

# MagSi®

MAGAZIN



STOMA  
KONTINENZ  
WUNDE

## Das Thema

Das Colostoma

## Aktuelles

„Wissenswertes  
rund ums Stoma“

Irrigation bei Menschen  
mit einer Colostomie

**SenSura® Mio**



Passt sich individuellen  
Körperformen an.  
Für ein sicheres Gefühl.

### Folgt den natürlichen Körperbewegungen

SenSura® Mio ist eine neue Kolostomieversorgung mit einem einzigartigen Hautschutz, der sich durch eine neue Elastizität und optimalen Sitz auszeichnet. Der elastische Hautschutz basiert auf der BodyFit™ Technologie. Er ist sehr anschmiegsam und passt sich den individuellen Körperkonturen an. Für einen konstant sicheren Sitz der Versorgung.

Weitere Informationen finden Sie unter [www.sensuramio.coloplast.de](http://www.sensuramio.coloplast.de)





Ausblick

**L**iebe Leserinnen, liebe Leser,

Das vorliegende Magazin der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. (FgSKW e.V.) bietet Ihnen in dieser Ausgabe hochspannende Beiträge aus dem Handlungsfeld Stomatherapie. Wir berichten über die Online-Umfrage der FgSKW aus dem vergangenen Jahr zur präoperativen Markierung bei geplanten Eingriffen mit Stomaanlage und stellen Ihnen in diesem Zusammenhang die Handlungsanweisung zur Durchführung der präoperativen Stomamarkierung vor, die als Reaktion auf die Ergebnisse dieser Umfrage durch die FgSKW erarbeitet wurde. Wir möchten mit diesen Veröffentlichungen in dieser MagSi® die intensive und dringend notwendige Fachdiskussion um die Ergebnisse und Schlussfolgerungen aus dieser Umfrage anstoßen und die erforschten Sachverhalte thematisieren. Wir würden uns wünschen, in möglichst vielen Kliniken die Diskussion um die Durchführung der präoperativen Stomamarkierung zu initiieren und somit die Gelegenheit zu ergreifen, eine ergebnisorientierte Qualitätsdiskussion aller Beteiligten zu eröffnen. In Ergänzung unseres zentralen Themas finden Sie in dieser Ausgabe auch wieder viele Beiträge „junger“ Berufskolleginnen als Erstautorinnen nach Abschluß Ihrer Weiterbildungen zum Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde. Hervorragende Facharbeiten als Abschlußarbeit ihrer Weiterbildungsmaßnahmen dienen als Vorlage für diese Beiträge. Wir als Redaktion und Herausgeber der MagSi® freuen uns darüber besonders und wünschen Ihnen nun eine interessante und fesselnde Lektüre der neuen MagSi®.

Ihre Redaktion

Titelmotiv: Spectra – Design & Verlag

<b>Das Thema</b>	4	Das Colostoma
	7	Die „Fallbesprechung“ im Darmkrebszentrum des Josephs-Hospitals in Warendorf
	10	Vertrauensbildende Maßnahmen für das präoperative Gespräch in der Stomatherapie
	15	Die präoperative Stomamarkierung – Eine moderne Standardprozedur in deutschen Kliniken?
	17	Handlungsanweisung „Präoperative Markierung“
<b>Aktuell</b>	22	Lebensbalance
	24	„Wissenswertes rund ums Stoma“
	26	Ratgeber für Stomapatientinnen mit Kinderwunsch und in der Schwangerschaft
	30	Irrigation bei Menschen mit einer Colostomie
	33	Versorgung parastomaler Hernien
	36	Termine/Kongresse
<b>Fachgesellschaft aktuell</b>	37	Kooperationspartner/Mitgliedsverbände
<b>FgSKW e. V.</b>	38	Pflegkongress 2012 der FgSKW e. V.
<b>Buch-Tipp</b>	40	Interessante Literatur
<b>Weiterbildung Aktuell</b>	41	Präsentation der Facharbeiten zum Abschluß der Weiterbildung Pflegeexperte SKW am Diakonischen Institut in Dornstadt
	42	Abschlusspräsentationen der Pflegeexperten Stoma Inkontinenz Wunde
<b>Schaufenster</b>	44	Neuigkeiten bei Produkten und Dienstleistungen
<b>Impressum</b>	46	Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

<b>Herausgeber</b>	<b>Kooperationspartner</b>
	

# Das Colostoma

## Informationen rund um das Colostoma – Ein Informationsheft für Betroffene –

### Zusammenfassung:

Auf Grund entzündlicher Darmerkrankungen, Tumorerkrankungen, bei Darmverschlüssen, Verletzungen am Darm oder Stuhlinkontinenz als Folge neurogener Grunderkrankungen können Menschen im Rahmen der stationären Behandlung in einer Klinik einen künstlichen Darmausgang (Stoma) erhalten. Durch die Einführung der DRGs (Diagnoses-Related-Groups = Diagnose bezogene Fallgruppen) in Krankenhäusern, die Einführung der Fast-Track-Chirurgie – auch Schnellspur-Chirurgie genannt – und den allgemeinen Kostendruck im Gesundheitswesen haben sich die Liegezeiten für die Patienten im Krankenhaus in den letzten Jahren beträchtlich verkürzt.

Qualitativ gute Pflege inklusive aller notwendigen Beratungen, Schulungen und Anleitungen für Betroffene in der Stomaversorgung braucht Zeit. Dem Patienten bleibt aber im Klinikalltag oft nicht genügend Zeit, entsprechend seinen persönlichen Bedürfnissen zu üben und sich ausreichend zu informieren. Die begrenzte Liegedauer und die beeinflussenden Faktoren nehmen somit Einfluss auf die Informationsaufnahme-fähigkeit und Informationsverarbeitung des stomabetroffenen Menschen. Ziel dieser Untersuchung war herauszufinden, wie Betroffene diese Situation für sich erleben und bewerten. Ein im Zuge dieser Untersuchung entwickeltes Informationsheft soll Stomabetroffenen mit einer Colostomie mit allen wesentlichen Informationen versorgen und Ihnen die Überleitung in die häusliche Selbstversorgung erleichtern.

**Schlüsselworte:** Stoma, DRG, Beratung, Schulung, Selbstversorgung

### Abstract:

People can obtain a stoma because of inflammatory bowel diseases, bowel tumours, intestinal occlusion, and bowel injuries or because of faecal incontinence following neurological diseases during the treatment in an acute hospital.

In relation to the implementation of the DRG's in the hospitals, the fast-track-surgery.

And the common pressure in cost-saving in the health-care system, the treatment period in the hospitals was reduced in relation to former times. High quality care with all necessary consulting, education and instructions for stoma patients need time. Patients often do not have enough time to get enough information's and spend enough time in practise.

The limited time in the hospital and the limitation factors impress the ability in information consuming and information processing for stoma patients.

The aim of this investigation was, to find out, how the stoma patients undergo this situation and how they appraise this.

An information brochure for people with a colostomy was developed and it should give all necessary Informations to patients in the period of discharge into the domestic self-care.

**Keywords:** stoma, DRG, information, education, self-care

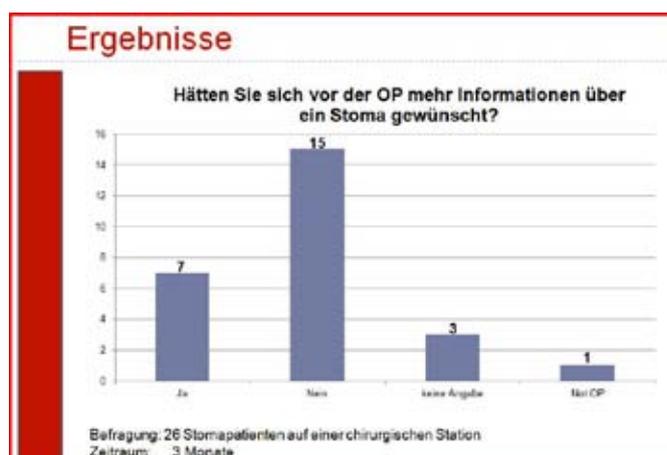
Zur Erforschung dieser beschriebenen Situation wurde eine Untersuchung geplant. Als Forschungsfragen wurden formuliert:

1. Haben die Patienten mit Stomaanlagen ausreichend Informationen erhalten?
2. Fühlen sich die Patienten gut vorbereitet auf die neue Situation zu Hause?

Im Rahmen einer quantitativen, beschreibenden Querschnittstudie wurden von 26 Patienten mittels eines standardisierten Fragebogens Daten erhoben. 14 männliche und 12 weibliche Stomabetroffene im Alter zwischen 20 und 80 Jahren wurden im Zeitraum ihrer stationären Krankenhausbehandlung befragt. Alle Befragten konnten zum Zeitpunkt der Befragung ihre Stomaversorgung selbstständig durchführen.

7 Patienten, das sind 26,9%, hätten sich mehr Informationen über ein Stoma vor der Operation gewünscht. Diese Patienten gaben an, dass sie gerne gewusst hätten, wie ein Stoma aussieht und was sich im Alltag für sie ändert.

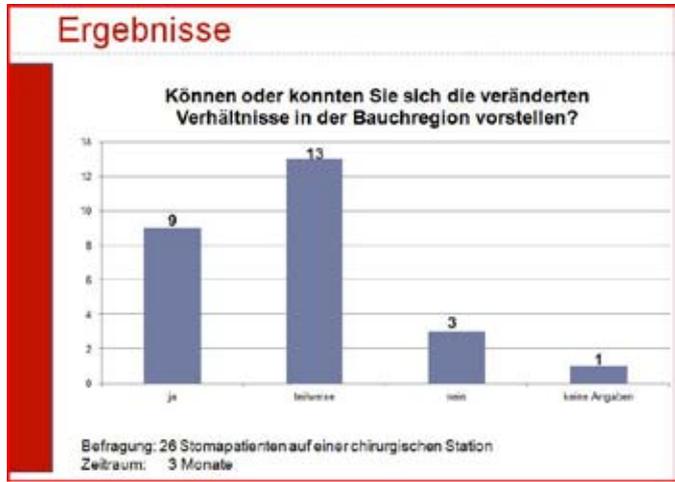
Die Mehrheit (15 Patienten) fühlte sich jedoch vor ihrer Operation gut informiert.



Die veränderten Verhältnisse im Bauch nach der Operation konnten sich nur 9 (34,6%) der Befragten vorstellen. Das heißt, 65,4% der befragten Patienten hatten nur teilweise oder gar keine Vorstellung über ihre veränderte Anatomie im Bauch nach dem operativen Eingriff.

**Fazit**

Die Ergebnisse meiner Patientenbefragung zeigten, dass weiterer Informationsbedarf bei Betroffenen mit einer Stomaanlage besteht. Es ergab sich daraus die Frage, ob der Patient postoperativ überhaupt in der Lage ist, alle erhaltenen Informationen zu internalisieren. Um Informationen zu verinnerlichen, sollte man diesen seine volle Aufmerksamkeit geben. Doch gerade in der postoperativen Phase ist der Patient zum Beispiel von Unsicherheiten, Ängsten, Schmerzen, Übelkeit und dem



Auf die Frage zu den präoperativ erhaltenen Informationen, zu Ernährung, Sport und Freizeit, Beruf, Selbsthilfegruppen, Anerkennung als Schwerbehinderter und mögliche Nachversorger im Homecarebereich zeigten sich Informationslücken. Hierbei war sehr auffällig, dass die Betroffenen gut über Ernährung und Nachversorger informiert wurden, aber über Selbsthilfegruppen und Schwerebeschädigung die Hälfte der befragten Stomabetroffenen keine Informationen erhielten.

Diese Ergebnisse zu den nicht, nur teilweise erhaltenen oder internalisierten Informationen könnten erklären, warum sich nur 16 (61,5%) von 26 befragten Patienten gut vorbereitet fühlten auf die neue Situation zu Hause als Stoma-träger.

veränderten Körperbild beeinflusst. Weiterhin bleibt ihm durch die begrenzte Krankenhausaufenthaltsdauer nicht viel Zeit sich mit der veränderten Situation ausreichend auseinander zu setzen. Daher sind bestehende Informationslücken, wie in der Befragung nachgewiesen, völlig nachvollziehbar.

