Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing: September/October 2010 - Volume 37 - Issue 5 - p 505–510 doi: 10.1097/WON.0b013e3181edac57 Ostomy Care
- (3). **Herlufsen et al, Study of peristomal skin disorders in patients with permanent stomas** P Herlufsen, AG Olsen, B carlsen, H Nybaek, T Karlsmark, TN Laurssen, GBE Jemec British Journal of Nursing 15(16): 854 - 862 (14 Sep 2006)
- (4). **Salvadarena; Incidence of Complications of the Stoma and Peristomal Skin Among Individuals with Colostomy, Ileostomy and Urostomy. A Systematic Review**, in: Journal fo Wound Ostomy and

Continence Nursing, Vol. 35, No 6 (Nov/Dec 2008):596–607

- (5). **Nybaek et al, Skin problems in ostomy Patients: A case-control study of risk factors**, Article first published online: 8 FEB 2010, DOI: 10.1111/j.1468-3083.2010.03566.x © 2010 The Authors. Journal compilation © 2010 European Academy of Dermatology and Venereology Volume 24, Issue 3, pages, 249–257, March 2010
- (6). **Bosio et al, A Proposal for Classifying Peristomal Skin Disorders: Results of a Multicenter Observational Study**, Ostomy Wound Management, 2007; 53(9); 38–43
- (7). **aus Wikipedia, der freien Enzyklopädie** <http://de.wikipedia.org/wiki/Scoring-System> Datum der Recherche: 10.11.2010 um 18 Uhr 25
- (8). **Stoma-Beobachtungsindex Fa. Dansac** http://www.dansac.com/files/miscellaneous/nurses_forum/ostomy%20forum/obs%20index%20long.pdf
- (9). **DET Score Fa. Coloplast** <http://www.coloplast.com/OstomyCare/Topics/EducationTools/TheOstomySkinTool/About/Pages/MoreAboutTheTool.aspx>
- (10). **SACS – Score Fa. Convatec** Informationsmaterial des Unternehmens ConvaTec (Germany) GmbH Radtkoferstraße 2, 81373 München Postfach 70 02 29, 81302 München



Autor:

Werner Droste, Krankenpfleger und Enterostomatherapeut, RbP 59379 Selm
Korrespondenzanschrift: werner.droste@gmx.net
©2010 by Werner Droste

Erster Standard für Klassifikation von Hautläsionen bei Stomaträgern?

ConvaTec stellt einfach zu erlernende und umzusetzende Methode zur Klassifizierung von Hautläsionen vor.

SACS ermöglicht eine einfache und standardisierte Klassifikation von Hautläsionen bei Stomaträgern. Erstmals stellte ConvaTec das Prinzip auf dem WCET in Phoenix Arizona, USA, im Juni 2010 einem globalen Fachpublikum vor, wo es auf breite Zustimmung stieß. SACS steht für „Studio Alterazioni Cutanee Stomali“ (deutsch: Studie zu peristomalen Hautläsionen) und wurde bereits 2007 in Ostomy Wound Management (OWM) veröffentlicht. Die Methode basiert auf zwei simplen Kriterien zur Klassifizierung des Schweregrads der Hautläsion (L) kombiniert mit der topografischen (T) Lagebestimmung. Seit dem Spätsommer 2010 hat ConvaTec bereits mehr als 100 ETs und Fachkräfte in der Stomaversorgung aus Klinik und Nachversorger im Rahmen von Fachforen über SACS informiert und erhielt dabei durchweg positive Rückmeldungen.

Zwei Kriterien machen SACS einfach alltagstauglich

SACS arbeitet mit zwei Klassifikationskriterien: Die L-Kategorien treffen eine Aussage über den Schweregrad der Hautläsion. Die T-Bestimmung beschreibt die topographische Lage der betroffenen peristomalen Region.

mit der im beruflichen Alltag zur Stomaversorgung schnell gearbeitet werden kann. Darüber hinaus eignet sich SACS für statistische Zwecke im Rahmen der Erfassung von postoperativen dermatitischen Früh- und Spätkomplikationen, da es jegliche Subjektivität des Beschreibers eliminiert. Über die gebührenfreie Kundenberatung

L1	Hyperämische Läsion	Rötung bei intakter Haut
L2	Erosive Läsion	Offene, nicht auf subkutanes Gewebe ausgebreitete Läsion; Teilverlust von Hautschichten
L3	Ulcerative Läsion	Offene Läsion, die sich auf subkutanes Gewebe und darüber hinaus ausbreitet; Verlust aller Hautschichten
L4	Ulcerative Läsion mit Nekrose	Verlust aller Hautschichten mit ekrotischem Gewebe
Lx	Proliferative Läsion	Abnormes Wachstum (Granulome, Neoplasma)

Bei mehreren Läsionen unterschiedlicher Ausprägungen erfolgt die Klassifizierung über die schwerwiegendere L-Klasse.

(0800 78 66 200) oder den Außendienst der ConvaTec (Germany) GmbH kann die deutsche Übersetzung der Studie in elektronischer Form sowie ein Prospekt mit detaillierten Informationen, Bildern und Beispielen zu SACS angefordert werden.

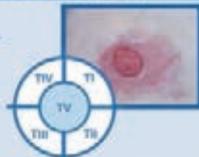
Über ConvaTec

ConvaTec ist ein führendes Unternehmen auf dem Gebiet der Entwicklung und Vermarktung von innovativen medizinischen Technologien, die zu einem besseren Leben für Millionen von Menschen auf der ganzen Welt beitragen. Mittels der vier Hauptgeschäftsbereiche – Stomaversorgung, moderne Wundversorgung, Kontinenz sowie Intensivpflege und Infusionsvorrichtungen – unterstützen die Produkte von ConvaTec medizinisches Fachpersonal vom Krankenhaus, über den niedergelassenen Bereich bis hin zu den Nachversorgerstrukturen. Vom Hauptsitz des Unternehmens in Skillman im USBundesstaat New Jersey aus werden mehr als 8.000 Mitarbeiter in über 90 Ländern beschäftigt, um die Kunden und deren medizinisches Fachpersonal auf sechs Kontinenten zu bedienen.

Für weitere Informationen besuchen Sie bitte www.convatec.de.

S.A.C.S.-Klassifikationsbeispiele

Klassifikation: L2-TV
Offene Läsion, die nicht über das subkutane Gewebe hinausgeht, mit teilweisem Substanzverlust.



Klassifikation: L3 - TII, TIII
Offene Läsion, die über die Dermis hinausgeht, mit teilweisem Substanzverlust.



Klassifikationshinweis:
Bei einem Patienten mit einer L1 in TI + TII und einer L2 in TIII + TIV, ist die Klassifikation L2 TIII, TIV zu wählen. Es muss immer die schwergradigere Klassifikationskategorie verwendet werden.

Die Zuordnung zur betroffenen peristomalen Region erfolgt in Topografiequadranten mit römischen Ziffern nach dem Uhrenprinzip aus der Perspektive des der vor dem Patienten stehenden ET/ Pflegefachkraft (Kopf des Patienten bei 0/12 Uhr).

- T I = 0 - 3 Uhr
- T II = 3 - 6 Uhr
- T III = 6 - 9 Uhr
- T IV = 9 - 12 Uhr
- T V = 0 - 12 Uhr

München, 17.11.2010 – SACS wurde auf Grund der Initiative einer italienischen Studiengruppe aus 7 Pflegeexperten für Enterostomatherapie und 4 Chirurgen entwickelt. Ziel war es, eine einfache und einheitliche Terminologie zur Klassifizierung von peristomalen Hautläsionen zu schaffen. Die Studie wurde im Zeitraum von 3 Jahren an 8 italienischen Studienzentren durchgeführt und wurde von der AIOSS befürwortet (Mitglied im ECET und WCET). Im letzten Jahr (2009) folgte die Validierung durch die amerikanischen Pflegeexperten.

Durch seine klare Aufteilung sowie die einfache und schnelle Handhabung eignet sich SACS gut zur objektiven Weitergabe von Informationen bezüglich des Zustands der peristomalen Haut an ETs, Pflegeexperten, allgemeine Pflegekräfte, Chirurgen und Nachversorger. Auch bei der Vermittlung des Sachverhaltes an Kostenträger kann mit diesem Tool gearbeitet werden, da keine aufwändigen Schulungen für den Einsatz von SACS nötig sind.

SACS soll keinen Ersatz für eine Wundbeschreibung darstellen, sondern eine universelle Terminologie ins Leben rufen,

Die Beurteilung der peristomalen Haut – Wie gut ist gut?

Oder anders herum gefragt, wie geschädigt ist zum Beispiel eine „leicht irritierte“ peristomale Haut wirklich?