Da die Aufenthaltsdauer unserer Patienten in der Klinik nicht verlängert werden kann, habe ich zur Unterstützung des Anleitungs-, Schulungs- und Beratungsprozesses ein Informationsheft mit allen nötigen Informationen, die der Patient für seine Rückkehr in das gewohnte Umfeld benötigt, erstellt. Der Betroffene soll bereits während des Krankenhausaufenthaltes die Möglichkeit bekommen, die mündlich erhaltenen Informationen jederzeit nachlesen



zu können. Dieses Heft soll ihm eine zusätzliche Sicherheit im Umgang mit dem Stoma geben und somit unterstützend die Selbstpflegekompetenz der Stomabetroffenen gewährleisten. Das entwickelte Informationsheft nimmt Bezug auf die Ergebnisse der eingangs darge-

stellten Untersuchung und soll sich an Betroffene mit einer Colostomie richten. Es werden zunächst anatomische Grundlagen erklärt, um ein besseres Verständnis für die Stomaanlage zu erhalten. Dieses Themengebiet kann mit seinen enthaltenen Bildern und Grafiken insbesondere das präoperative Aufklärungsgespräch unterstützen. Weiterhin erhält der Betroffene Informationen, Tipps und Ratschläge zur Versorgung der Stomaanlage. Der Versorgungswechsel, unter Berücksichtigung verschiedener Versorgungsprodukte werden erläutert und möglicherweise auftretende Komplikationen nach Anlage einer Colostomie beschrieben. Hier wird insbesondere der präventive Ansatz dieses Informationsmediums deutlich, da die beschriebenen Maßnahmen zur Komplikationsvorbeugung nachhaltig zur Sicherheit in der Selbstversorgung beitragen werden. Im Themengebiet Ernährung wird über den Einfluss einzelner Lebensmittel auf die Stuhlkonsistenz, Geruchsbildung und Windabgang hingewiesen, um den Betroffenen eine Möglichkeit der Einflussnahme auf die Ausscheidung zu geben. Einen breiten Raum in der Informationsbroschüre nimmt die Information zur Gestaltung des Alltags als Stomabetroffener ein.

Einrichtungen der Selbsthilfe und der Nachsorge im Homecarebereich werden ebenfalls umfangreich in der Informationsbroschüre dargestellt. Da viele Fragen auch erst im häuslichen Umfeld entstehen, wurden Adressen und Hinweise zu Beratungs- und Informationsstellen, an die sich der Patient später wenden kann, mit eingefügt.

**Fazit**

Eine Colostomie ist eine chirurgisch angelegte Öffnung auf der Bauchdecke über die, anders als es die Natur vorgesehen hat, Stuhl, also Stoffwechselprodukte, aus dem Dickdarm abgeleitet werden müssen. „Wade (1990) weist nach, dass ... Stomata Auswirkungen auf die Psyche der Patienten haben und dass Annahme und Bewältigung davon abhängen, wie sorgfältig sie von fachlicher Seite aufgeklärt, betreut und unterstützt werden.“ (Körperbild und Körperbildstörungen) Insofern ist es wichtig, dass Stomapatienten im Krankenhaus, in der ersten Zeit mit der neuen Lebenssituation eine

fachlich hochwertige Betreuung erhalten. Es kann der Grundstein für ein gestärktes Selbstwertgefühl, Eigenverantwortlichkeit und Selbständigkeit gelegt werden.

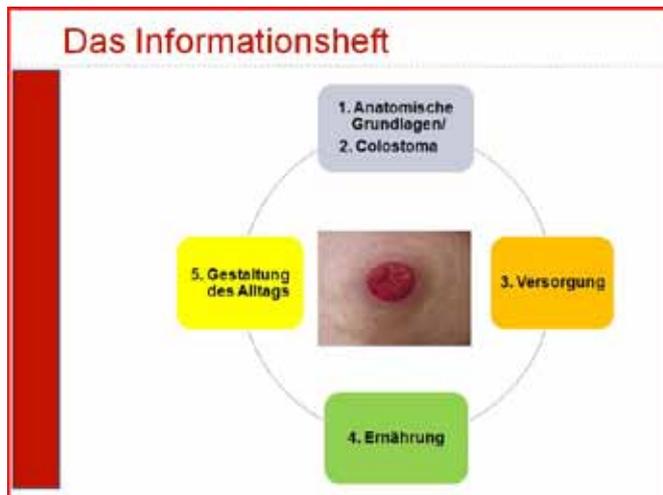
Fachlich, hochwertig Betreuung umfasst das Vermitteln von Informationen, Schulen, Anleiten und das individuelle Beraten.

Doch da der Patient in der postoperativen Phase nicht in der Lage ist, Informationen ausreichend zu verarbeiten und ihm durch die vom Gesundheitswesen vorgegebenen begrenzten Liegezeiten, die Zeit nicht gegeben wird, entstehen häufig Informationslücken.

In dem von mir erstellten Informationsheft, möchte ich den Patienten die Möglichkeit geben, sich in Ruhe zusätzlich über die Colostomie zu informieren, um so diese Lücken zu schließen. Das Heft enthält Informationen zur Anatomie, Versorgung, Ernährung, Gestaltung des Alltags und Komplikationen in der Colostomieversorgung.

Befragungen bieten die Möglichkeit die Bedürfnisse der Betroffenen und die Qualität der erbrachten Arbeit zu erkunden. Somit können sie dazu beitragen, spezielle Leistungen in der Versorgung und Beratung von Stomaträgern tat-

## Das Informationsheft



sächlich zu verbessern. Der Nachweis der Nützlichkeit dieser, von mir erstellten Informationsbroschüre zu einer verbesserten Informationsvermittlung und als Beitrag zur Sicherheit der Betroffenen im Umgang mit dem Stoma bedarf einer Erprobung in der Praxis.



Corinne Kutzner,  
GUK, Pflegeexpertin SIW  
Berlin  
Kontakt: Corinne.Kutzner@t-online.de

## Literaturverzeichnis

- (1) Elisabeth Stoll-Salzer, Gerlinde Wiesinger (2005) *Stomatherapie. Grundlagen & Praxis.* Georg Thieme Verlag KG, Stuttgart
- (2) Marie Esch (2005) *Stomatherapie. Beratung-Anleitung-Pflege.* Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart
- (3) Dr. med. Nicole Menche, Langen/Hessen, 6. Auflage *Biologie, Anatomie, Physiologie, Urban & Fischer, München Jena*
- (4) *Pflege Heute* (2007). 4. Auflage. Urban & Fischer, München Jena
- (5) Dozent J.Kottner. *Unterrichtshandout Pflegeforschung*
- (6) Dozentin E. Breitenbach. *Unterrichtshandout Ernährung - Stoma*
- (7) Mave Salter (1999) *Körperbild und Körperbildstörungen, Ullstein Medical Verlagsgesellschaft, Wiesbaden*
- (8) Gabriele Gruber, Msc Werner Droste (2010) *Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie, Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover*

Bild und Grafik: Corinne Kutzner



Bilder: PhotoDisc

Werben auch Sie neue Mitglieder für die FgSKW!

Info und Beitrittsformular unter:

[www.fgskw.org](http://www.fgskw.org)

**FgSKW**  
Fachgesellschaft  
Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

Für eine starke Gemeinschaft in der Pflege!

# Die „Fallbesprechung“ im Darmkrebszentrum des Josephs-Hospitals in Warendorf

Im Josephs-Hospital Warendorf wurde 2009 erstmalig das Darmkrebszentrum durch die unabhängige Institution **ONKOZERT** zertifiziert und durch die Deutsche Krebsgesellschaft anerkannt.

Das Darmkrebszentrum ist ein Netzwerk, welches die Fachkompetenz der ärztlichen wie auch pflegerischen Fachrichtungen zu einem gemeinsamen Komplex bündelt. Die Begleitung der Patienten mit Colon- und Rektumkrebs erfolgt in den Bereichen der Prävention, Diagnostik, Therapie, Nachsorge, Unterstützung und Beratung.

Ziel des Ganzen ist es u.a. die sektorenübergreifende Zusammenarbeit (ärztliche und nichtärztliche Berufsgruppen) im stationären- und ambulanten Bereich als Grundlage des Therapieerfolges zu erfassen, zu reflektieren und zu bewerten.

führend unter der Expertise des Gefäß- und Visceralchirurgen Prof. Dr. M. Arndt zu einer immer wichtiger werdenden eigenständigen Abteilung. Im Zuge der Zertifizierung des Darmkrebszentrums wurde eine 100%ige Stabsstelle unter der Leitung von Beate Wessel geschaffen. Sie absolvierte mit Erfolg die zweijährige berufsbegleitende Fachweiterbildung zum Pflegeexperten Stoma, Kontinenz Wunde am Bildungszentrum Ruhr in Herne.

Innerhalb der Institution Darmkrebszentrum finden regelmäßig Tumorkonferenzen statt. Teilnehmer an dieser Konferenz sind die „Hauptkooperationspartner“ wie

Chefärzte oder deren Vertreter der Visceralchirurgie und Gastroenterologie, sowie ein Vertreter der Strahlentherapie, Hämatologie/Onkologie, Pathologie und Radiologie. Des Weiteren nimmt die Stomatherapie als sog. „Kooperationspartner“ einmal wöchentlich (Montags 17 Uhr) teil.

Laut Erhebungsbogen OnkoZert ist es u.a. weiteren „Kooperationspartnern“ wie der Psychoonkologie, dem Sozialdienst, dem pflegerischen und technischen Fachper-

sonal zu ermöglichen, einmalig und verbindlich an einer Tumorkonferenz teilzunehmen (Fortbildungsmöglichkeit).

Link: <http://www.onkozert.de/darmzentrum.htm> – 17.02.2012 – 19:45 Uhr

Meine Idee war es, eine kommunikative Verbindung zwischen Tumorkonferenz (Hauptkooperationspartner) und der supportiven Therapie (Kooperationspartner) zu schaffen. Als Herausforderung sah ich es somit an, einen informativen und konstruktiven Austausch in Form einer interdisziplinären Fallbesprechung im Josephs-Hospital Warendorf zu implementieren. Denn bislang fand das Gespräch der einzelnen Berufsgruppen, vor allem der der supportiven Therapie, mehr zufällig zwischen „Tür und Angel“ statt. Um dem Ganzen einen geschützten, strukturierten und angemessenen Rahmen zu geben ist es unumgänglich, eine interdisziplinäre Fallbesprechung mit allen am Pflegeprozess des Patienten beteiligten Personen stattfinden zu lassen.

## Ziel und Zweck der Fallbesprechung:

- Informationen aus der Tumorkonferenz werden direkt in die Fallbesprechung eingebracht.
- Durch einen integrierten, koordinierten und vernetzten Kommunikations- und Informationsfluss wird die Versorgungsqualität des Pat. optimiert bzw. gesteigert.
- Die Fallbesprechung stellt ein Kommunikationsforum zur gemeinsamen Reflexion dar.
- Es handelt sich um eine Lern- und Lehrsituation in der aus Fehlern und Defiziten gelernt werden soll.
- Mögliche Ursachen sollen ermittelt und die gewählten Interventions-, Lösungs- oder Behandlungsstrategien überprüft werden.

## Lokalität:

Die Fallbesprechung, in der der Fall des Darmkrebspatienten beschrieben und



Quelle: [http://www.jhwaf.de/Dateien/Downloads/JHW\\_Darmzentrum\\_2010.pdf](http://www.jhwaf.de/Dateien/Downloads/JHW_Darmzentrum_2010.pdf)

Ein Teil dieses großen Netzwerkes ist

## die Stomatherapie:

Die Stomatherapie im Josephs-Hospital Warendorf entwickelte sich feder-



analysiert wird, findet nun jeden Dienstag um 12 Uhr in einem Sitzungszimmer statt.

#### Teilnehmer der Fallbesprechung:

Psychoonkologie, evangelische und römisch-katholische Seelsorge, Pain-Nurse, Physiotherapie, Stomatherapie, onkologische Pflege, Bezugspflegekraft der jeweiligen Station des Darmkrebspatienten, Sozialdienst und Pflegeüberleitung. Ferner wird die Runde ergänzt durch den verantwortlichen Visceralchirurgen (Hauptkooperationspartner).

#### Anmeldung der Patienten zur Fallbesprechung:

- Es erfolgt eine zeitnahe Anmeldung über das elektronische hauseigene Krankenhausinformationssystem per Leistungsanforderung/Formular Konsil.
  - Die Anforderung beinhaltet die Diagnose des Patienten und die anfordernde Person.
  - Es werden alle Patienten gemeldet die als Hauptdiagnose oder auch als Nebendiagnose ein Rektum- oder

Colon-Carcinom aufweisen.

#### Vorgehen und Inhalte in der Fallbesprechung:

- Als Leiterin der supportiven Therapie moderiert und protokolliert Beate Wessel die interdisziplinäre Fallbesprechung mittels Netbook und Beamer.
- Die Teilnehmer sind angehalten sich auf die Fallbesprechung vorzubereiten, indem sie den Patienten visualisieren und ihre Informationen in das Dokument „Fallbesprechung Darmkrebszentrum“ dokumentieren.
- In der Fallbesprechung gibt es eine klar definierte Reihenfolge der Berufsgruppen, d.h. Beginn durch den Chirurgen, danach folgt die Psychoonkologie usw..
- Alle beteiligten Personen können ihre gesammelten Informationen bzw. Anmerkungen anhand von leitenden Fragestellungen einfließen lassen.

Diese wären:  
 „Was ist gut gelaufen?  
 Was hätten wir besser machen können?  
 Was können wir für die Zukunft lernen?“



- Die einzelnen Patienten werden während ihres gesamten stationären Aufenthaltes wöchentlich erneut besprochen und dokumentiert, so dass eine Kontinuität des gesamten Verlaufes ersichtlich wird.
- Ist der Patient einmal in diesem System angelegt, wird das Dokument bei wiederkehrenden Aufenthalten stets weitergeführt.
- Alle am Pflegeprozess beteiligten Personen haben jederzeit Zugriff auf dieses Dokument.



Das Ergebnis der Fallbesprechung ist, dass alle Beteiligten zeitnah und optimal über den Fall des Patienten informiert sind. Somit können weitere Interventionen getätigt werden.

#### Fazit:

Nach jetzt fast einjährigem Bestehen dieser interdisziplinären Fallbesprechung, haben sowohl das Team und ich festgestellt, dass keiner mehr auf diese strukturierte Form der Kommunikation verzichten möchte. Die Vernetzung der Kompetenzen im multiprofessionellen Team führt somit zu einer Optimierung bzw. Steigerung in der Versorgungsqualität des Patienten.

Abschließend möchte ich sagen dass ein weiterer Ausbau der interdisziplinären Fallbesprechung angestrebt wird. Das Team wünscht sich eine Teilnahme der Gastro-Enterologen zur weiteren Optimierung des Schnittstellenmanagements.



Beate Wessel  
 Pflegeexpertin Stoma, Wunde, Kontinenz  
 Leitung supportive Therapie

Josephs-Hospital Warendorf  
 Abteilung Stomatherapie  
 Am Krankenhaus 2  
 48231 Warendorf  
 E-Mail: b.wessel@jhwaf.de

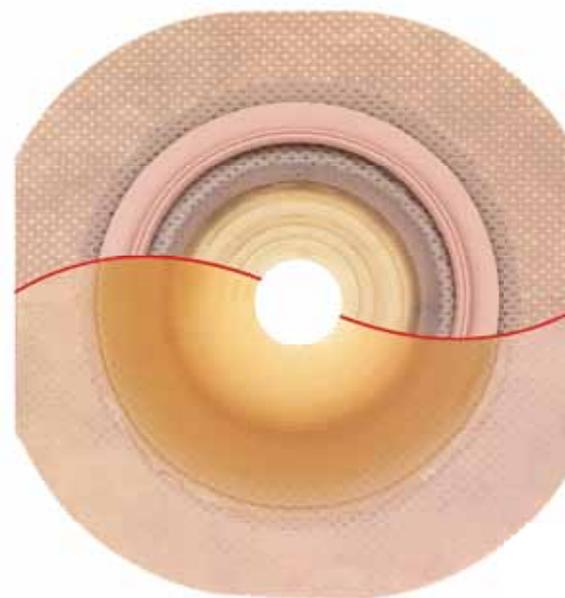
Bilder: Beate Wessel



### *Einfach in Form.*

- **Flexibel und vielseitig:**  
Einfach zu formen und immer wieder anpassbar.
- **Komfortabel und bequem:**  
Kein Messen, Markieren oder Ausschneiden notwendig.
- **Zuverlässig und hautschonend:**  
Mit neuer, einzigartiger Hautschutzformulierung.
- **Mit Sicherheit flexibel:**  
Die Kombination mit Conform 2 Beuteln schafft ein leichtes und diskretes Profil.

Nähere Informationen erhalten Sie telefonisch unter 08 00/1 01 50 23 (gebührenfrei), auf unserer Website [www.hollister.de](http://www.hollister.de) oder per E-Mail: [hollister.deutschland@hollister.com](mailto:hollister.deutschland@hollister.com)



# Vertrauensbildende Maßnahmen für das präoperative Gespräch in der Stomatherapie

## Einleitung

Das präoperative Gespräch mit gleichzeitiger Durchführung der präoperativen Stomamarkierung wird in der Routine des Krankenhausalltags von Pflegekräften meist als technisches, abzuhakendes Moment gesehen – nach dem Motto:

„Ach, prima, dass Du da bist – der Patient „xy“ aus Zimmer „z“ muss noch (schnell) angezeichnet werden!“

Die komplexe Gesamtsituation von Patienten und ihrer Angehörigen, die im Rahmen der Behandlung ihrer Grunderkrankung eine Stomaanlage erhalten sollen, wird häufig nicht wahrgenommen. Das Ziel dieses Artikel ist, aufzuzeigen, dass dieses präoperative Beratungsgespräch mit zukünftigen Stomabetroffenen auch als eine eigenständige und bedeutende Arbeitsleistung zu werten ist. Dazu sind Kompetenzen in vielfältigster Art erforderlich, damit Vertrauen entstehen und im weiteren Prozess entwickelt werden kann. Damit wird die Grundlage für ein Expertendasein auf beiden Seiten (Pflegeexperte/in – Patient/Angehörige) gewährleistet.

Des Weiteren wird im präoperativen Beratungsgespräch die kommunikative Kompetenz der Pflegeexperten verbessert und erweitert und eigene Haltungen und Sichtweisen in ihrer Bedeutung und Richtigkeit für sich selbst reflektiert.

**Schlüsselworte:** Stomabetroffene, präoperative Beratung, präoperative Markierung, Vertrauen, Pflegeexperten SIW.

## Abstract

Pre-operative consultation and pre-operative stoma-marking often looks like simple technical situation, which has to be checked off, following the slogan: "Good to see you! The patient "XY" in the room "Z" has to be marked (quickly)" The complex Situation for patients and their relatives, who are obtaining a stoma within their treatment of disea-

ses will not perceived. The Aim of this article is to show, that the pre-operative consulting with patients obtaining a stoma, is an independent and important performance and multifaceted competences are necessary to create and develop confidence in the further process.

In addition to improve and extend the communicative competences of the nurse care specialists and as an inspiration, to reflect the own attitudes and perspectives within their importance and correctness.

**Key-words:** Stoma patients, pre-operative consulting, pre-operative marking, confidence, stoma care specialists

## Was bedeutet Vertrauen?

Die Definition des Duden liest sich wie folgt: „festes Überzeugtsein von der Verlässlichkeit, Zuverlässigkeit einer Person oder Sache.“

*vertrauen = bauen, hoffen auf, rechnen mit, (seine Hoffnung) setzen auf, trauen, sich verlassen*

Im Brockhaus ist zu lesen, Vertrauen ist die Fähigkeit zur Hingabe, die Offenheit sich selbst und anderen Menschen gegenüber, sowie die Grundlage jeglicher zwischenmenschlicher Beziehungen und Gespräche.

Vertrauen stellt die Grundlage sowohl für das präoperative Gespräch, als auch für den weiteren Pflege- und Versorgungsprozess mit zukünftigen Stomaträgern dar.

Das Bild auf Seite 12 habe ich gewählt, weil es meiner Meinung nach deutlich zum Ausdruck bringt, dass hier eine vertrauensvolle Beziehung entstanden ist. Da ist jemand (Pflegeexperte), der ein Vertrauensangebot macht und jemand (Patient), der Vertrauen beweist, in dem er Halt oder Stütze annimmt. Im weiteren Verlauf des Beziehungs-

prozesses ist es jedoch erforderlich, dass der Patient mehr und mehr alleine, also ohne Halt, stehen kann. Patienten sollten deshalb bereits im präoperativen Gespräch unterstützt und ermuntert werden, in Selbstbestimmung und Verantwortung zum Experten für sich selbst zu werden, um zunehmend wieder in Balance kommen.

Die Umsetzung setzt Vertrauen voraus. Denn – wie Franz Kafka sagt: „*Alles Reden ist sinnlos, wenn das Vertrauen fehlt.*“

## Wie wirkt Vertrauen?

Vertrauen fördert die Adherence (Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Patient), unterstützt die Krankheitsbewältigung und hat positive Auswirkungen auf den Behandlungs- und Heilungsprozess, sowie auf die Wahrnehmung und Verarbeitung von Schmerz.

Laut einer Studie amerikanischer Forscher wirkt sich Misstrauen ungünstig auf die Behandlungsergebnisse aus. Die Symptome misstrauischer Patienten hatten sich im Rahmen dieser Studie sogar nachweislich verschlimmert. Vertrauen hat eine entlastende Wirkung. Dadurch wird Angst reduziert und das Gehirn beruhigt. Die Denk-, Merk- und Lernfähigkeit der Betroffenen steigert sich. Der Patient ist wieder in der Lage, sich zu öffnen und kann dadurch freier denken.

An dieser Stelle möchte ich auf das Angstkonzept von Hildegard Peplau<sup>(1)</sup> hinweisen.

Mittels Einteilung der Angst in 4 Stufen beschreibt sie die stete Abnahme der Denk-, Merk- und Lernfähigkeit bis hin zur Handlungsunfähigkeit in der panischen Angst.

Deshalb sollte das Gefühl Angst im präoperativen Gespräch beachtet und in der Gesprächsführung, -dauer und -intensität berücksichtigt werden, damit diese Fähigkeiten wieder erhöht werden

und Vertrauen „wachsen“ kann. Ebenso können hier bereits die erforderlichen Interventionen erfolgen, wie z. B. Gesprächsbereitschaft signalisieren, auf Entspannungsmethoden hinweisen oder die Empfehlung bzw. Anbahnung professioneller Hilfen. Die kann beispielsweise in Form einer psychotherapeutischen Begleitung oder zur Vermeidung einer Überforderung in Form der Überleitung des Patienten an einen ambulanten Pflegedienst für die Übernahme oder Unterstützung des Versorgungswechsels geschehen.

### Was sind vertrauensbildende Maßnahmen?

Vertrauensbildende Maßnahmen sollen helfen, einem Menschen das Gefühl zu vermitteln, dass er auch in kritischen Situationen ernst genommen wird und ehrlich, respektvoll, verantwortungsbewusst und uneigennützig mit ihm umgegangen wird.

Die Umsetzung erfordert auf Seiten des gesprächsführenden Pflegeexperten Kompetenzen unterschiedlichster Art wie:

- Kenntnisse über Gesprächsführungs- und Kommunikationsmodelle
- Reflexionsfähigkeit eigener Haltungen und Sichtweisen
- Wissen und Erfahrung

### Voraussetzung für Vertrauen

- **Glaubwürdigkeit und Authentizität:** Menschen in der Rolle des Patienten sind sehr sensibel und spüren genau, ob wir es als Pflegeexperten ehrlich und echt mit ihnen meinen.
- **Empathie und Offenheit:** Ein empathisches Auftreten und Offenheit vermittelt Respekt und Achtung.
- **Selbstvertrauen:** Selbstvertrauen seitens des Pflegeexperten SIW und auch des Patienten ist die Voraussetzung, dass Vertrauen überhaupt entstehen kann.
- **Zeit:** Der Faktor Zeit ist entscheidend, ob ein Patient sich wahrgenommen fühlt oder ob das Gefühl der Nebensächlichkeit entsteht. Darunter ist nicht nur die tatsächlich verbrachte Zeit zu verstehen, sondern auch die ungeteilte Aufmerksamkeit, die der Patient als Zuwendung und Wertschätzung erlebt. Die ihm somit das Gefühl vermittelt, dass ihm Zeit geschenkt wird. Zeit sollte deshalb im präoperativen Gespräch berücksichtigt und eingeplant werden.
- **Professionalität:** Professionalität setzt Kompetenzen voraus, sowie Wissen und Erfahrung. Folgendes Diagramm soll Ihnen eine Übersicht darüber geben, welche **vielfältigen Kompetenzen** erforderlich sind, um Vertrauen aufzubauen.

### Kommunikative Kompetenz

Vorstellen möchte ich zwei besonders geeignete Modelle zur Gesprächsführung.