Eine gesunde peristomale Haut ist für den Stomaträger von großer Wichtigkeit. Hautkomplikationen um das Stoma herum können nicht nur zu Schmerzen für den Stomaträger, sondern in vielen Fällen auch zu einer verminderten Haftung oder Anpassung der Versorgung führen. Bei nicht behandelten peristomalen Hautkomplikationen könnte im schlimmsten Falle sogar eine Neuanlage des Stomas notwendig werden.

Umso wichtiger ist es, die peristomale Haut zu beobachten, um bei Auffälligkeiten schnell Maßnahmen einzuleiten.

Bisher keine einheitliche Beurteilung der Haut

Die Betreuung von Stomaträgern in Deutschland ist durch hoch qualifizierte Stomatherapeuten im Krankenhaus und ein flächendeckendes Homecare-Netz sehr gut gewährleistet. Dies ist ganz besonders auch deshalb wichtig, da Stomaträger Hautkomplikationen oft selbst nicht als solche erkennen.¹

Trotz der großen Bedeutung einer gesunden, peristomalen Haut gab es lange Zeit keine standardisierte Bewertungsmethode. Die Beurteilung des peristomalen Hautzustandes hing daher stark von der subjektiven Einschätzung jeder Fachkraft ab. Die Vergleichbarkeit unterschiedlicher Bewertungen war nur unzureichend möglich.

Um eine einheitliche, vergleichbare Beurteilung der peristomalen Haut zu ermöglichen, entwickelte Coloplast in Zusammenarbeit mit einer internationalen Arbeitsgruppe, bestehend aus Stomatherapeuten, einen Hautuntersuchungsbogen.

¹Vgl. Coloplast Dialogue Study Humlebaek, DK 17505

Der DET-score

Der DET-score (D = Discolouration [Farbveränderung], E = Erosion, T = Tissue overgrowth [Hypergranulation]) macht eine standardisierte Beurteilung der peristomalen Haut möglich.

Zur Beurteilung der peristomalen Haut erachteten die involvierten Fachexperten folgende Kriterien als bedeutsam: Die Farbveränderung der peristomalen Haut, die Erosion und mögliche Hypergranulation.

Um die Ausprägung dieser Kriterien zu beurteilen und später eine numerische Bewertung des Hautzustandes zu erhalten, gehen Sie wie folgt vor:

Zunächst stellen Sie für jede der oben genannten Kriterien die Größe der betroffenen Fläche fest. Maßgeblich hierfür ist die von dem Hautschutz der Stomaversorgung abgedeckte Fläche der Haut. Je größer der Anteil der peristomalen Haut ist, der jeweils von der Farbveränderung, Erosion oder Hypergranulation betroffen ist, desto mehr Punkte werden jeweils vergeben.

Betroffene Fläche	Punktzahl
Nicht betroffen	0
< 25%	1
25–50%	2
> 50%	3

Tabelle 1: Bewertung der betroffenen Fläche

Anschließend bewerten Sie, wie stark das einzelne Kriterium ausgeprägt ist. Für eine schwache Ausprägung ist ein Punkt zu vergeben, für eine starke Ausprägung zwei Punkte.

Abbildung 1 zeigt ein Beispiel für die Bestimmung der von einer Farbveränderung betroffenen Fläche. In diesem Fall ist zwischen 25 und 50% der vom Hautschutz abgedeckten Fläche von der

Farbveränderung betroffen. Dies bedeutet, dass eine Punktzahl von 2 vergeben wird.

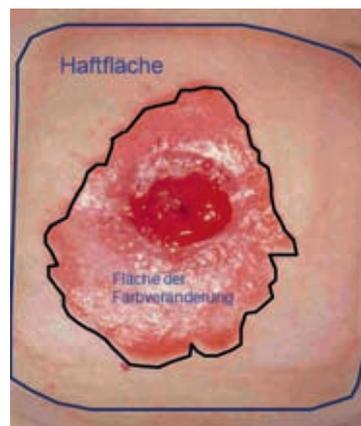


Abbildung 1: Fläche der Farbveränderung

Als nächstes wird der Schweregrad bestimmt. Eine leichte Rötung oder andere leichte Farbveränderung der peristomalen Haut ist mit der Punktzahl eins zu bewerten. Liegt eine tiefe Rötung vor oder ist die Haut stark aufgeweicht, was zu weiteren Komplikationen führen könnte, wird für den Schweregrad der Farbveränderung die Punktzahl zwei vergeben. Im Beispiel wird der Schweregrad aufgrund der starken Ausprägung mit der Punktzahl zwei bewertet. So ergibt sich für den Bereich Farbveränderung folgender Gesamtwert:

Bereich der Farbveränderung	Betroffene Fläche	Punktzahl
Schweregrad	Punktzahl	2
Insgesamt	Punktzahl	4

Tabelle 2: Beispiel Farbveränderung

Selbige Bewertung wird anschließend für die Bereiche „Erosion“ und „Hypergranulation“ durchgeführt.

Auswertung

Ist die peristomale Haut von keiner Farbveränderung betroffen, so ist der Wert 0 und die Haut ist gesund.

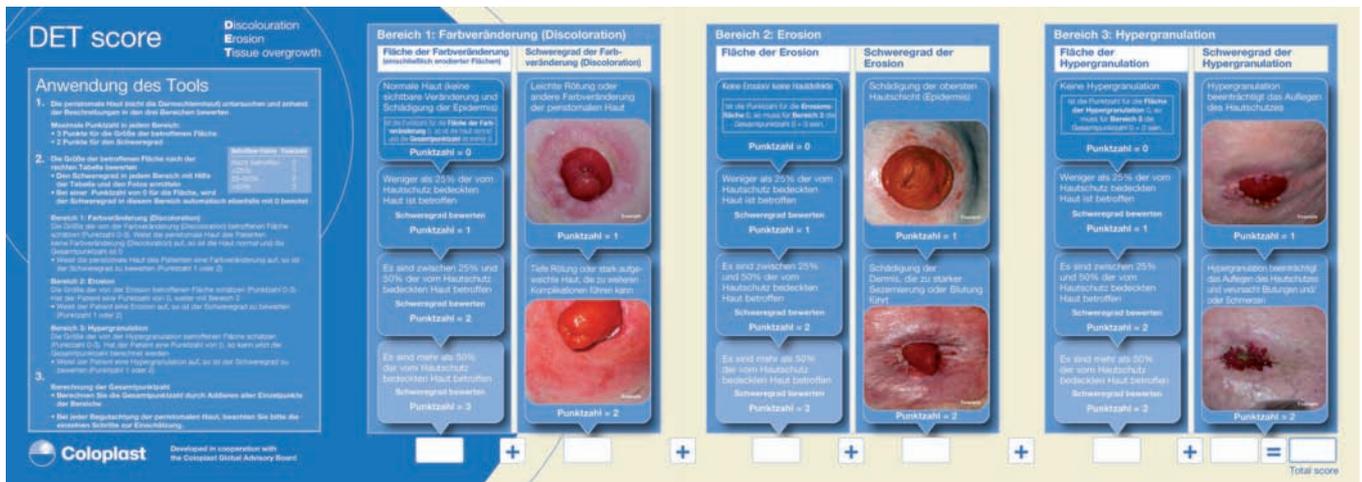


Abbildung 2: DET-score

Umso schwerer die Hautirritation oder -komplikation ist, desto größer ist der Wert. Der maximale Wert beträgt 15. In diesem Fall sind alle Kriterien stark ausgeprägt und jeweils über 50% der vom Hautschutz bedeckten Haut ist betroffen. In diesem Fall sind Maßnahmen unbedingt einzuleiten. Auf der Rückseite des DET-scores befindet sich eine Diagnose-Tabelle. Diese kategorisiert die Beobachtungen und gibt Hinweise darauf, um was für eine Irritation oder Komplikation es sich handeln könnte.

Anhand des DET-score ist es möglich, die Haut zu einem bestimmten Zeitpunkt mit einer Punktzahl zu bewerten. Wird diese Bewertung zu einem späteren Zeitpunkt erneut durchgeführt, so kann beispielsweise eine Verbesserung des Hautzustandes dokumentiert werden.

Positive Reaktionen aus der Praxis

Während der Coloplast DialogStudie setzten in Deutschland 48 Pflegekräfte den DET-score ein. Die Rückmeldung der Pflegekräfte bestätigt, dass durch die klare Struktur des DET-score eine einheitliche Bewertung der Haut praktisch und schnell durchführbar ist.

„Am DET-score finde ich besonders gut, dass ich von mir eingeleitete Maßnahmen überprüfen kann. Bei einer meiner Patienten habe ich bei der ersten Bewertung eine Punktzahl von 5 festgestellt und eine irritative Kontaktdermatitis diagnostiziert. Daraufhin habe ich eine Hautschutzcreme eingesetzt und 8 Wochen später die Bewertung nochmals durchgeführt. Die Punktzahl sank von 5 auf 3. So kann ich den Erfolg der von mir ergriffenen Maßnahme nachweislich dokumentieren“, schildert eine Anwenderin des DET-score.

Der standardisierte Bewertungsbogen ermöglicht nicht nur eine bessere Dokumentation, sondern unterstützt auch dabei, den Bedarf an mehr Ressourcen in der Pflege zu erklären.

Zudem eignet sich die Methode zur Fort- und Weiterbildung von Pflegenden. Im klinischen, sowie im außerklinischen, Bereich kann der Bewertungsbogen die Kommunikation zwischen verschiedenen Bereichen oder bei Übergaben erleichtern.

Ausblick

Bei dem DET-score handelt es sich um ein validiertes Instrument zur einfachen

und strukturierten Beurteilung der peristomalen Haut.

Um den DET-score unkompliziert und schnell für eine breite Basis zugänglich zu machen, stellt die Fa. Coloplast diesen kurzfristig auch als webbasierte Version zur Verfügung. So kann der DET-score zukünftig ganz einfach über das Internet genutzt werden.

Für Interessierte ist der DET-score bisher in Papierversion über die Firma Coloplast zu beziehen.



Ines Faber,
Market Manager, Stomaversorgung,
Coloplast GmbH
Kontakt:
Tel.: 0 40 – 66 98 07 355
E-Mail: deifa@coloplast.com

MAXIMALE QUALIFIZIERUNG FÜR MAXIMALEN ERFOLG

Jetzt anmelden zu den maxQ. Weiterbildungen in Frankfurt am Main

- **Pflegeexperte/in Stoma - Inkontinenz - Wunde** in Kooperation mit dem DVET Fachverband Stoma und Inkontinenz e.V. Beginn: 12.09.2011 (berufsbegleitend)
- **Qualitätsmanagement** Beginn: 10.10.2011 (berufsbegleitend)
- **Case Management (GZCM Zertifikat)** Beginn: 26.05.2011 (berufsbegleitend)

Weitere Informationen erhalten Sie unter: **maxQ. im bfw – Unternehmen für Bildung**
Niddastraße 98-102 · 60329 Frankfurt/Main
Tel.: 069. 24260530 oder frankfurt@maxq.net · www.maxq.net



01. April 2011 – 13. April 2012
Fachkraft für Pflegeberatung und Pädagogik (VZ)
26. Mai 2011 – 21. April 2012
Case Manager/in (GZCM Zertifikat) (BB)
16. August 2011 – 01. März 2012
Fachberater/in für Prävention und Gesundheitsförderung (IHK) (BB)
12. September 2011 – 14. Juni 2013
Pflegeexperte/in Stoma – Inkontinenz – Wunde (BB)
in Kooperation mit dem DVET Fachverband maxQ. im bfw – Unternehmen für Bildung.
 Niddastr. 98 – 102
 60329 Frankfurt/M. / Tel.: 0 69-24 26 05 30



15. März 2011 in Dornstadt
Wundexperte ICW
09. Mai 2011 in Dornstadt
Pflegeexperte Stoma, Inkontinenz, Wunde
10. Mai 2011 in Dornstadt
Palliative Care
19. September 2011 in Stuttgart
Wundexperte ICW
05. Dezember 2011 in Dornstadt
Wundexperte ICW – AufbauSeminar
 Infos: Diakonisches Institut für soziale Berufe
 Bodelschwingweg 30, 89160 Dornstadt
 Tel.: 07348-98740 – Fax: 07348-987430
 info@diakonisches-institut.de
 www.diakonisches-institut.de
 Desweiteren bieten wir ICW Rezertifizierungsveranstaltungen an. www.di-dornstadt.de



23.–25. Juni 2011
14. Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.
 Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
 Markt 8
 07743 Jena
 Telefon +49 (0)3641 35 33 13
 Telefax +49 (0)3641 3 53 32 72
 dgfw@conventus.de
 www.conventus.de
 www.wunde-wissen.de



Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe DBfK e.V.
 Bundesverband
 Salzufer 6 – Eingang Otto-Dibelius-Str.,
 10587 Berlin
 Tel.: 030/219157-0
 dbfk@dbfk.de – www.dbfk.de



Deutsche Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V.
 Geschäftsstelle: c/o Brigitte Nink-Grebe
 Glaubrechtstraße 7, 35392 Giessen
 Tel.: 0641/6868518
 dgfw@dgfw.de – www.dgfw.de



Initiative Chronische Wunden e.V.
 Geschäftsstelle: Brambusch 22, 44536 Lünen
 Tel.: 0231/7933121 – www.icwunden.de



Berufsverband Kinderkrankenpflege Deutschland e.V.
 Geschäftsstelle:
 Janusz-Korczak-Allee 12, 30173 Hannover
 Tel.: 0511/282608
 Bv-Kinderkrankenpflege@t-online.de



maxQ. im bfw – Unternehmen für Bildung
 Niddastr. 98-102, 60329 Frankfurt/M
 Tel.: 069/24260532 – www.maxq.net



Wannsee-Akademie
 Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin
 Tel.: 030/80686-041
 www.wannseeakademie.de

Mitgliedsverbände



Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung e.V.
 Bundesgeschäftsstelle:
 Paracelsusstraße 15, 51375 Leverkusen
 Tel.: 0214/87608-0
 Fax: 0214/87608-88
 info@dccv.de – www.dccv.de



Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
 Geschäftsstelle:
 Friedrich-Ebert-Straße 124, 34119 Kassel
 Tel.: 0561/780604
 www.kontinenzgesellschaft.de



Deutsche ILCO e.V.
 Bundesgeschäftsstelle:
 Thomas-Mann-Straße 40, 53111 Bonn
 Tel.: 0228/338894-50
 info@ilco.de – www.ilco.de



ECET – Deutschland e.v.
 Geschäftsstelle:
 Friedenspromenade 33a, 81827 München
 Tel.: 089/72488875 – www.ecet.de



Gesellschaft zur Rehabilitation bei Verdauungs- und Stoffwechselstörungen GRVS e.V.
 Geschäftsstelle:
 Ketterberg 2, 97980 Bad Mergentheim
 Tel.: 07931/591-569
 postmaster@grvs.de – www.grvs.de

Extravaskuläre Faktoren für Wundheilungsstörungen beim Ulcus Cruris

1. Einleitung

Die erfolgreiche Therapie chronischer Wunden stellt komplexe Anforderungen an das therapeutische Team. Mit kriminologischer Genauigkeit müssen die Gründe der Wundheilungsstörung erfasst und eliminiert werden, um diese Wunden erfolgreich zu behandeln. Heilt nun eine chronische Wunde trotz Kausaltherapie nicht ab, so muss weiter nach Ursachen der Wundheilungsstörung gesucht werden. Das Ulcus Cruris ist die häufigste chronische Wunde, der verschiedene Ursachen für die Störungen der Wundheilung zugrunde liegen. Auslösende Faktoren sind überwiegend vaskuläre Grunderkrankungen. Hierbei ist die Chronisch Venöse Insuffizienz hauptsächlich Ursache der Wundheilungsstörung. Diese Ursache wird jedoch sehr häufig begleitet durch verschiedene Faktoren, die die Wundheilung zusätzlich beeinträchtigen. Einen Überblick, welche Faktoren einflussnehmend sein können und in welchem Zusammenhang diese ggf. miteinander stehen, soll der folgende Artikel darstellen.

2. Hauptteil

Stellen vaskuläre Veränderungen den grundlegenden Teil der Wundheilungsstörung bei der Entstehung eines Ulcus Cruris dar, so werden diese jedoch von unterschiedlichen Begleitfaktoren in ihrer, ein Ulcus begünstigender, Tätigkeit unterstützt. Ödeme, Entzündungen und Infektionen, Schmerzen, Medikamente, Malnutrition, Depression und Einschränkungen in der Gelenkfunktion sind u.a. häufige limitierende Einflüsse einer „regelrechten“ Wundheilung.

a. Ödeme

Ödeme sind Ansammlungen von Flüssigkeiten im Interstitium, dem Zellzwischenraum.

Die Hintergründe zur Ansammlung von interstitiellen Flüssigkeiten sind verschieden. So kommen Entzündungsreaktionen, sowie lymphatische, orthopädische, therapeutische, vaskuläre, kardiologische Ursachen, wie auch verschiedene Erkrankungen anderer Organsysteme in Betracht.

Entzündungen als Ursache der Ödeme

Durch Virchow bereits als Kardinalsymptom einer Entzündung benannt, entsteht das Ödem durch eine gesteigerte vaskuläre Permeabilität, ausgelöst durch einen entzündlichen Herd im Gewebe. Das Ödem erfüllt hierbei durchaus verschiedene Aufgaben, wie den Transport verschiedener Abwehrzellen zum Entzündungsherd, Verdünnen der Noxen am Ort akuter Entzündungsreaktionen und Aufbau einer „Distanzbrücke“ zum Gefäßsystem, um den Organismus vor dem weiteren Einflussnehmen der Noxen in anderen Organsystemen zu schützen.