#### EINIG-Modell

- E = Eröffnung
- I = Informationen einholen
- N = Nutzen
- I = Information geben
- G = Gesprächsabschluss

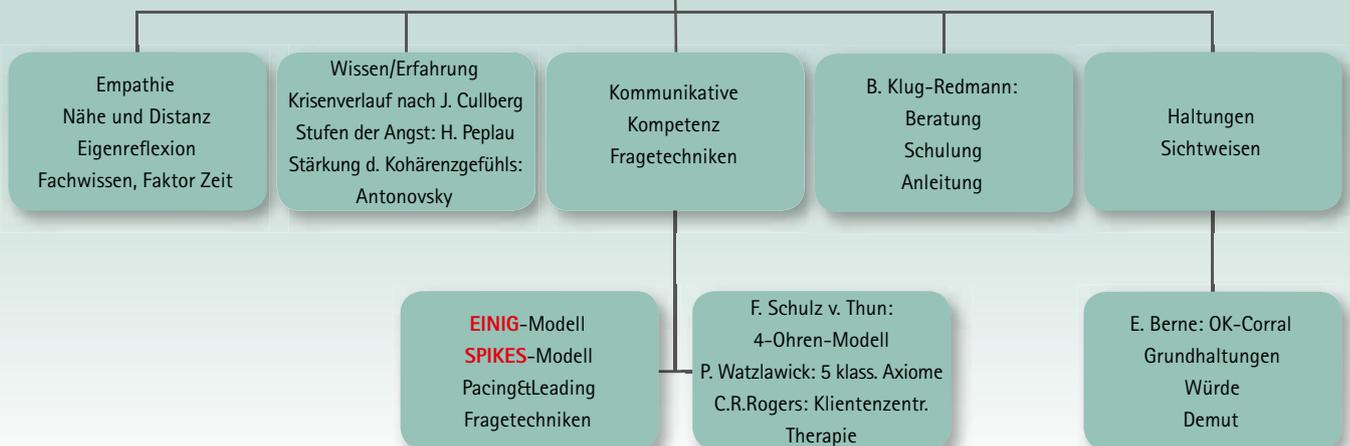
#### SPIKES-Modell

- S = Situation/Setting
- P = Patientenwissen
- I = Information?
- K = Kenntnisvermittlung
- E = Emotionen
- S = Strategie

Grundsätzlich hängt die Gesprächsführung ab vom Ziel, das erreicht werden soll, von der Situation, vom eigenen Typ und vom Gesprächspartner. Diese beiden vorgenannten Modelle zur Gesprächsführung können ein Gespräch gut strukturieren und ihm einen Rahmen geben. Nach der Vorbereitung des Gesprächs (Sichtung der Akte, Festlegung von Zeitpunkt und Räumlichkeit, Entscheidung über weitere Anwesende während des Gespräches) wird das Gespräch mit der Begrüßung des Patienten und der Vorstellung der eigenen Person eröffnet. Bereits hier, bei der

# Stomatherapeutin

## Kompetenzen





ersten Begegnung, beginnt der Vertrauensprozess und es ist förderlich, dem Patienten auf „Augenhöhe“ zu begegnen, indem man sich beispielsweise als Pflegeexperte ihm gegenüber auf einen Stuhl setzt, falls der Patient selbst im Bett liegt. Durch diese Geste wird nonverbal vermittelt, dass man mit ihm auf einer Ebene ist und ihn nicht „von oben herab“ betrachtet. Weiterhin werden Informationen eingeholt, in wie weit der Patient bereits über seine Erkrankung und die geplanten Maßnahmen zur Behandlung informiert und aufgeklärt ist. Es ist auch hilfreich zu wissen, wie viel Information er überhaupt möchte. Dieses Bedürfnis ist sehr individuell und erfordert Flexibilität und Einfühlungsvermögen seitens des Pflegeexperten. Der Patient darf keinesfalls zu einer Maßnahme überredet oder gar gedrängt werden, wenn er zu diesem Zeitpunkt nicht in der Lage ist, sich damit auseinander zu setzen oder es das Maß des für ihn Verkräftbaren übersteigt. Im Laufe des Gesprächs werden dem Patienten die Grundlagen und der Nutzen einer Zusammenarbeit während der Rehabilitationsphase verdeutlicht

und ihm die nötigen Informationen gegeben. Aufkommenden Emotionen sollte hier angemessen Raum gegeben werden. Am Ende des Beratungsgesprächs wird das Besprochene noch einmal zusammengefasst und der Pflegeexperte erkundigt sich, ob es noch offene Fragen gibt. Ein Ausblick weiterer Termine wird gegeben und auch deren mögliche Inhalte und Ziele. Mithilfe dieser Modelle zur Gesprächsführung bleibt das präoperative Gespräch nicht ausschließlich dem Zufall überlassen, sondern die Vorgehensweise kann Schritt für Schritt nach einem vorher festgelegten Plan erfolgen. Auch hier kann der Patient Professionalität erfahren und dies gibt ihm Sicherheit in seiner sonst so unsicheren und verletzlichen Lage.

Innerhalb dieser Gesprächsführungsmodelle können mithilfe bestimmter **Fragetechniken** diplomatisch und einfühlsam Informationen eingeholt werden. So genannte „W-Fragen“ helfen bei der Umsetzung. Offene „W-Fragen“

beginnen beispielsweise mit Weshalb?, Wie?, Was? und fordern den Patienten zum Erzählen auf.

Sie können einen Patienten innerhalb eines Gesprächs auf eine andere Gesprächsebene bringen.

Hierzu ein Beispiel: Ein Patient fängt zu weinen an, nachdem man ihm erzählt hat, in welcher Eigenschaft/Funktion (präoperatives Gespräch/Stomamarkierung) man ihn aufsucht. In dieser Situation könnte der Pflegeexperte die Frage stellen: „Was macht diesen Moment so besonders traurig für Sie?“ Der Patient kommt möglicherweise durch diese Fragestellung aus der Gefühlsebene heraus und auf die Ebene des Denkens. So kann ein Dialog auf der Sachebene wieder möglich werden, ohne die Gefühlsebene zu diskriminieren.

Geschlossene Fragen sind im Gegensatz zu den offenen Fragen lediglich eindimensional und werden nur mit JA oder NEIN beantwortet.

**Paul Watzlawick<sup>(2)</sup>** stellt insgesamt 5 Grundregeln auf, so genannte Axiome, welche die menschliche Kommunikation erklären. Für das präoperative Gespräch zwischen dem zukünftigen Stomabetroffenen und dem Pflegeexperten ist das 1. Axiom besonders von Bedeutung:

#### „Man kann nicht nicht kommunizieren!“

Kommunikation findet zu 70% verbal (über Sprache), 38% vokal (Lautstärke, Stimmlage, Tonfall) und zu 55% nonverbal (Gestik, Mimik, Haltung) statt. Dies sollte bei zwischenmenschlichen Begegnungen beachtet werden. Es ist zu beobachten, dass Patienten in der Kommunikation mit Pflegeexperten gerade auf nonverbale Signale sehr sensibel reagieren und die Auswirkungen dieser Signale nicht zu unterschätzen sind. Kramt z. B. der Pflegeexperte während des Gesprächs ständig in seiner Tasche, schaut häufig auf die Uhr oder zur Tür und zeigt insgesamt eine eher abgewandte Haltung, ist es nicht verwunderlich, wenn der Patient seinerseits auf dieses Verhalten mit Rückzug, Unsicherheit oder sogar mit Aggression reagiert.

**Friedemann Schulz von Thun<sup>(3)</sup>** entwickelte „Das 4-Ohren-Modell“, auch als „Die 4 Seiten einer Nachricht“ bekannt. Dieses Modell beschreibt sowohl die nonverbale Kommunikation als auch die Vielschichtigkeit und Mehrdeutigkeit

einer Nachricht/Botschaft, die gleichzeitig auf vierfache Weise wirken und unter 4 Gesichtspunkten interpretiert werden kann. Es gibt immer den Sender einer Nachricht und den Empfänger. Wird beispielsweise ein rein sachlicher Inhalt vom Sender mitgeteilt, kann es sein, dass dieser dennoch beim Empfänger als Vorwurf oder gar Bevormundung ankommt.

Denn: Nachrichten werden nicht immer so empfangen, wie sie gesendet werden. Ein Beispiel: Pflegeexperte (Sender) sagt zu Patient (Empfänger):

„Schön, dass ich Sie jetzt antreffe.“

Vorhin waren Sie noch nicht in Ihrem Zimmer!“

Je nachdem, welches „Ohr“ beim Empfänger gerade besonders ausgeprägt ist, wird die Nachricht interpretiert.

- Sachohr (Wahrnehmung der sachlichen Information einer Nachricht): Gut, dass ich jetzt im Zimmer bin.
- Selbstmitteilungsohr (Wahrnehmung von Gefühlen und Befindlichkeiten): Oh je, jetzt mache ich der Schwester unnötig viel Arbeit, weil sie noch einmal kommen musste.
- Appellohr (wird als Aufforderung/ Erwartung an sich selbst wahrgenommen): Ich sollte wohl künftig im Zimmer bleiben.
- Beziehungsohr (Wahrnehmung bildet das Verhältnis zum Sender ab): Ich habe sie enttäuscht, weil ich nicht da war. Oder: Ist doch nicht meine Schuld, soll sie sich doch besser organisieren!

Vertrauensbildung scheidet manchmal daran, dass eine wohlgemeinte Aussage getroffen wird, die beim Anderen aus den unterschiedlichsten Gründen dennoch anders ankommt. Eventuell „schwingen“ weitere Aspekte mit, auf die der Empfänger reagiert. Dies können ungelöste, sich im Unterbewusstsein abspielende Verletzungen oder Kränkungen sein, die Reaktionen auslösen, die der Sender meist gar nicht nachvollziehen kann und die in keiner Weise vorhersehbar sind.

Um Störungen in der Kommunikation zu vermeiden, sollte Folgendes beachtet werden:

Regel für Sender: Sachverhalte klar und verständlich äußern, ICH-Botschaften und Wertschätzung vermitteln, Aufforderungen eindeutig und klar formulieren!

Regel für Empfänger: Genau hinhören, bei Unklarheiten rückfragen, mögliche

Konflikte sachlich ansprechen und eine Handlungsaufforderung wiederholen lassen!

**Carl Ransom Rogers**<sup>(4)</sup> entwickelte die klientenzentrierte Gesprächsführung. Er geht davon aus, dass der Mensch aufgrund seiner biographischen Erfahrung selbst am besten wisse, was gut für ihn ist. Er habe alle erforderlichen Ressourcen zur Lösung seines Problems bereits in sich.

Rogers sagt: „Der Mensch ist gut!“

Die Aufgabe des Beraters ist es, den Patienten wertschätzend, empathisch und glaubwürdig zu den Lösungen hin zu führen, für die dieser dann auch die Verantwortung übernimmt.

Diese Sichtweise und Gesprächsführung war in der Mitte des letzten Jahrhunderts völlig neu in der Psychotherapie und eröffnete neue Therapieansätze. Zur Verdeutlichung soll hier ein vorstellbarer Dialog während eines Patientengesprächs mit dem Pflegeexperten aufgezeigt werden:

Patient sagt: „Na, ich kann mir aber wirklich etwas Schöneres vorstellen, als so ein Stück Darm am Bauch!“

Pflegeexperte sagt: „Ja schon, aber in 8 Wochen kriegen Sie das Stoma doch sowieso wieder zurück verlegt!“

Das weitere Gespräch könnte möglicherweise problematisch werden.

In der klientenzentrierten Gesprächsführung hätte die Antwort des Pflegeexperten folgendermaßen lauten können:

„Ja, ich kann mir vorstellen, dass Sie noch eine Weile brauchen, bis Sie sich an Ihr Stoma gewöhnt haben.“

Ist dem so?“

Damit soll keinesfalls angedeutet werden, dass Pflegeexperten als (Hobby-) Psychologen auftreten sollen. Das wäre unangemessen und steht uns nicht zu. Es ist jedoch sehr hilfreich, sich Gedanken darüber zu machen, wie wir als Pflegeexperten während der täglichen Gespräche Patienten bestmöglich unterstützen können und welche Macht und Kraft unsere Sprache haben kann! Denn: Die Qualität der Kommunikation bestimmt die Qualität der Beziehung!

### Kompetenz in Schulung, Beratung und Anleitung

Eine weitere Kompetenz der Pflegeexperten ist die geplante, ziel- und ergebnisorientierte Vorgehensweise in Schulung, Beratung und Anleitung.

**Barbara Klug-Redmann**<sup>(5)</sup> beschreibt

3 Kompetenzen, die es seitens des Beraters zu erwerben gilt.

Die kognitive Kompetenz vermittelt Wissen und Informationen.

Die effektive Kompetenz lenkt den Patienten zu krankheitsgerechter Lebensweise mittels Arbeiten an Wertvorstellungen und Sichtweisen.

Die psychomotorische Kompetenz fördert motorische Fähigkeiten, damit der Patient durch individuelle Anleitung eine alltagstaugliche Handlungskompetenz erwirbt.

Der Patient soll hierfür gefördert und ausgestattet werden mit Kompetenzen für die Krankheitsbewältigung, Anpassungsfähigkeit, Autonomie, Selbstbestimmung und -versorgung.

Grundsätzlich sind Patienten eher bereit, Schulungsangebote und Informationen anzunehmen, wenn eine realistische Durchführbarkeit im Leben und Arbeitsalltag für sie nachvollziehbar ist.

### Haltungen und Sichtweisen

Die **Kompetenz der Eigenreflexion** setzt die Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit inneren Haltungen und Sichtweisen voraus.

Der O.K.-Corral (der Name ist lediglich ein Wortspiel mit Sinn) von **Eric Berne**<sup>(6)</sup> ist ein Modell der Transaktionsanalyse und soll innere Haltungen bewusst machen. Er sensibilisiert für innere Abläufe und unterstützt die Eigenreflexion. Er kann somit zu einer konstruktiven Gesprächsatmosphäre beitragen und ist in diesem Sinne unterstützend für die Vertrauensbildung. Hier sind die vier möglichen Haltungen, sich selbst im Zusammenhang mit dem Gegenüber zu sehen und zu erleben, aufgezeigt:

**Ich bin O.K. – Du bist O.K.**  
**Ich bin O.K. – Du bist nicht O.K.**  
**Ich bin nicht O.K. – Du bist O.K.**  
**Ich bin nicht O.K. – Du bist nicht O.K.**

Für das präoperative Gespräch (und nicht nur da) ist die Haltung des Pflegeexperten „Ich bin O.K. – Du bist O.K.“ besonders wertschätzend. Die Begegnung zwischen Patient und Pflegeexperte findet auf Augenhöhe statt. Dies zeigt sowohl die nötige Eigenliebe als auch Achtung, Respekt und Wertschätzung des Gegenübers. Die innere Haltung und Einstellung hat unbewusst Einfluss auf unser Verhalten und Menschen reagieren entsprechend darauf.

## Zusammenfassung:

Vertrauen ist die Basis für jede entstehende Beziehung. Dies ist jedoch kein stabiler oder selbstverständlicher Zustand, denn er muss sich stets bewähren innerhalb einem Prozess, der Veränderungen und Schwankungen unterliegt.

Eine unbelastete, wertschätzende Beziehung zwischen Patient, dessen Angehörige und der Pflegeexperten ist das Fundament dafür, dass der Rehabilitationsprozess der Betroffenen in einer konstruktiven Atmosphäre stattfinden und das Ziel, die größtmögliche Selbständigkeit und Autonomie stomabetroffener Menschen, erreicht werden kann. Die Beachtung dieser Wertschätzung ist die Voraussetzung dafür, dass Pflegeexperten SIW mit ihrer persönli-

chen, fachlichen und menschlichen Kompetenz und unter Einsatz geeigneter Kommunikationsinstrumente ihren Beratungsauftrag mit stomabetroffenen Menschen erfüllen können. Eine fundierte Ausbildung der Pflegeexperten in diesen Kommunikationstechniken und -grundlagen, sowie eine regelmäßige und bedürfnisorientierte Fortbildung in diesen Bereichen sichern den Ausbau und die Nachhaltigkeit dieser Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Die Inhalte dieses Artikels sind nicht nur auf das präoperative Gespräch zu beziehen, sondern auf den gesamten Rehabilitationsprozess bei Stomabetroffenen. Abschließen möchte ich mit einem Zitat von **Hilde Steppe**<sup>(7)</sup>:

*„Die Art der Persönlichkeit, zu der sich eine Krankenschwester entwickelt, ist entscheidend dafür, was der Patient während seiner Krankheit lernen kann.“*

Quellennachweis: Literatur bei der Autorin.

Informationen zu den Personen:

- (1)= Krankenschwester und Pflegewissenschaftlerin, 1909-1999
- (2)= Psychotherapeut, 1921-2007
- (3)= Psychotherapeut, geb. 1944
- (4)= Psychotherapeut, 1902-1987
- (5)= Expertin für Patientenedukation
- (6)= Psychotherapeut, 1910-1970
- (7)= Krankenschwester, Pflegewissenschaftlerin und Professorin, 1947-1999



Andrea Forstner,  
GUK, Pflegeexpertin SIW



40 Jahre Deutsche ILCO e.V. - München, 1.-3. Juni 2012

**Sich informieren – miteinander reden – zusammen feiern:  
Zum 40. Geburtstag bietet dieses bundesweite Treffen der ILCO  
Wissenswertes und Kurzweiliges für  
Mitglieder, Aktive, Fachleute, Freunde und Interessierte.**



### Veranstalter:

Deutsche ILCO e.V., Thomas-Mann-Str. 40, 53111 Bonn,  
Telefon 0228 338894-50, Fax -75,  
E-Mail: [info@ilco.de](mailto:info@ilco.de) und im Internet: [www.ilco.de](http://www.ilco.de)

# Die präoperative Stomamarkierung – Eine moderne Standardprozedur in deutschen Kliniken?



## Zusammenfassung

Die Suche nach der optimalen Position einer geplanten Stomaanlage ist präoperativ als eine der wichtigsten Aufgaben des Chirurgen, der betreuenden Pflegeexperten und des Betroffenen selbst anzusehen. In der täglichen Versorgungspraxis stellen Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde immer wieder fest, wie entscheidend die richtige Positionierung der späteren Stomaanlage bei geplanten Eingriffen für die spätere Versorgungssituation der Stomaanlage und somit für die davon stark beeinflusste Lebensqualität der Betroffenen ist. Zahlreiche Veröffentlichungen in der deutschsprachigen und der internationalen Fachliteratur fordern demnach seit Jahren die regelhafte und standardisierte Durchführung

der präoperativen Stomamarkierung zur Vermeidung späterer Fehlpositionierungen. Die Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde führte im Jahre 2011 eine Umfrage durch, um die tatsächliche Handhabung der präoperativen Stomamarkierung in den Kliniken zu erforschen. Die Ergebnisse sind eher ernüchternd und lassen einen dringenden Handlungsbedarf erkennen.

## Schlüsselworte:

*Stoma, Präoperative Markierung, Fehlpositionierung, Lebensqualität*

## Abstract

Searching for the best position for a planned ostomy is one of the most important jobs for the surgeon, the nurse care specialist and for the patient in the pre-

operative period. The daily reality shows the nurse care specialists, how important the right position for the following stoma care and the quality of life as the result of this will be. Many publications in german language and international publications are demanding for the regular and standardized procedure for preoperative stoma siting since many years to avoid poor stoma locations. The German association of nurse care specialists, the FgSKW realized in 2011 an online-survey to investigate the handling of preoperative stoma siting in the hospitals. The results are rather sobering and show an urgent need for actions.

## Key-words:

*ostomy, preoperative stoma siting, poor stoma siting, quality of life*

**M**ehr als 30 Jahre Erfahrung in der Stomatherapie in Deutschland und sehr intensive Bemühungen um die Verbreitung des Expertenwissens in Bezug auf die Sinnhaftigkeit der präoperativen Stomamarkierung, die Durchführungstechnik dieser Handlung und die Bedeutung einer guten Stomapositionierung im Ergebnis für die Versorgungssituation der Stomabetroffenen haben wir in der Bundesrepublik Deutschland erlebt. Dennoch zeigen sich im Versorgungsalltag erstaunlich viele Menschen mit einer nicht optimalen Stomaanlage aufgrund einer ungeeigneten Stomapositionierung.

Dies war Grund genug für die Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. (FgSKW e.V.) die tatsächliche Handhabung der präoperativen Markierung in der Alltagswelt in unseren Kliniken zu erforschen. Zu diesem Zweck führte die FgSKW im Jahre 2011 eine Online-Umfrage unter Experten durch. Die Ergebnisse dieser Umfrage finden Interessierte in einer zusammenfassenden Darstellung auf der Homepage der Fachgesellschaft unter: [www.fgskw.org](http://www.fgskw.org) zum Download bereit.

Einige Ergebnisse sind jedoch an dieser Stelle vorab herauszustellen: Fast 40% der Betroffenen erhalten bei geplanten Eingriffen keine präoperative Markierung.

Zusätzlich finden sich bei der Hälfte der Menschen, die eine solche präoperative Markierung erhalten haben, deutliche Abweichungen zwischen der markierten Position und der tatsächlichen Stomalokalisation am Ende der Operation. Die Gründe hierfür sind zu erforschen und in der fachlichen Diskussion mit den beteiligten Berufsgruppen zu thematisieren.

Als Ergebnis dieser Umfrage veröffentlicht die Fachgesellschaft in dieser **MagSi®** eine schriftliche Handlungsanweisung, die in den Kliniken als Vorlage zur Eingliederung einer hauseigenen und verbindlichen Handlungsanweisung nach den Kriterien des Qualitätsmanagement-Prozesses dienen kann. (Bitte lesen Sie auch den Beitrag auf der Seite von Gabriele Gruber zu diesem Thema, auf Seite 17).

Die FgSKW gestattet die Verwendung dieser standardisierten Handlungsanweisung unter Angabe der Quelle und

Beachtung des Urheberrechtes zur Verwendung in allen betroffenen Abteilungen und Einrichtungen der Kliniken. Wir hoffen, damit einen verantwortungsvollen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation stomabetroffener Menschen in unserem Handlungsfeld geleistet zu haben.

Werner Droste  
Vorsitzender FgSKW e.V.  
[werner.droste@fgskw.org](mailto:werner.droste@fgskw.org)  
[www.fgskw.org](http://www.fgskw.org)

#### Literatur

1. Colwell, Janice C. and Gray, Mikel; Does Preoperative Teaching and Stoma Site Marking Affect Surgical Outcomes in Patients Undergoing Ostomy Surgery?, *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2007;34(5):492-496.
2. Pittman, Joyce; Characteristics of the Patient With an Ostomy, *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing: May/June 2011 - Volume 38 - Issue 3 - p 271-279 doi: 10.1097*
3. Erwin-Toth P, Barrett P., *Stoma site marking: a primer. Ostomy Wound Manage.* 1997 May;43(4):18-22, 24-5.
4. Gruber, Gabriele; Droste, Werner; *Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie: für Krankenhäuser, die ambulante Homecare-Versorgung und Rehabilitationskliniken; Schluetersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG; Auflage: 2., überarb. Aufl. 2010 ISBN-10: 3899932641 ISBN-13: 978-3899932645*
5. Bass EM; Del Pino A; Tan A; Pearl RK; Orsay CP; Abcarian H; Does preoperative stoma marking and education by the enterostomal therapist affect outcome? *Diseases Of The Colon And Rectum,* 1997 Apr; 40 (4): 440-2.
6. AUA and WOCN Joint Position Statement on the Value of Preoperative Stoma Marking for Patients Undergoing Urinary Ostomy Surgery, <http://www.aunet.org/content/media/uostomystoma.pdf>
7. WOCN Position Statement: Stoma Site Marking <http://www.wocn.org/resource/resmgr/stomasite2004.pdf>
8. The American Society of Colon & Rectal Surgeons (ASCRS) Stoma Siting Procedure, [http://www.fascrs.org/physicians/position\\_statements/stoma\\_siting](http://www.fascrs.org/physicians/position_statements/stoma_siting)

## Diakonisches Institut für Soziale Berufe



- ▶ **Wundexperte ICW – Basisseminar**  
Beginn: 17. September 2012 in **Stuttgart**
- ▶ **Pflegeexperte Stoma • Kontinenz • Wunde**  
Beginn: 21. Mai 2012 in **Dornstadt**
- ▶ **Wundexperte ICW – Basisseminar**  
Beginn: 31. Mai 2012 in **Dornstadt**
- ▶ **Pflegetherapeut Wunde – Aufbau-seminar**  
Beginn: 4. Dezember 2012 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](mailto:info@diakonisches-institut.de), [www.diakonisches-institut.de](http://www.diakonisches-institut.de)

# Handlungsanweisung „Präoperative Markierung“ erarbeitet durch die FgSKW e. V.

## Präoperative Maßnahmen

Die Rehabilitation des Stoma-trägers beginnt spätestens mit der Aufnahme des Patienten in der Klinik. Zunehmend werden das Aufklärungsgespräch durch den Arzt und das präoperative Gespräch durch den Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde zur systematischen und zielgerichteten Information und Bedarfsermittlung [1, 2, 3] für Patienten, die ein Stoma erhalten sollen, auch prästationär angeboten. Das präoperative Gespräch ermöglicht unter anderem dem Patienten die Klärung seiner Fragen, um einen Ausblick auf seine zukünftige Situation zu erhalten [1, 2, 4, 5, 9]. Es kann Sicherheit vermitteln und die Motivation zur Mitarbeit im Rehabilitationsprozess zur Selbstpflege durch angebotene Anleitung, Beratung oder Schulung fördern. [3; S. 42-46]. Die präoperative Markierung kann Stomafehllagen vorbeugen [1, S. 28; 4, S. 28;]

Das präoperative Gespräch und die Markierung sind also lange bekannte und wichtige Bestandteile der Rehabilitation [4, 5]. Diese Zielsetzungen, der individuellen und bedarfsgerechten Vorbereitung und Durchführung im Versorgungsprozess sind u. a. in der Literatur [1, S. 28, 2, S. 18] und im Sektorenübergreifenden Leitfaden Stomatherapie für Krankenhäuser, die ambulante Versorgung und Rehabilitationskliniken [3] beschrieben. Zahlreiche Berichte von Betroffenen bestätigen diese Forderungen und Aussagen in der Vergangenheit und aktuell in Erfahrungsberichten [5].