Lymphatische Ursachen der Ödeme

Das Lymphsystem hat in der Bedeutung von chronischen Wunden und deren Behandlung mittlerweile einen hohen Stellenwert erlangt. So besteht deren Hauptaufgabe im Abtransport intersti-



Bild 1

eller Flüssigkeiten und geringer Mengen an Proteinen aus dem Gewebe zurück in das Gefäßsystem (!). Dieser Rückweg kann mechanisch verlegt sein, u.a. aufgrund einer onkologi-



Bild 2 – Spitzfuß – Gang als Zeichen einer funktionellen Gelenkstörung

schen Erkrankung. Weiterhin kommen Störungen in Betracht, die den lymphatischen Abtransport nicht mehr gewährleisten und somit zu Lymphabflussstörungen und Lymphstauungen führen (Bild 1).

Orthopädische Ursachen der Ödeme

Gelenke haben im Zusammenspiel mit Bändern und Muskeln die Aufgabe, Bewegung möglich zu machen. Hierbei wird das Gangbild bereits durch kleinste Einschränkungen in der Funktion der Gelenke der unteren Extremität beeinflusst (Bild 2, Bild 3). Entscheidend für die freie Beweglichkeit der unteren Extremität ist die Mobilität von den kleinen Gelenken im Fuß, dem Sprunggelenk, dem Knie- bis hin zum Hüftgelenk. Treten funktionelle Störungen der Gelenkbeweglichkeit auf, sind die Folgen weitreichend und möglicherweise ursächlich für Wundheilungsstörungen. So sind Bewegungen des Sprung- und Kniegelenks beim Gehen unerlässlich für die funktionelle Tätigkeit der Waden-



Bild 3 – Hornhautbildung als Zeichen einer Fehlbelastung

muskulatur. Durch diese wird der venöse und lymphatische Rückfluss maßgeblich unterstützt.

Therapeutische Ursachen der Ödeme

Auch die Therapie an sich kann ursächlich für die Entstehung von Ödemen sein. So haben Medikamente Ödemneigungen als bekannte Neben- oder Wechselwirkung. Weiterhin können therapeutische Versuche mit verschiedenen Lokaltherapeutika eine Allergisierung der Haut zur Folge haben (Bild 4), was auf das Ödem begünstigend wirkt. Dies muss wiederum im eigentlichen Sinne einer Entzündungsreaktion zugeschrieben werden.



Bild 4



Bild 5

Auch eine inadäquate Versorgung, z.B. durch zirkuläre Wicklungen von Verbänden und -fixierungen (Bild 5) kann den venösen und lymphatischen Abfluss mechanisch beeinträchtigen.

Kardiologische und andere Erkrankungen als Ursache der Ödeme

Als Ursache der Ödeme kommen ebenso Allgemeinerkrankungen wie Herzinsuffizienz, Erkrankungen der Leber, der Nieren, des Darmes

oder Ernährungsstörungen in Betracht (2). Dies muss auch Berücksichtigung finden, da nur durch eine erfolgreiche Therapie der Grunderkrankung die die Ulzeration unterhaltene, Wundheilungsstörung behandelt wird.

b. Entzündungen und Infektionen

Die Entzündung nimmt auf unterschiedlichen Wegen Einfluss auf die Wundheilung. Im physiologischen Ablauf der Wundheilungsphasen durchaus zweckdienlich, ist die Entzündungsreaktion in chronischen Wunden prologiert.

Dies führt in der Folge zu einer Reihe pathologischer Störfaktoren in der Wundheilung. Zum einen bildet sich im Rahmen der Entzündung ein Ödem aus, welches die vaskulär-intrazelluläre Distanz verlängert. In der akuten Phase sinnvoll, um wie beschrieben, toxische Stoffe aus dem Organismus fernzuhalten, beinhaltet dies eine Diffusionsbarriere für Nährstoffe aus dem Gefäßsystem nach intrazellulär und im Gegensatz dazu einen gestörten Abtransport von toxischen Stoffwechselendprodukten durch das Gefäß- und Lymphsystem. Mit der Folge, dass die Stoffwechselendprodukte am Ort der Entzündung diese Reaktion unterhalten.

Eine weitere Problematik ergibt sich aus der Rötung, einem weiteren Kardinalsymptom der Entzündungsreaktion. Als sichtbares Symptom einer vasalen Reaktion, beinhaltet diese drei entscheidenden Faktoren einer Unterversorgung mit Nährstoffen (Tab. 1).

Die Infektion nimmt ihrerseits Einfluss auf die Wundheilung. Zum einen beinhaltet sie die Entzündungsreaktion mit ihren pathologischen Faktoren für Wundheilungsstörungen, zum anderen bilden Bakterien mit lokal pathologischen Eigenschaften sogenannte Biofilme aus.

Diese Biofilme stellen eine Schleimmatrix dar, welche die Bakterien vor Einflüssen wie Abwehrzellen, Desinfektionsmittel oder Antibiotika schützen und die Heilung signifikant beeinträchtigen. Eine Besiedlung chronischer Wunden

Ursachen für Schmerzen in Wundregionen

Ursachen für Schmerzen in Wundregionen

Ruheschmerz einer pAVK
Schmerzen durch Entzündung
posttraumatischer Schmerz
Schmerzen durch freiliegende Nervenenden an der Wundoberfläche
Schmerzerinnerung an Verbandwechsel
Schmerzen durch Verbandwechsel
Gelenkschmerzen orthopädischer Genese
Irritationsschmerz durch Manipulationen oder Debridement
konservative Wundversorgung

Tabelle 2

mit Bakterien darf aber keineswegs generell als wundheilungsstörend betrachtet werden, da eine symbiotische Interaktion noch nicht geklärt ist.

c. Schmerzen

Das Warnsignal „Schmerz“ ist ein bedeutender Faktor innerhalb der Wundheilung und darf nicht verunglimpft

Vasale Reaktionen während der Entzündung

Phase	Vasale Reaktion	Folge
1	adrenalininduziert Konstriktion von prä- und postkappillären Sphincter	Ischämie
2	Zytokine und Ischämie bewirken die Öffnung der Sphincter	erhöhte Perfusion mit einer Reduktion der Diffusionszeit für Nährstoffe
3	Schließen des postkappillären Sphincters mit Stase und Thrombosierung	weitere Ausprägung der Ischämie

Tabelle 1

Bilder, Grafiken und Tabellen: Manfred Kunkel



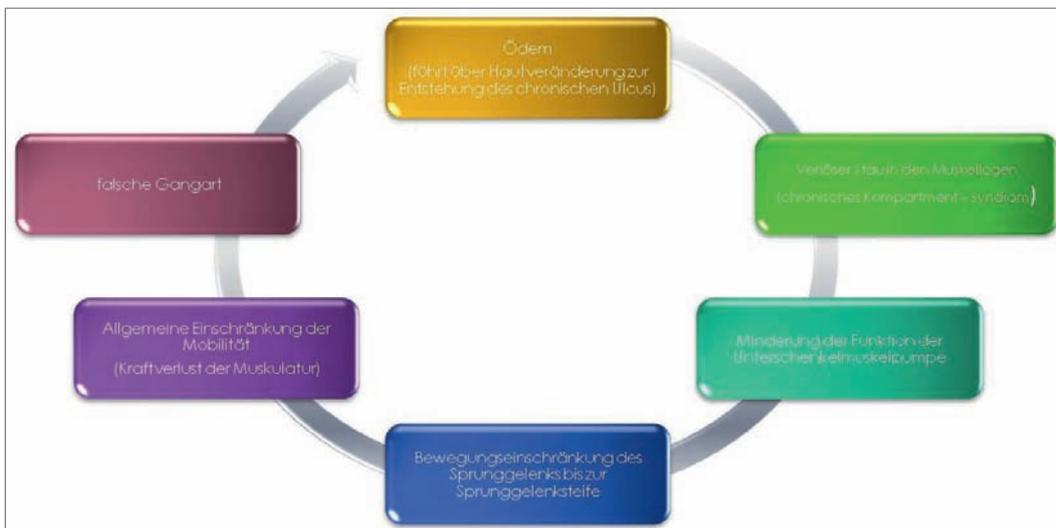
Linie wird der Patient die „neue“ Therapie dafür verantwortlich machen, dass es „weh tut“. In der Erinnerung des Erlebten des Patienten wird er zuvor „Erlern-tes“ reflektieren, er wird sich sagen, früher hat mir dies oder jenes auch geholfen und „da hat es auch nicht so weh getan!“

werden. „Solche Wunden dürfen weh tun“ oder „Wunden tun nun einmal weh“ sind Aussagen, die in der modernen Strategie zur Wundversorgung nicht mehr zeitgemäß erscheint. Natürlich schmerzen Wunden aus unterschiedlichen Gründen (Tab. 2), jedoch beinhalten moderne Versorgungsstrategien ein exzellentes Schmerzmanagement. Eine ungenügende Analgesie schränkt die Wundheilung über ein zu tolerieren-des Maß ein. So wird schmerzbedingt der Patient möglichst keine Bewegun-