**„Diese präoperativen Maßnahmen, häufig in der Praxis angewandte, in der Literatur beschriebene Vorgehensweisen finden bei elektiven Eingriffen jedoch nur in unzureichendem Maße statt.“**

### Hintergrund für diese Aussage:

Im Herbst 2011 führte die FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V.) eine freiwillige, anonymi-

sierte Online-Befragung über ihre Homepage [www.fgskw.org](http://www.fgskw.org) durch. Insgesamt beteiligten sich 219 Personen (N=219) an der Online-Befragung.

Drei Ergebnisse der FgSKW-Umfrage werden für die anstehende Erarbeitung einer Handlungsanweisung „Präoperative Markierung“ aus der Befragung herausgenommen. Diese sind:

#### 1. Ergebnis:

Zwei von drei Menschen (63,93%) erhalten nach den Angaben der Teilnehmer dieser Umfrage in ihren Einrichtungen präoperativ bei elektiven Eingriffen eine Markierung der geplanten Stomaanlage. Jeder Dritte Stomaträger erhält demnach zuvor keine präoperative Stomamarkierung bei einem geplanten Eingriff. Nach dem Vorgehen im Notfall wurde hier nicht gefragt.

#### 2. Ergebnis:

Nur knapp 30% (29,28%) der Teilnehmer gaben an, über eine schriftliche Handlungsanweisung zur Durchführung der präoperativen Markierung in Ihren Einrichtungen zu verfügen.

#### 3. Ergebnis:

Zwei Drittel (64,33%) aller präoperativen Markierungen werden selbstständig durch Pflegefachkräfte ohne ärztliche Beteiligung ausgeführt. Jede Fünfte Markierung (21,02%) wird nach Angaben der Teilnehmer durch den operierenden Chirurgen durchgeführt. Jede 10. Markierung (9,55%) wird gemeinsam von Pflegefachkraft und operierendem Chirurgen durchgeführt.

Diese 3 Ergebnisse aus der Umfrage und die bereits veröffentlichte Arbeitsanweisung 2.3 „Markierung der Stomaanlage“ - aus dem Sektorenübergreifenden Leitfaden [1] wurden praxisorientiert überarbeitet und werden hiermit als Handlungsanweisung durch die FgSKW e. V. veröffentlicht.

### Begründung und Vorgehen:

Es war schon immer Ziel der Stomatherapie, an der größtmöglichen Rehabili-

tation der Betroffenen sowie ihrer Selbstständigkeit im Versorgungsprozess präoperativ und poststationär mitzuwirken [2, 3, 4]. Die Beratung, Anleitung und Schulung, sowie die Markierung der späteren Stomalokalisation bildet die Voraussetzung für Lebensqualität [1, S. 19-21; 2, S.17-21; 8; 9] und die Reintegration der Betroffenen in das gewohnte Umfeld bzw. in den Beruf. Dies erfordert ein multidisziplinäres und ganzheitliches Vorgehen, ein ineinander greifen ärztlicher und pflegerischer Aufklärung, Behandlung und Begleitung im multiprofessionellen Team über den Krankenhausaufenthalt hinaus [3, 4].

Hierzu zählt auch, dass beruflich Pflegende im Qualitätsmanagement mitarbeiten. Jedoch, Qualitätsmanagement wird in manchen Fällen noch als notwendiges Übel verkannt, ohne die Chance zu erkennen, dass wir Pflegenden an dauerhaften Veränderungen mitwirken können. [6, S. VII]

Qualitätsstandards, welche die Pflegenden in der Praxis und für das Qualitätsmanagement benötigen, werden am Besten unter Mitarbeit von PflegeexpertInnen entwickelt, um den Entwicklungen und Anforderungen in der Praxis zu entsprechen. [7] Diese Entwicklung soll mit der aktualisierten Veröffentlichung dieser und weiterer Handlungsanweisungen der FgSKW, wo noch nicht begonnen, initiiert und für bereits etablierten QM-Systeme und deren Aktualisierung unterstützt werden. Die Ergebnisse werden nun nach Fertigstellung als Handlungsanweisung durch die FgSKW e. V. veröffentlicht.

Nach der Veröffentlichung dieser Handlungsanweisung ist es ein Ziel, eine berufsgruppenübergreifende Bearbeitung, unter Einbeziehung von Selbsthilfeorganisationen zu initiieren und eine Leitlinie zu erstellen und zu veröffentlichen. Zusätzlich soll durch dieses Vorgehen mitgewirkt werden, Stomafehllagen vorzubeugen und die Notwendigkeit der Markierung, ebenso wie die Forderung ein Stoma prominent zu operieren [1, S. 29; 33-55] bestätigt werden.

## Autorin:

Gabriele Gruber, MSc, München,  
kontakt@gabriele.-gruber.de

für die FgSKW Fachgesellschaft Stoma,  
Kontinenz und Wunde e. V.

Überarbeitung der Handlungsanweisung  
unter Mitarbeit von:

Monika Backhaus, Wuppertal,  
Heinz Behnje, Koblenz,  
Antje Brosemann, Wuppertal,  
Andrea Forstner, Stuttgart,  
Gabriele Gruber, MSc, München,  
Manuela Kaser, München,  
Ricky Karg-Straninger, München,  
Karin Simons, München,  
Anja Tork, Dülmen

## Literaturangaben

[1] Säuberli H., *Intestinale Stomata – Indikation, Vorbereitung, operative Technik, Rehabilitation und Nachsorge*, Verlag Hans Huber, Bern, 1985, ISBN: 3-456-81358-9

[2] Feil-Peter H., *Stomapflege – Enterostomatherapie: Stoma- und Wundversorgung*, Schlütersche Verlagsgesellschaft, mbH & Co. KG; Hannover 7., überarbeitete Auflage, 2001, ISBN: 3-87706-660-7

[3] Gruber, G.; Droste, W.; *Sektorenübergreifender Leitfaden Stomatherapie: für Krankenhäuser, die ambulante Homecare-Versorgung und Rehabilitationskliniken*; Schluetersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG; Hannover Auflage: 2., überarb. Aufl. 2010, ISBN-10: 389993264, ISBN-13: 978-3899932645

[4] Englert G., P. Kruck, *Die Rehabilitation des Stomaträhgers*, 1998, by Deutsche ILCO e. V., Freising, ISBN: 3-923843-04-6

[5] *ILCO Praxis*, 1/12, Organ der deutschen ILCO e. V., 39. Jahrgang; März 2012, ISSN: 0724-8016, Seite 12-14 und Seite 46 bis 48;

[6] Ertl-Wagner, B.: *Qualitätsmanagement & Zertifizierung Praktische Umsetzung in Krankenhäusern, Reha-Kliniken, stationären Pflegeeinrichtungen*; Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2009, ISBN: 978-3-540-89084-3

[7] Dangl, B.: *Pflegerische Entlassungsplanung Ansatz und Umsetzung mit dem Expertenstandard*; Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, München, 2004, ISBN: 3-437-27010-9

[8] Ratliff, Catherine R: *Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing*; September/October 2010 - Volume 37 - Issue 5 - p 505-510 doi: 10.1097/WON.0b013e3181edac57 *Ostomy Care Early Peristomal Skin Complications Reported by WOC Nurses*

[9] Winkler, Rainer: *Stomatherapie: Atlas u. Leitf. für intestinale Stomata*; Thieme Verlag, Stuttgart, 1983, ISBN: 3-13-646002-2

# Schaefers

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

# Handlungsanweisung präoperative Markierung überarbeitet durch die FgSKW, März 2012

©FgSKW e.V. 2012

**Ziel:** Die optimale Stomalokalisation ist gekennzeichnet. Dies bildet, in Kombination mit der ärztlichen Aufklärung und dem präoperativen Gespräch u.a. die Voraussetzung für eine sichere Selbstversorgung [1, 2, 3, 4, 5]. Die Markierung in Verbindung mit der prominenten Stomaanlage sind Voraussetzung und Prophylaxe von Stomafehltagen, Versorgungsschwierigkeiten sowie Komplikationen. [1, 4, 5, 8]

## Maßnahmen:

- Vorbereitung zur optimalen Stomalokalisation während der OP, nach der ärztlichen Aufklärung, in ausreichendem zeitlichen Abstand zur OP von mind. 24 h. [1]

## Ergebnisse:

- Voraussetzung für die Sicherung der Selbstversorgung und Prophylaxe von Stomafehltagen

## Häufigkeit:

- Einmal vor der Operation

## Hinweise:

- Erfolgt grundsätzlich durch den Arzt. Wird entsprechend interner Regelung mit der Pflegefachkraft/ Stomatherapeutin besprochen oder auch an sie schriftlich delegiert. Kann entsprechend ärztlicher Anweisung im Rahmen des präoperativen Gesprächs erfolgen.
- Definition der Lokalisation durch den Arzt z. B.:
  - Ileostomie endständig oder doppelläufig; Ileum-Conduit: - **im rechten Unterbauch**
  - Transversostomie, doppelläufig; Urostomien (Ureterhautfisteln): - **im rechten oder linken Oberbauch**
  - Sigmacolostomie, endständig oder doppelläufig; Colon-Conduit: - **im linken Unterbauch** (Conduits und Ureterocutaneostomien unterhalb des unteren Nierenpols markieren. Refluxprophylaxe)

## Ergebnisse:

- Optimale Lokalisation, Prophylaxe von Komplikationen, Sicherstellung der Selbstversorgung

## Material:

- Aufklärungsbögen, Ratgeber oder ggf. Schautafeln
- Stomaversorgung
  - postoperative Produkte
  - und evtl. Produkte zur geplanten späteren Entlassungsversorgung, Informationen zur geplante Entlassung und deren Organisation
- Hautmarker o. ä.- evtl. Fixierung der Markierung.

## Ergebnisse:

- Unterstützung der Gesprächsführung
- Demonstration der Post-OP-Versorgung, Kontrolle der Lokalisation mit der geplanten späteren Versorgung und Informationen des Betroffenen zum Prozessablauf in der Klinik
- Desinfektionsmittelfeste Markierung der Lokalisation

## Durchführung:

Markierung der späteren Stomaposition. Bei unklarer Sachlage eventuell mehrere Stoma-Positionen markieren, um eventuelle intraoperative Entscheidungen zu berücksichtigen.

1. Markierung sollte gut für den Patienten zu sehen sein, bei adipösen Patienten sich evtl. an der höchstmöglichen Stelle des Bauches befinden. Die Anatomie des Patienten ist zu berücksichtigen.
2. Markierung wird im Liegen, Sitzen, in gebeugter Haltung und Stehen durchgeführt. Evtl. in Rotation oder unter besonderen Aspekten der persönlichen Gewohnheiten, Berufstätigkeit oder des Glaubens durchgeführt.
3. Geplante Schnittführung des Arztes wird beachtet.
4. Bauchfalten werden beachtet, oder zur Orientierung bei OP eingezeichnet Das Stoma ist fern von knöchernen Vorsprüngen, Nabel, Leiste und Genitalien und alten Narben oder Drainagestellen zu halten. Es sollten keine Hautveränderungen wie Warzen oder Muttermale im zukünftigen Versorgungsbereich sein und nicht im Bestrahlungsgebiet liegen!
5. Es wird idealerweise eine glatte Fläche von 10 x 10 cm und mind. 5 x 5 cm im parastomalen falten- und narbenfreien Bereich eingehalten.
6. Der Patient wird einbezogen und ihm wird Zeit für seine Fragen gegeben.
7. Kleidungsgewohnheiten werden beachtet.
8. Anbringen einer relevanten alltagstauglichen Stomaversorgung (Nicht Post-OP-Versorgung zur Kontrolle verwenden).

## Ergebnisse:

1. Sichere Selbstversorgung ist gewährleistet.
2. Bauchdeckenverhältnisse können besser eingeschätzt werden, Beruf, kulturelle Bedürfnisse usw. sind berücksichtigt.
3. Die Stomaversorgung kann nach OP außerhalb der OP-Wunde angebracht werden.
4. Prophylaxe von Stomafehltagen und Versorgungsproblemen
5. Möglichkeit der sicheren Anbringung der Stomaversorgung nach Operation
6. Es wird Sicherheit vermittelt/erreicht und das Vertrauen für die weitere Zusammenarbeit gelegt.
7. Kontrolle der Lokalisation auch unter Bewegung
8. Kontrolle der Stomalokalisation unter geplanten Alltagsbedingungen

## Besonderheiten oder Abweichungen:

- Markierung mehrerer Stomalokalisationen wird empfohlen, besonders wenn noch kein eindeutiges OP-Vorgehen bekannt ist.

## Ergebnisse:

Auch bei unvermutetem OP-Fortgang wird eine möglichst optimale Lokalisation für die Stomaposition gewählt.

## Dokumentation

- Zeitpunkt und Umfang, Inhalte der Beratung in Stichpunkten
- Lokalisation der Stomaanlage

**Entsorgung des Materials:** Keine

## Zeitangaben

- Hauspezifisch zu definieren

Erstellt:

Geprüft/freigegeben:

Korrektur erfolgt am:

## Quelle:

[3]  
Gabriele Gruber, MSc, München  
Krankenschwester,  
Enterostomatherapeutin,  
ÖVQ-Qualitätsmanagerin  
kontakt@gabriele-gruber.de

für die FgSKW Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz  
und Wunde e. V.