gen zulassen, die für den venösen und lymphatischen Abfluss notwendig wäre. So wird der Patient ebenso wenig einer notwendigen Manipulation, z.B. einem erforderlichen Debridement, zustimmen. Weiterhin wird sich der Schmerz auf das Stimmungsbild des Betroffenen auswirken. Ist die Analgesie unzureichend, wird die Motivation des Patienten zur Teilnahme am Therapiekonzept erschwert. Die Compliance wird abnehmen, da der Betroffene alles aus seiner Sicht erdenklich Mögliche tun wird, das die Schmerzen nachlassen. In erster

d. Malnutrition

Vor allem im geriatrischen Bereich häufig auftretend ist die Malnutrition, ein häufig unerkannter Faktor für Störungen in der Wundheilung. Die Ursachen und Risikofaktoren sind verschieden. Kaum beachtet erscheint die Tatsache, dass gerade bei großen Defekten ein erhöhter Bedarf an Nährstoffen gedeckt werden muss. So sind der Bedarf an Proteinen, den Vitaminen A, B6, B 12, C, E und K, sowie der Spurenelemente Eisen und Zink um ein mehr- bis vielfaches der täglichen „Normaldosis“ erhöht. Weitere Beachtung müssen in diesem Rahmen natürlich auch die zehrenden Erkrankungen finden. Kann der Betroffene den Bedarf an Nährstoffen nicht decken, so kann es je nach Mangel zu Wundheilungsstörungen von der Reinigungs- bis zur Epithelisierungsphase kommen.



e. Depressive Stimmungslage – psychosoziale Faktoren

Allein durch negatives Erleben seiner Erkrankung, ausgelöst durch frustrane Therapieversuche wird eine Motivation des Betroffenen schwierig. Viele Patienten haben schon unzählige Versuche unternommen, die bestehenden Wunden zur Abheilung zu bringen. In der Konse-

- Inappetenz
- Eiweißarme Ernährung
- Eiweißlose Ernährung
- Fleischlose Ernährung
- Depression, Psychosen, Demenz
- Krankheiten im Magen – Darm – Trakt
- Soziales Umfeld (Vereinsamung, Sozialer Rückzug)

quenz jedoch bleibt die grundsätzliche Problematik bestehen. Der Betroffene erwartet eine baldige Genesung mit rasch erlebbaren Heilungsfortschritten. Bleiben diese für ihn aus, wird er weiterhin „selbst“ versuchen, die Wunde zur Abheilung zu bringen. Pflegekräfte erleben dies als Manipulation oder Noncompliance des Patienten. Auch die sozialen Aspekte einer pflegerischen Intervention, gerade im Bereich der häuslichen Pflege, wo der „Besuch“ der Pflegekraft häufig die einzigen sozialen Kontakte zur Außenwelt darstellen, muss in diesem Rahmen berücksichtigt werden. So sind Verlustängste dieser „letzten“ sozialen Bindung zur Umwelt, als Multiplikator für Manipulationen in Betracht zu ziehen.

f. Einschränkungen der Gelenkfunktion

Die freie Beweglichkeit der Gelenke der unteren Extremität ist aus therapeutischen Gründen unerlässlich. So führt eine Bewegungseinschränkung zu Fehllagen und Veränderungen im Gangbild. Dies hat zur Folge, dass die Wadenmuskel – Pumpe nicht mehr ausreichend funktioniert. Lymphabflussstörungen und venöse Stauungssyndrome sind zu beobachten. Ödembildung, Einschränkungen der Gelenkbeweglichkeit bis zur Gelenksteife, Muskelschwäche sind die Folge. Ein Kreislauf, der ohne einen gezielten therapeutischen Eingriff nicht durchbrochen werden kann.³

3. Diskussion

Der aufmerksame Leser wird sicherlich den Diabetes mellitus als den, die Wundheilung störenden Faktor des Ulcus Cruris vermissen. Dessen ist sich der Autor durchaus be-

wusst, jedoch wurde prioritär nach den extravaskulären Faktoren geschaut. In der Kombination eines Ulcus Cruris beim Patienten mit Diabetes mellitus wird die Komplexität der Therapie so multifaktoriell, dass diese Kombination einer besonderen Betrachtung bedarf. Eingehend auf das Krankheitserleben eines Patienten muss gerade auf dem Gebiet der psychosozialen Aspekte ein Umdenken stattfinden. Das Krankheits-erleben des Patienten wird auch heute bestimmt dadurch, dass anfänglich der Betroffene einen Selbstheilungsversuch unternehmen wird. Sofern dieser scheitert, oder auch parallel hierzu, findet das Suchen nach Rat im sozialen Umfeld, z.B. bei Verwandten und Freunden statt. Hat auch dieses Hilfeersuchen nicht den

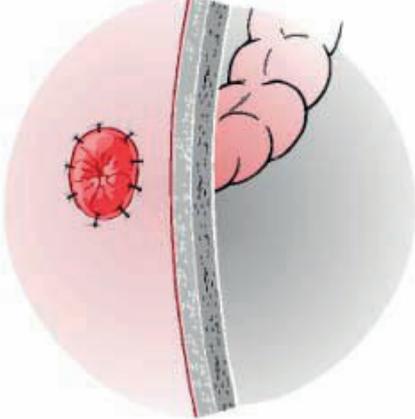
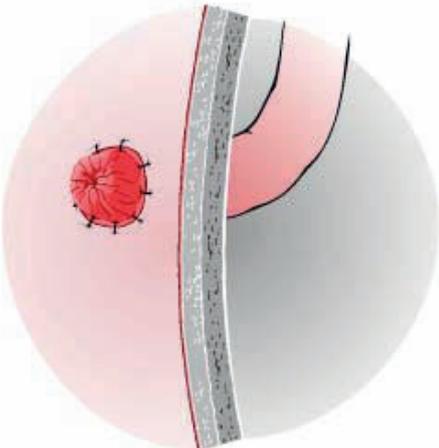
Hochzahl	Quelle
1	Jecklin: „Arbeitsbuch Anatomie und Physiologie für Pflege- und andere-Gesundheitsberufe“ 11. Auflage 2001; Urban & Fischer Verlag München, Jena; ISBN: 3-437-45751-9; S. 229
2	Epstein, Perkin, Cookson, de Bono: „Anamnese und Untersuchung – auf einen Blick“ 1. Deutsche Auflage 2004; Urban & Fischer Verlag München, Jena; ISBN: 3-437-41083-0; S.29
3	Stritecky: „Diagnostik und Therapie der Krampfadern“ 2004, Thieme Verlag Stuttgart; ISBN: 3-13-139041-7, S.4
4	Hartmann "WundForum" Ausgabe 4/2007, "Malnutrition und Wundheilung beim geriatrischen Patienten" W.O.Seiler, S. 10-11
5	Hornung/ Lächler: „Psychologisches und soziologisches Grundwissen für Krankenpflegeberufe – Ein praktisches Lehrbuch“ 8. Überarbeitete Auflage 1999, BELTZ Psychologie Verlags Union Weinheim; ISBN: 3-621-27407-3; S. 33 – 36

erwünschten Erfolg gebracht, sucht der Patient einen ersten medizinisch – fachlichen Rat bei Pflegekräften oder auch dem Apotheker. Letztendlich wird der Patient sein Anliegen beim Haus- oder Facharzt vortragen (5). Dies stellt aus der heutigen Sichtweise des Patienten die letzte Instanz dar. Findet der Patient hier keinen Rat mehr, wird er der Illusion beraubt, geheilt

werden zu können. Da die Wundheilung multifaktoriell beeinflusst wird und die Wunde sich leider nicht in eine medizinische Fachrichtung pressen lässt, ist die interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit für einen erfolgreichen Heilungsabschluss unerlässlich. Bezüglich des Krankheitserlebens bedeutet dies, eine Verschmelzung der letzten beiden „Stufen“ des Hilfeersuchens. Eines muss grundsätzlich im Umgang mit dem Krankheitserleben erlernt werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit akademischer und nichtakademischer Professionen auf Augenhöhe, bei denen die Aufgaben klar verteilt sind und die Leistungen der „anderen“ Profession als wichtige und wertvolle Ergänzung zum eigenen Handeln betrachtet werden. Häufig werden Expertenmeinungen aus der Erfahrung des Einzelnen verfasst. Gelingt es, diese Expertenmeinungen aller beteiligten Fachdisziplinen und Professionen koordiniert in Einklang zu bringen, in der die medizinischen, pflegerischen und therapeutischen Maßnahmen in einer sinnvollen Reihenfolge priorisiert werden, wird die Heilungsrate sich signifikant erhöhen. Dies fördert nicht nur die Patientenzufriedenheit, sondern auch die Zufriedenheit des therapeutischen Teams. So darf es als überholt betrachtet werden, dass physiotherapeutische

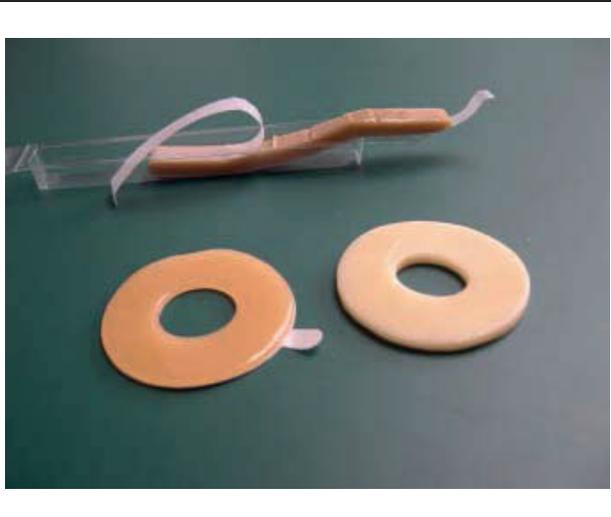
Maßnahmen, wie gelenkmobilisierende Krankengymnastik oder Lymphdrainage erst nach Abschluss der Wundheilung eines Ulcus Cruris durchgeführt werden können.

Manfred Kunkel
Aidlingerstrasse 18/1
71134 Aidlingen
www.wunde-kunkel.de

<p>Doppelläufig</p>	<p>Vorübergehend, für eine gewisse Zeit (wird auch genannt temporär, protektiv) Doppelläufige Stomata können im Dünn- oder Dickdarm angelegt werden. Ziel dieses Stomas ist meistens der Anastomosen-Schutz. Eine Darmschlinge wird durch eine Bauchdeckenöffnung gezogen und über das Hautniveau mobilisiert. Die Vorderwand dieser Schlinge wird eröffnet, so dass sich zwei Öffnungen des Darmes ergeben. Unter dieser Darmschlinge liegt für ungefähr 10 Tage ein Reiter (siehe Reiter), damit sich die Darmschlinge nicht in die Bauchdecke zurückzieht.</p>
<p>Endständig</p>	<div style="text-align: right;">  <p>(Dickdarm)</p>  <p>(Dünndarm)</p> </div>

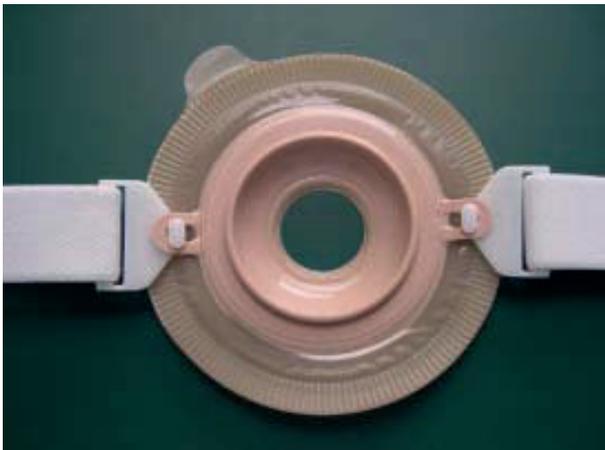
Anhang 4: Stomamaterial

	<p>Einteiliges System mit geschlossenem Beutel für geformten und breiigen Stuhlgang (meist bei Colostoma)</p>
	<p>Einteiliges System mit Ausstreifbeutel für dünn-/dickflüssigen Stuhlgang (meist bei Ileostoma)</p>
	<p>Zweiteiliges System mit geschlossenem Beutel für geformten und breiigen Stuhlgang (meist bei Colostoma)</p>

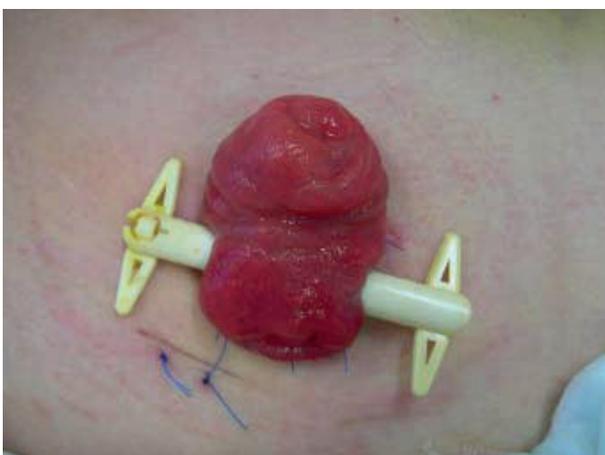
	<p>Zweiteiliges System mit Ausstreifbeutel für dünn-/dickflüssigen Stuhlgang (meist bei Ileostoma)</p>
	<p>Hautschutzpasten</p>
	<p>Hautschutzringe, Modelliermasse</p>



Konvexe Platte



Konvexe Platte mit „Gürtli“



Reiter (Ileostoma)



Priv.-Doz. Dr. Joachim Dissemond und Prof. Dr. Raymund E. Horch (Hrsg.)

Vakuumtherapien akuter und chronischer Wunden – praktische Durchführung und wissenschaftliche Hintergründe

Die Vakuumtherapie ist ein modernes und für die Behandlung akuter und chronischer Wunden kaum mehr verzichtbares Hilfsmittel geworden. Das ausgesprochen vielfältige Einsatzgebiet in den verschiedenen medizinischen Disziplinen wird in diesem Buch praxisnah dargestellt. Zahlreiche Abbildungen und jede Menge "Tipps und Tricks" aus dem klinischen Alltag der Experten veranschaulichen den Umgang mit unterschiedlichen Vakuumsystemen und besonderen Wundsituationen. Nicht zuletzt findet der Leser auch Wissenswertes über die aktuelle Evidenzlage der Vakuumtherapie in den diversen Indikationsgebieten und die ökonomischen Aspekte beim Einsatz dieses Verfahrens.

UNI-MED Science
1. Auflage 2007
Umfang: 112 Seiten
150 Abbildungen
Hardcover
ISBN : 978-3-8374-1002-0
Euro 39,80

HIER könnte auch IHR Buchbeitrag veröffentlicht werden.

Bei Interesse fordern Sie doch bitte unsere aktuellen Daten an unter:

dvet@gmx.de



Ulrike Dusowski, Petra Haslinger, Silke Jeltsch, Sabine Kühlein, Wolfgang Übler, Karin Urban
Nr. 10 · 07/2010
Projektarbeit der angehenden Pflegeexperten für Stoma - Inkontinenz - Wunde im Diakonischen Institut Dornstadt

Puppentheater Die Prinzessin und der Kasperl

Mit unserem Anleitungsvideo "Puppentheater - Die Prinzessin und der Kasperl" möchten wir einen Beitrag zur Aufklärung und Enttabuisierung von betroffenen Kindern mit Stoma leisten. Es ist ein Informationsvideo mit Lernhintergrund, in dem die Kinder ab 4 Jahren auf spielerische Art ein besseres Verständnis dafür bekommen, was ein Stoma ist, wie die Versorgung eines

Stomas abläuft und wie der Alltag der Betroffenen aussieht. Die Kinder und ihre Eltern können diese Situation besser verstehen und lernen damit umzugehen.

Um einen Zugang zu den betroffenen Kindern zu erlangen, haben wir das Kasperletheater gewählt, weil es den meisten Kindern vertraut ist und das Interesse weckt. Die Länge des Videos wurde kurz und prägnant gehalten, damit die Aufmerksamkeit nicht verloren geht.

Die Darsteller und Dekorationen wurden bewusst bunt gewählt, um die Kinder neugierig zu machen.

Die einzelnen Kapitel des Videos sind abwechslungsreich gestaltet und chronologisch geordnet.

Themen wie Verdauung, Wechsel der Stomaversorgung und alltägliche Fragen werden kindgerecht beantwortet.

Es gibt bisher kein Informationsvideo in dieser Form in Deutschland.

Herstellerfirmen von Stomahilfsmitteln haben nur Informationsbroschüren für Kinder entwickelt und zum Beispiel kinderfreundliche Stomaversorgungen mit Bärchenmuster eingeführt.

Unser Video wurde zwar mit "low budget" produziert, ist dennoch einzigartig und innovativ.