Überarbeitung der Arbeitsanweisung aus dem  
„Sektorenübergreifenden Leitfadens Stomatherapie  
für Krankenhäuser, die ambulante Homecare-  
Versorgung und Rehabilitationskliniken“, im Feb.  
2012, unter Mitarbeit von:

Monika Backhaus, Wuppertal,  
Heinz Behnje, Koblenz,  
Antje Brosemann, Wuppertal,  
Andrea Forstner, Stuttgart,  
Gabriele Gruber, MSc, München,  
Manuela Kaser, München,  
Ricky Karg-Straninger, München,  
Karin Simons, München,  
Anja Tork, Dülmen

## Literaturangaben

[1]  
Säuberli H., *Intestinale Stomata – Indikation, Vor-  
bereitung, operative Technik, Rehabilitation und  
Nachsorge*, Verlag Hans Huber, Bern, 1985,  
ISBN: 3-456-81358-9

[2]  
Feil-Peter H., *Stomapflege – Enterostomatherapie:  
Stoma- und Wundversorgung, Schlütersche  
Verlagsgesellschaft, mbH & Co. KG; Hannover 7.,  
überarbeitete Auflage, 2001, ISBN: 3-87706-660-7*

[3]  
Gruber, G.; Droste, W.; *Sektorenübergreifender  
Leitfadens Stomatherapie: für Krankenhäuser, die  
ambulante Homecare-Versorgung und Rehabili-  
tationskliniken; Schluetersche Verlagsgesellschaft  
mbH & Co. KG; Hannover Auflage: 2., überarb.  
Aufl. 2010, ISBN-10: 389993264,  
ISBN-13: 978-3899932645*

[4]  
Englert G., P. Kruck, *Die Rehabilitation des Stomat-  
rängers*, 1998, by Deutsche ILCO e. V., Freising,  
ISBN: 3-923843-04-6

[5]  
*ILCO Praxis, 1/12, Organ der deutschen ILCO e. V.,  
39. Jahrgang; März 2012, ISSN: 0724-8016,  
Seite 46 bis 48*

[6]  
Ertl-Wagner, B.: *Qualitätsmanagement & Zertifi-  
zierung Praktische Umsetzung in Krankenhäusern,  
Reha-Kliniken, stationären Pflegeeinrichtungen,;*  
Springer Medizin Verlag, Heidelberg 2009,  
ISBN: 978-3-540-89084-3

[7]  
Dangl, B.: *Pflegerische Entlassungsplanung  
Ansatz und Umsetzung mit dem Expertenstandard,;*  
Elsevier GmbH, Urban & Fischer Verlag, München,  
2004, ISBN: 3-437-27010-9

[8]  
Ratliff, Catherine R: *Journal of Wound, Ostomy  
& Continence Nursing: September/October 2010  
- Volume 37 - Issue 5 - p 505-510 doi: 10.1097/  
WON.0b013e3181edac57 Ostomy Care Early  
Peristomal Skin Complications Reported by  
WOC Nurses*



Neues Design!  
Gleicher Inhalt!

Die Eakin Cohesive® Hautschutzpaste  
ist die **einzige völlig alkoholfreie  
Paste**, die speziell für empfindliche  
oder schon gereizte Haut mehr  
Komfort und Sicherheit bietet.

## Von Anfang an Hautprobleme vermeiden

eakin®  
Weil Hautschutz wichtig ist.

### 1. Wirkungsvoller Enzyblocker

Eakin Cohesive® bildet ein Schutzgel und reduziert so  
die digestive Enzym-Aktivität auf der Haut.<sup>1)</sup>

### 2. Überzeugende Feuchtigkeitsaufnahme

Eakin Cohesive® absorbiert Feuchtig-  
keit, dichtet ab und sorgt dafür, dass  
sie nicht mit der Haut in Berührung  
kommt.<sup>1)</sup>

### 3. Bakterienhemmender Hautschutz

Die natürlichen Substanzen der Eakin Cohesive® Hautschutzpaste  
wirken **bakterienhemmend**, indem sie den pH-Wert der Haut  
schonend regulieren. So kann verhindert werden, dass die Haut  
bakteriell oder chemisch angegriffen und verändert wird.<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> Quelle Data on file: Dr. Grace McGrogan, Queen's University, Belfast, UK



Beratung und Musteranforderung:  
**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 • www.eakin.de

# ConvaTec

## Modellierbare Technologie

### Inspiration und Innovation

Die ConvaTec modellierbare Technologie ist eine innovative Produktentwicklung, mit der wir in der Stomaversorgung ganz neue Maßstäbe setzen. Hierbei handelt es sich um ein zweiteiliges Versorgungssystem, bei dem – anders als bei herkömmlichen Produkten ganz auf das Zuschneiden verzichtet werden kann. Die Basisplatte besteht aus einem hautschonendem Material, welches mühelos mit den Fingern auf die entsprechende Stomaform und –größe modelliert werden kann.

### Einfach in der Handhabung

Dank der Modellierbarkeit des Materials, ist die ConvaTec modellierbare Technologie geeignet, jede Stomagröße und -form zu versorgen.



### Anschmiegsame Abdichtung

Das äußerst flexible Material erlaubt dem Hautschutz, sich bei Bedarf zu dehnen oder auch zusammenzuziehen, um eine möglichst maximale Abdichtung in allen Lebenslagen zu erzielen.



### Vielseitig und individuell

Nach dem Anlegen der Basisplatte wird das modellierbare Material sanft in Richtung Stoma zurückgeschoben. Es schmiegt sich ohne das Stoma einzuengen an, so dass unbedeckte Hautstellen weitestgehend vermieden werden.



### Das sagen Anwender zur Hautschutzleistung der ConvaTec modellierbaren Basisplatten<sup>1)</sup>

Der mittlere Prozentsatz der Bewertungen mit „hervorragend“ oder „sehr gut“ lag für Kolostomien bei: **89%**  
für Ileostomien und Urostomien bei: **93%**



Für weitere Informationen wenden Sie sich an:  
**Convatec** (Germany) GmbH  
Radlkofenstr. 2,  
81373 München

Gebührenfreie  
Kundenberatung:  
**0800 78 66 200**

1) A Prospective Multicenter Evaluation of a Moldable Stoma Skin Barrier („Eine prospektive multizentrische Evaluation eines modellierbaren Stoma-Hautschutzes“), Jo Hoeflok, RN, BSN, MA, ET, CG®, Delilah Guy, RN, BN, ET; und Diane St-Cyr, RN, ET, Med; Ostomy Wound Management, May 2009 (62-69)

# Lebensbalance

**Frau Elke Schuster hat eine sehr schwierige Zeit hinter sich. Sie hat in den vergangenen drei Monaten viel gearbeitet. Auf ihrer Station im Krankenhaus geht es derzeit drunter und drüber. Doppel-Schichten sind an der Tagesordnung, da durch Umstrukturierungsmaßnahmen viele ihrer vorherigen Kollegen gegangen sind. Die derzeitige Stationsleitung ist seit acht Wochen krank und im Rahmen ihrer Funktion als stellvertretende Leitung hat Sie zusätzliche Aufgaben übernommen. Eine dieser neuen Aufgaben war die Projektleitung. Ein Ziel dieses Projektes ist, das Teamklima deutlich zu verbessern und somit die Krankheitsrate zu senken. So sitzt Sie manchmal bis abends 22:00 Uhr in einer Besprechung oder am Schreibtisch.**

Im privaten Bereich ist ihr Mann gerade viel im Ausland und kann Sie nicht wie gewohnt unterstützen.

Was zunächst einmal klingt wie die klassische Geschichte eines Burnout-Syndroms, nimmt im weiteren Verlauf eine interessante Wendung.

„Komischerweise bekomme ich durch die extreme Form der Arbeit eher Energie, als dass es mir Kraft aussaugt“ sagt Elke Schuster. „Ich kann das gut aushalten, weil ich auf jede Aufgabe Lust habe. Das Projekt zur Verbesserung der Organisations-Kultur gibt mir zusätzlich die Möglichkeit Einfluss auf das zu nehmen, was um mich herum geschieht. Ich habe so die Möglichkeit zu verstehen, was um mich geschieht und kann es so verändern und gestalten“ (Aussage einer Mitarbeiterin im Mitarbeiterjahresgespräch 2009).

Die Ausführungen über die Krankenschwester Elke Schuster machen einen interessanten und wichtigen Punkt hinsichtlich Lebensbalance deutlich: Menschen können sich in Balance fühlen, auch wenn sie dabei überaus viel Zeit und Energie in ihre Arbeit investieren und zwar genau dann, wenn sie dabei ihren Bedürfnissen folgen. In meiner beruflichen Praxis erlebe ich sehr häufig Menschen, die trotz hohen Arbeits- und Familienbelastungen in Balance bleiben. Hingegen gibt es Andere, die schon bei leichteren Belastungen aus dem Gleichgewicht geraten. Dies betrifft auch Patienten, die trotz einer schweren Erkran-

kung und nachhaltigen Veränderungen im sozialen und finanziellen Umfeld ihre Balance nicht verlieren. Daraus lässt sich allgemein schlussfolgern.

Was wie eine wohltuende Lebensbalance aussieht, ist also individuell unterschiedlich und von den persönlichen Bedürfnissen abhängig. Doch was machen diese Menschen anders als Andere? Wie schaffen Sie es sich in Balance zu halten und wie kann man Menschen unterstützen, die ihre Balance verloren haben? Mit folgenden Fragen wird sich nun die Abhandlung auseinander setzen.

## Aktuelle Diskussionen über Life Balance

### Lebensbalance als Gleich- und Ungleichgewicht – ein Verteilungsproblem

Störungen der Lebensbalance wird als eine Art Verteilungsproblem aufgefasst. Reiter (2007) trennt die verschiedenen Definitionen nach den ethischen Ideologien, die ihnen zu Grunde liegen und unterscheidet auf der Basis der Ausprägung von Idealismus und Relativismus situationistische, absolutistische, subjektivistische und exzeptionistische Definitionen.

**Situationistische Definitionen** fokussieren das Individuum in Relation zu seinen Lebensumständen. Ihnen liegt der Ansatz zu Grunde, das bei verschiedenen Personen ihre Lebensbalance

dadurch erhalten, je nach dem was ihnen wichtig ist und wie ihre Lebensumstände gestaltet sind. Daher geht der situationistische Ansatz von keiner allgemeingültigen Regel aus, deren Befolgung für alle Menschen zu einer Lebensbalance führt.

Hinter **absolutistischen Definitionen** liegt hingegen die Annahme, dass es universelle Regeln gibt, die zum bestmöglichen Ergebnis für alle Personen führen. So stellen beispielsweise Greenhaus, Coolins und Shaw 2003 die Regel auf, dass es für die Erreichung von Lebensbalance notwendig sei, in den Bereichen Arbeit und Familie die gleiche Zeit und die gleiche Bemühung zu investieren, um die gleiche Zufriedenheit zu erfahren. Absolutistischen Definitionen lassen jedoch individuelle Bedürfnisse und situative Einflüsse außer Acht. Innerhalb dieser Definitionen wird vorgegeben, wie eine „richtige“ Lebensbalance gekennzeichnet ist, zum Beispiel durch eine gleichmäßige Verteilung der eigenen Zeit über verschiedene Lebensbereiche oder verschiedenen Lebensrollen. Fragwürdig ist, wie allgemeingültige diese Regeln tatsächlich sind: Ist es überhaupt realistisch, in bestimmte Lebensbereichen die gleiche Zeit und Energie aufwenden zu können, und ist es überhaupt für jeden Menschen mit seinen individuellen Bedürfnissen ein erstrebenswerter Zustand?

**Subjektivistische Definitionen** konzentrieren sich ganz auf das Individuum und schlagen vor, dass jeder Mensch

nach seinem eigenen natürlichen Rhythmus leben sollte, der individuell verschieden ist. Entscheidend ist es, ob das Individuum Glück empfindet. Dagegen sind **exzeptionistische Definitionen** eher selten zu finden, die wie die absolutistischen Definitionen von allgemeingültigen Regeln ausgehen, jedoch nach dem Prinzip der Maximierung des eigenen Nutzens zulassen, zum Beispiel „Weniger Arbeit, mehr Spiel“.

Die Tabelle gibt einen Überblick über die vier von Reiter (2007) unterschiedenen Ideologien hinter Lebensbalance-Definitionen.