*Wir haben uns entschieden, pro verkaufte DVD 2,00 Euro an die SoMA e.V. zu spenden.
Der Preis für die DVD ist 12,00 Euro + 4,00 Euro Versand.
Die Bestellung kann per E-Mail an Wolfgang Übler: w.uebler@online.de gerichtet werden.
Die Zahlung erfolgt per Rechnung.*

Diakonisches Institut

für Soziale Berufe



- ▶ **Pflegeexperte Stoma • Inkontinenz • Wunde**
Beginn: 9. Mai 2011 in **Dornstadt**
- ▶ **Wundexperte ICW – Basisseminar**
Beginn: 15. März 2011 in **Dornstadt**
Beginn: 19. September 2011 in **Stuttgart**
- ▶ **Pflegetherapeut Wunde – Aufbau-seminar**
Beginn: 5. Dezember 2011 in **Dornstadt**

Diakonisches Institut für Soziale Berufe, Bodelschwingweg 30, 89160 Dornstadt, Tel.: 00 49/73 48/98 74-0, Fax: 00 49/73 48/98 74-30
info@diakonisches-institut.de, www.diakonisches-institut.de

Neu von Eakin

Release™ Pflasterentferner Spray ohne Alkohol

Die frische und schmerzfreie Lösung zur Entfernung von Pflaster- und Kleberesten

Eakin versteht sich als Hautschutz-Spezialist in der Stoma- und Wundversorgung und hat mit der alkoholfreien Eakin Cohesive® Hautschutzpaste schon vielen Betroffenen zu einer Optimierung ihrer Versorgung verholfen.

Ohne Alkohol – so lautete auch das Motto bei der Entwicklung eines Pflasterentferners.

In der Regel lassen sich die Eakin Hautschutzprodukte und Stomabeutel ohne größeren Aufwand entfernen. Sollten doch einmal Rückstände auf der Haut verbleiben oder Klebereste von anderen Stoma- bzw. Pflasterprodukten, so eignet sich das neue Release™ Spray ohne Alkohol.

Die Vorteile:

- Alkoholfrei – d.h. brennt nicht, verschmiert Klebereste nicht
- Vitamin E spendet der Haut Feuchtigkeit
- Trocknet in Sekundenschnelle ohne Rückstände
- Das Aerosol kann aus jedem Winkel gesprüht werden, auch kopfüber
- Frischer angenehmer Minz-Geruch
- Spray in praktischer Größe



Bestellinformation:

*Eakin Release™ Pflasterentferner Spray, alkoholfrei
Art.Nr. 839023 / PZN 7532102
Aerosol 50ml*

Neu von Eakin

Der allererste einteilige konvexe Ausstreifbeutel für Kinder!

Jede Stomaversorgung ist sehr individuell, wobei die oberste Priorität immer dem Hautschutz gilt, um Undichtigkeiten und Hautschäden zu vermeiden.

Die Versorgung von Stomata bei Kindern ist eine ganz besondere Herausforderung, der sich Eakin von Herstellerseite angenommen hat. Neben Beuteln mit planem Hautschutz wäre oftmals auch ein konvexer Hautschutz indiziert, ohne aber das Risiko von Druckstellen außer Acht zu lassen.

Das Ergebnis:

Eakin Pelican konvexer Ausstreifbeutel für Kinder

mit einer sehr speziellen, flexiblen und ausschneidbaren Konvexität, die sich sanft um das Stoma herum anpaßt. Die bewährte Eakin Hautschutzformel kommt auch bei diesem Produkt zum Einsatz und sorgt für gute Haftung und Verträglichkeit.

Die weiche Vliesumhüllung mit Sichtfenster zur Kontrolle sowie ein wasserdichter Filter und der klammerloser Verschluss mit Entleerungshilfe machen diese spezielle Versorgung komplett.

Pelican konvexer Ausstreifbeutel für Kinder:

- Paßt sich sanft um das Stoma herum an
- Weiche Konvexität reduziert Risiko von Unterwanderungen und Druckstellen
- Hypo-allergenes Hautschutzmaterial für empfindliche Haut
- Ausschneidbar von 5-30mm ermöglicht flexiblen Einsatz
- Geeignet für Stomata auf oder unter Hautniveau
- Weiche Vliesumhüllung mit Sichtfenster zur Kontrolle von Stoma und Ausscheidung
- Wasserdichter Filter, bei Bedarf abklebbar
- Klammerloser softer Verschluss mit Entleerungshilfe



Bestellinformation:

Eakin Pelican konvexer Ausstreifbeutel für Kinder

*Ausschneidbar 5 bis 30mm,
VE 10 Stück*

Art.Nr. 839707 / PZN 7521989

Nähere Informationen zu den Produkten bei:

Eakin GmbH

Feringastr. 6

85774 München-Unterföhring

Beratung:

0800 - 22 440 22 (gebührenfrei)

info@eakin.de, www.eakin.de

**HIER
könnte auch IHR Beitrag
im
„Schaufenster“
veröffentlicht werden.**

Bei Interesse
fordern Sie doch bitte
unsere aktuellen
Media-Daten an
unter:

dvet@gmx.de

Dansac

NovaLife Ausstreifbeutel mit integriertem Verschluss-System Die neue Generation in der Ileostomieversor- gung von Dansac

Für Betroffene, die Ausstreifbeutel verwenden stehen einfache Handhabung, leichte Reinigung und Diskretion der Versorgung im Vordergrund. Durch die Entwicklung und Einführung der neuen NovaLife Ausstreifbeutel wird Dansac diesen Bedürfnissen gerecht. Das neue Verschluss-System des neuen NovaLife Ausstreifbeutels ist diskret in die Form integriert. Das Ausstreifteil wird einfach nach oben gefaltet und durch den Klettverschluss sicher verschlossen.

Die flexiblen Verschlussplättchen im Ausstreifteil ermöglichen ein einfaches Öffnen und hygienisches Entleeren des Beutels. Der Innenteil des Beutelausgangs kann somit auch problemlos gereinigt werden.

Wie auch die neuen NovaLife Colostomieversorgungen besitzen die Ausstreifbeutel die einzigartigen Produkteigenschaften der NovaLife Serie. Hierzu zählen die nach oben versetzte Stomaöffnung, der anatomisch geformte Beutel, die ovale Hautschutzplatte und der tiefsitzende Beutelkragen.

Diese Innovationen bringen für die Betroffenen erhebliche Vorteile: die ganze Versorgung sitzt tiefer am Körper, ist damit wesentlich diskreter und bietet maximalen Tragekomfort. Die ovale Form der Hautschutzplatte passt sich den natürlichen Rundungen des Körpers optimal an. Im Vergleich zu Versorgungsgängen mit mittig angelegter Öffnung für das Stoma, besitzt der neue NovaLife Beutel ein höheres Füllvolumen – und dies ohne die Außenmaße des Beutels zu vergrößern!

Die Handhabung beim Wechseln der Versorgung wird durch ein kleines praktisches Detail erleichtert: eine orange eingefärbte, gut sichtbare Abziehlasche an der Hautschutzplatte ermöglicht ein einfaches und sicheres Abziehen der Basisplatte beim Wechsel. Das Ringsystem ist das gleiche wie bei den bekannten und seit langem bewährten Dansac Nova-Produkten. Damit haben Patienten mit einer zweiseitigen Versorgung die Möglichkeit, NovaLife und Nova miteinander zu kombinieren ohne sich umgewöhnen zu müssen.

Die NovaLife-Hautschutzplatten und -Beutel haben durchgängig eine ovale Form. Die Markierungen zum Ausschneiden der Öffnung für das Stoma sind ebenfalls ovalförmig und auf allen Versorgungsgängen vorhanden. Die ovale Form der Platte in Verbindung mit der nach oben verlagerten Öffnung für das Stoma ermöglicht die Anpassung auch an sehr große Stoma. NovaLife Ausstreifbeutel sind als einteilige Versorgung mit planen Hautschutzplatten seit Mitte Oktober 2010 verfügbar. Die zweiseitige Ileostomieversorgung wird ab Januar 2011 zur Verfügung stehen. Die NovaLife Produktreihe wird in den kommenden Monaten weiter ausgebaut.

Weitere Informationen erhalten Sie unter www.dansac.de oder direkt bei der Dansac GmbH
Kalscheurener Strasse 2a
50354 Hürth
Telefon: 02233 / 397-121
Fax: 02222 / 397-110
Email: semih.tokatli@dansac.com

Ein Ablauf lässt den Anschluss von Sekretauffangbeutel zu. Wird der Ablauf abgeschnitten, so kann der Beutel wie ein Ileostomiebeutel mit Klettverschluss verwendet werden. Weitere Indikationen sind z. B. Dünndarm-Hautfisteln.

Ein Zugangsfenster, das sich leicht öffnen und verschließen lässt, ist ideal zur Inspektion von Wunden und z. B. zur Medikamentenapplikation geeignet. Der Beutel hat ein Starterloch von 13 mm und ist bis 90mm ausschneidbar.



Wegimed GmbH
Eiserfelder Strasse 446
57080 Siegen
www.wegimed.de
info@wegimed.de
Tel.: 0800/9344633
Fax: 0271/3900030

Welland

Welland Flair Active Post-OP-Beutel, unsteril

Dieser Beutel (Einteiler) eignet sich ideal zur Versorgung von Kolo- und Ileostomien als direkte postoperative Versorgung sowie bei großen Ausscheidungsmengen.



Die nächste
Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin
Stoma · Inkontinenz · Wunde

erscheint im
April 2011

Herausgeber

DVET Fachverband
Stoma und Inkontinenz e.V.
Herr Werner Droste
Nikolaus-Groß-Weg 6
59371 Selm
Tel.: +49(0)2592/973141
Fax: +49(0)2592/973142
E-Mail: DVET@gmx.de
Internet: www.DVET.de

ISSN 1863-1975

Erscheinungsmo- nate

April, August, Dezember

Redaktionsschluss

1. Februar, 1. Juni, 1. Oktober

Anzeigen- und Beilagenschluss

10. März, 10. Juli, 10. November
Schaufensterbeiträge fallen unter
den Redaktionsschluss

Redaktion + Autorenbeiträge

Brigitte Sachsenmaier
Ziegelstraße 42, 73084 Salach
Fax: (07162)460456
E-Mail: redaktion-magsi@dvnet.de

Gestaltung

Spectra – Design & Verlag
Eichenstraße 8
73037 Göppingen
Tel.: (07161)78925
Fax: (07161)13780
E-Mail: info@spectra-design.de

Druck

HEWEA-Druck GmbH
Haldenstraße 15, 45966 Gladbeck
Tel.: (02043)46006
Fax: (02043)47434
E-Mail: info@heweadruck.de

Anzeigenverwaltung, Verkauf und Versand

DVET Fachverband
Stoma und Inkontinenz e.V.
Herr Werner Droste
Nikolaus-Groß-Weg 6
59371 Selm
Tel.: +49(0)2592/973141
Fax: +49(0)2592/973142
E-Mail: DVET@gmx.de
Internet: www.DVET.de

Abonnement

Bezugspreis Jahresabonnement
Inland- und Ausland
15,00 € zzgl. Versand
Einzelheftpreis 5,30 € inkl. Inland-Versand.

Das Abonnement gilt zunächst bis zum
Ende des folgenden Kalenderjahres.
Danach kann das Abonnement jährlich
bis zum 30.09. jeden Jahres zum Jahres-
schluss gekündigt werden.

Zielgruppen

- Pflegende mit der Qualifikation
Stomapflege, Inkontinenz, und Wund-
versorgung mit spezieller Ernährungs-
beratung.
 - Pflegende und andere Berufsgruppen in
klinischen und ambulanten Bereichen,
Rehabilitationseinrichtungen, Sozialsta-
tionen, im Sanitätsfachhandel und in
der Industrie.
 - Pflegende und andere Berufsgruppen in
Alten-, Senioren- und Pflegeheimen
sowie in Kranken- und Altenpflegeschu-
len und in Weiterbildungseinrichtungen.
 - Homecarebereich
 - Ärzte
 - Therapeuten
 - Betroffene.
- Ein zum Abonnenten-Versand zusätzlich
durchgeführter zielgruppenorientierter
Wechselsend bundesweit oder gezielt
regional wird zur Öffentlichkeitsarbeit
regelmäßig durchgeführt.

Bankverbindung

Sparkasse Hildesheim
(BLZ 25950130) Kto. 10003466
IBAN DE41 259501300010 003466
SWIFT-BIC: NOLA DE 21HIK

Geschäftsbedingungen

Das **MagSi®** Magazin
Stoma – Inkontinenz – Wunde,
die Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung
und Berufspolitik ist aktuell, innovativ und
unabhängig. Sie ist das Organ des DVET
Fachverband Stoma und Inkontinenz e.V.
Die Mediadaten, Anzeigenpreisliste und
Geschäftsbedingungen können gerne bei
der Redaktion oder beim Herausgeber
angefordert werden. Geschäftsjahr ist das
Kalenderjahr. Gerichtsstand ist der Sitz der
Geschäftsstelle.

Alle Rechte vorbehalten, auch die des
Nachdrucks von Auszügen, der fotomecha-
nischen Wiedergabe und der Übersetzung.
Titel geschützt.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge
brauchen sich nicht unbedingt mit der
Meinung der Redaktion und des Heraus-
gebers zu decken.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen
Beiträge und Abbildungen sind urheber-
rechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der Grenzen
des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung
des Herausgebers unzulässig und strafbar.
Dies gilt besonders für Vervielfältigungen,
Übersetzungen und Mikroverfilmung, Ein-
speicherung und Bearbeitung in elektroni-
schen Systemen.

Für unaufgefordert eingesandte Manu-
skripte und Unterlagen lehnt der Herausge-
ber die Haftung ab.

Danksagung des DVET Vorstands!

Der Vorstand des DVET Fachverband Stoma und Inkontinenz e.V. (zukünftig: Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde, **FgSKW**) möchte sich an dieser Stelle einmal ausdrücklich bei all denen bedanken, die im Laufe der vergangenen Monate und Jahre die Vereinsarbeit direkt und aktiv, oder aber indirekt und ideell unterstützt und gefördert haben.

Wir wissen es sehr wohl zu schätzen, mit welchem Engagement Freunde und Förderer als Partner des Vereins so manche Aktivität unterstützt, begleitet, entwickelt und letztlich auch ermöglicht haben.

Sie Alle haben dazu beigetragen, die Versorgung von Menschen mit Stoma, Kontinenzstörungen und Wunden in Deutschland und somit auch den Fachverband so gut zu positionieren.

Wir sagen Ihnen dafür unseren herzlichsten Dank und versichern Ihnen, dass Sie auch zukünftig in der neuen Fachgesellschaft **FgSKW** einen engagierten und verlässlichen Partner haben.

Wir verbinden unseren Dank an Sie Alle mit den besten Wünschen für ein gesundes und erfolgreiches neues Jahr 2011!

Werner Droste Gabriele Gruber Kerstin Lünemann



Ihr kompetenter Nachversorger in den Therapiebereichen:



Zur Vermeidung von Versorgungseinbrüchen oder „Drehtüreffekten“ unterstützen Sie unsere Pflegefachkräfte vor Ort mit Rat und Tat bei der (Nach-) Versorgung Ihrer Patienten:

- bundesweit einheitliche medizinische Therapie- und Versorgungsleitlinien (in Anlehnung an die Expertenstandards)
- Entlassungs- und Überleitungsmanagement
- umfassende und qualitativ hochwertige Betreuung, Beratung, Anleitung, Schulung und Versorgung
- Therapieabsprache mit dem behandelnden Arzt und enger Austausch mit allen an der Versorgung beteiligten Personen
- patientenspezifischer und herstellerneutraler Produkteinsatz
- schnelle Lieferung der verordneten Produkte
- Abrechnung mit den Kostenträgern



Alle Serviceleistungen von assist, wie z.B. die Beratung und Betreuung, sind kostenlos

Ihre Ansprechpartnerin

Jessica Moser

Enterostomatherapeutin
Therapiemanagerin Stoma/Inkontinenz

Telefon: 0170/99 44 947

E-Mail: jmoser@assist.de



assist GmbH • 66661 Merzig
www.assist.de

Wannsee-Akademie Berlin Fort- und Weiterbildungen



Berufsbegleitender Lehrgang Pflegeexperte Stoma • Inkontinenz • Wunde

vom 21.02.2011 bis 07.12.2012

in Kooperation mit dem
DVET Fachverband Stoma und Inkontinenz e. V.

Bitte fordern Sie unser Info-Faltblatt an:

Wannsee-Akademie, Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin,
Tel. 030 80686-040, Fax 030 80686-404,
www.wannseeakademie.de
E-Mail: akademie@wannseeschule.de



Schön,

... wenn man sich nicht um
Hilfsmittelbestellung und
Medikamentenabwicklung
kümmern muss.

... wenn man sich nicht mit der
Kostenzusage der Krankenkasse
beschäftigen muss.

... wenn das eigene
Wohlbefinden im
Vordergrund steht.

Schön, wenn man
nicht alleine ist.

GHD | **GesundHeits**
GmbH Deutschland

GHD GesundHeits GmbH Deutschland – Ihr Partner, wenn es um die Gesundheit geht.

Die GHD GesundHeits GmbH Deutschland ist das größte Gesundheits-, Therapie- und Dienstleistungsunternehmen Deutschlands für eine ganzheitliche Betreuung von Kunden und Patienten. Durch Zusammenarbeit mit allen Institutionen im Gesundheitswesen führt die GHD GesundHeits GmbH Deutschland alle an der Versorgung Beteiligten zusammen und ermöglicht so einen individuellen und ganzheitlichen Service für Kunden und Patienten.

Unser Leistungsspektrum:

- Stomaversorgung
- ISK-Versorgung
- Und viele weitere Therapiebereiche wie z.B. Wundversorgung

Unsere kostenlose Service-Hotline

0800 - 362 73 78

GHD GesundHeits GmbH Deutschland

Fritz-Reuter-Straße 2
22926 Ahrensburg
Telefon: (04102) 51 67 0
E-Mail: therapie@gesundheitsgmbh.de
Internet: www.gesundheitsgmbh.de



STOMA



INKONTINENZ