Relativismus		
Idealismus	Hoch	Niedrig
Hoch	<b>Situationistisch:</b> Allgemeine Regeln werden abgelehnt, Definitionen beziehen Die individuelle Situation und individuell unterschiedliche Werte	<b>Absolutistisch:</b> Definitionen gehen von allgemein gültige Regeln aus, die zu einer bestmögliche Balance für alle Personen führen mit ein.
Niedrig	<b>Subjektivistisch:</b> Ansätze basieren auf persönlichen Werten, nicht auf universellen, Moralischen Prinzipien	<b>Exzeptionistisch:</b> Allgemeingültige Regeln beeinflussen Urteile, Definitionen sind jedoch offen für Ausnahmen

### Life-Lebensbalance als Stresskonzept

Renner (2008) fasst drei wesentliche Stresskonzepte als Ursache für eine Disbalance zusammen.

**Stress als Input** (Holmes/Rahe): In diesem Konzept wird angenommen, das Stress von externen Reizen und Umweltbedingungen abhängig ist. Dabei wird in inhaltliche, sowie familiäre Stressoren unterschieden.

Unter **Inhaltliche Stressoren** werden die sogenannten Zivilisationsstressoren verstanden wie z.B. Informationsüberflutung oder Lärm, wobei bei den familiären Stressoren eher eine Bindungs- oder Beziehungsproblematik sowie Rollenkonflikte zugrunde liegen. Dabei wird eine weitere Unterteilung in die sogenannte Stressdimensionen vorgenommen. Dazu gehören Ich-involvierende Stressoren, die einen hohen Selbstbezug aufweisen, die physischen Stressoren, die eine direkte körperliche Schädigung verursachen sowie die soziale Stressoren wie z.B. Mobbing, die sowohl physische als auch Ich-involvierende Stressoren aufweisen.

Das Konzept **Stress als Transaktion** (Lazarus) bezieht sich auf die internen Verarbeitungsprozesse, welche bei Umgebungs- oder inneren Anforderungen entstehen. Es werden hierbei 4 Phasen durchlaufen.

*Erste Phase:* Primäre Bewertung: Potentielle Stressoren werden in ihrer Bedeutung eingeschätzt.  
*Zweite Phase:* Sekundäre Bewertung: In dieser Phase kommt es zu einer stressbezogenen Auseinandersetzung. Bei der Personenmerkmale (Erfahrungen, Handlungsmuster, Persönlichkeitsstile) eine wesentliche Rolle für die Verarbeitung spielen können.

*Dritte Phase:* Stressbewältigung: Hier erfolgt die Umsetzung entweder emotionsbezogen (negative Emotionen) oder problembezogen (aktive Unternehmung gegen das bestehende Problem).  
*Vierte Phase:* Neubewertung der Situation: In der letzten Phase findet eine Art Bewertung der Situation statt. Hier spielen, wie schon bereits in der zweiten Phase, die Personenmerkmale eine wesentliche Rolle.

**Stress als Reaktion bzw. Output (Selye):** Bei diesem Konzept geht es um die eigentliche, körperliche Reaktionen. Stress wird als allgemeines Adaptionsyndrom des Organismus auf seine Umwelt verstanden. Körperliche Reaktionen werden in diesem Konzept als Schutzfunktion interpretiert, die auf eine negative innere Verarbeitung, wie sie im Konzept der Transaktion beschrieben worden ist, hinweisen.

Zusammenfassend lässt sich sagen, das die Definitionen von Balance sehr unterschiedlichen Ansätzen folgen. Und wie Balance gemessen wird, hängt von der Definition ab. Aus diesem Grund existieren eine Reihe von Theorien bzw. Kon-

zepte zu diesem Thema, die nur schwer mit einander vergleichbar sind.

Praktisch nützlich sind vor allem die situationistischen Definitionen, die das Konzept der Stressverarbeitung beinhalten, da sie individuelle Bedürfnisse, Werte und Lebensumstände mit einbeziehen. Strehlau (2008) definiert Life-Balance aus diesem Grund wie folgt:  
„Life-Balance ist eine gleichmäßige Befriedigung der persönlichen Bedürfnisse dadurch, dass diese intuitiv gespürt werden und innerhalb der persönlichen Situation mit ihren Verantwortlichkeiten und Pflichten möglichst gut befriedigt werden.“

Dabei wird Gespür als initiativ bezeichnet, da Bedürfnisse in der Regel nicht bewusst sind. Individuen, so Kuhl (2001), gehen ihren Bedürfnissen nach, ohne dass ihnen jederzeit ständig bewusst ist, welches Bedürfnis sie gerade befriedigen. Es ist daher anzunehmen, dass der Prozess des Balancieren weitgehend unbewusst abläuft.

*Verzeichnis zitierter Literatur:*  
Kuhl, J. (2001) *Motivation und Persönlichkeit: Interaktion psychischer Systeme.* Göttingen: Hogrefe  
Renner, K. (2008) *Umgang mit Stress und Prüfungsangst: Online Vorlesung zum Kurs 03402 im B.Sc. Psychologie.* Fernuniversität Hagen.

Strehlau, A. (2008) *Life Balance und Selbststeuerungskompetenzen: Eine Untersuchung mit Implikationen für Coaching und Beratung.* Saarbrücken VDM Verlag.



Sebastian Schleinitz,  
Geb. 1979

Pforzheimerstraße 14-1  
71229 Leonberg

Ausbildung zum Altenpfleger  
Manager im Sozial und Gesundheitswesen  
Systemischer Coach Paar- & Familien,  
Business- & Management – Coach (ECA)  
Seit 2008 Heim- und  
Pflegedienstleitung

# „Wissenswertes rund ums Stoma“

## „Wissenswertes rund ums Stoma“

So lautete der Titel des **Pflegeworkshops innerhalb des 38. Deutschen Koloproktologen-Kongresses** am Donnerstag, den 15. März 2012 in München.

Dieser Pflegeworkshop wurde in den vergangenen Jahren im Verlauf des Koloproktologen-Kongresses etabliert und erfreut sich stark steigender Teilnehmerzahlen.

Zum diesjährigen Pflegeworkshop waren mehr als 180 Teilnehmer aus der ganzen Bundesrepublik angereist.

Ein reichhaltiges Themenangebot präsentierten Referentinnen und Referenten der Selbsthilfe und verschiedenster Berufsgruppen aus Medizin und Pflege. So wurde, dem Programmtitel folgend, viel Wissenswertes rund ums Stoma präsentiert.

Frau Dagmar Schober referierte zu wichtigen Themen der beruflichen Rehabilitation von Stomabetroffenen, informierte zu Fragen der Schwerbehinderung und Berentung bei Stomabetroffenen und stellte Ergebnisse der Umfragen der Deutschen ILCO zu diesen Themen vor. Die medizinische Bewertung wissenschaftlicher Ergebnisse zur Gegenüberstellung Pro und Contra der Ileostomie

versus Colostomie präsentierte Herr PD Dr. Thasler. Er vermittelte den Teilnehmern des Workshops sehr anschaulich die jeweiligen aktuellen Entscheidungsgrundlagen für die Indikationen zur Anlage einer Ileostomie oder aber einer Colostomie. Herr PD Dr. Becker stellte in seinem Beitrag die Besonderheiten bei der operativen Anlage einer Urostomie dar. Insbesondere die Auswirkungen auf den Lebensalltag der Betroffenen mit einer Urostomie wurden im Vergleich der Operationsmethoden zu „kontinenten“ Urostomien und der traditionellen „inkontinenten“ Urostomie deutlich durch den Referenten thematisiert.

Herr Prof. Dr. Kreis als Initiator und Organisator des Pflegeworkshops berichtete in seinem Beitrag in höchst anschaulicher Art und Weise, warum es manchmal zu technischen Schwierigkeiten bei der operativen Anlage eines Stomas kommen kann. Insbesondere betonte Herr Prof. Dr. Kreis mehrfach die Notwendigkeit einer gewissenhaften präoperativen Beratung und Stomamarkierung als Voraussetzung zur operativen Gestaltung einer pflegeleichten Stomaanlage. Auch wurde intensiv mit den Teilnehmern diskutiert, wie denn im Ergebnis eine „gute“ Stomaanlage

beschaffen sein sollte. Insbesondere die notwendige Prominenz der Stomaanlage, also die Erhabenheit der Darmöffnung über dem stomaumgebenden Bauchdeckenniveau wurde von den anwesenden Pflegefachkräften aufgrund ihrer Erfahrungen im Versorgungsalltag als zwingend notwendig für die problemarme Selbstversorgung durch die Stomabetroffenen gefordert.

Im nachfolgenden Beitrag stellte Frau Edith Guse die Massnahmen zum Beckenbodentraining vor, die sie stomabetroffenen Menschen empfiehlt zum Training der Sphinktermuskulatur vor einer geplanten Stomarückverlagerung. Hiermit lassen sich unter konsequenter Anwendung höchst einfacher Übungsvorgänge die Kontinenzleistung der Beckenbodenmuskulatur und somit die drohende Inkontinenz nach erfolgter Stomarückverlagerung sehr günstig beeinflussen. Dabei handelt es sich um eine Dienstleistung aus dem umfangreichen Aufgabenkatalog der Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde zur Unterstützung der umfassenden Rehabilitation stomabetroffener Menschen.

In der anschließenden kurzen Mittagspause fanden die Teilnehmer des Workshops Gelegenheit zum Besuch der

begleitenden Industrieausstellung und dem fachlichen Austausch unter den anwesenden Fachkräften.

Im Nachmittagsprogramm stellte Herr Prof. Dr. Ecker den Teilnehmern des Workshops die heutige Vorgehensweise bei der Gestaltung eines Kock-Pouches vor. Der Referent präsentierte zunächst die technischen Aspekte dieser operativen Technik zur Anlage einer „kontinenten“ Ileostomie und berichtete über die aktuellen Strategien zur Umwandlung problematischer Ileo-Analer Pouch-Anlagen in kontinente Kock'sche Taschen. In der Bundesrepublik Deutschland ist Herr Prof. Dr. Ecker derzeit der einzige Operateur, der diese operativen Techniken als standardisierte Behandlung anbietet.

Gabriele Gruber stellte sich der Aufgabe, den Teilnehmern des Workshops in einem kurzen Beitrag einen Überblick über das breite Feld der parastomalen Hautirritationen zu vermitteln. Nicht nur die Darstellung der verschiedenen Ursachen und Erscheinungsbilder parastomaler Irritationen wurde in diesem Beitrag zusammenfassend dargestellt, vielmehr erhielten die Anwesenden auch Hinweise zu differenzierten und ursachenbezogenen pflegerischen Interventionen und Versorgungsalternativen. Gabriele Gruber nutzte die Gelegenheit, um den Anwesenden auch die Erkenntnisse aus der kürzlich von der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde durchgeführten Online-Umfrage zur Handhabung der präoperativen Stomamarkierung in kurzen und stark zusammengefassten Stichworten vorzutragen. Dies war umso eindrucksvoller, als während des laufenden Workshops von den Vortragenden immer wieder die Notwendigkeit zur standardisierten Durchführung einer präoperativen Beratung und Stomamarkierung vorgetragen wurde. Hier offenbarte sich erneut der dringende Diskussionsbedarf in berufsgruppenübergreifenden Foren zum Thema der präoperativen Stomamarkierung.

Das operative Management bei Stomakomplikationen in der frühen postoperativen Phase wurde von Herrn Dr. Ruppert vorgetragen. Er thematisierte Interventionsmöglichkeiten zur frühzeitigen operativen Korrektur in der frühpostoperativen Phase und stellte hierzu interessante Fallbeispiele mit den dazu notwendigen Behandlungsmöglichkeiten vor.

Eine ganz andere Therapie bei onkologischen Erkrankungen präsentierte Frau Dr. Riedner als Psycho-Onkologin.

Sie stellte die neueste Studie zu diesem Behandlungsangebot vor und thematisierte unter Anderem auch die Erkenntnis aus dieser Untersuchung, dass die psycho-onkologischen Behandlungsangebote bislang nur höchst unzureichend genutzt werden, obwohl das Wissen um diese Behandlungsoptionen durchaus vorhanden ist.

Frau Oberauer berichtete in ihrem Beitrag über ihr Beratungsangebot zur Beratung von Stomabetroffenen in Alltagsfragen. Die Informationsangebote zu Fragen der sportlichen Betätigung von Stomabetroffenen, des Verhaltens bei Reisen mit einer Stomaanlage und auch Fragen zum Umgang mit der Sexualität bei Stomabetroffenen stellte Frau Oberauer in ihrem Beitrag vor.

Herr Dr. Kasperek stellte im letzten Beitrag dieses Pflegeworkshops mehrere

Studien und deren Ergebnisse zu Fragen der Lebensqualität bei Stomabetroffenen vor.

Er machte den Teilnehmern zum Abschluß deutlich, dass diese Frage nicht mit wenigen Worten abschließend und zufriedenstellend beantwortet werden kann, weil die Thematik sehr vielschichtig und individuell zu bewerten ist. Ein überaus interessanter Workshop mit vielseitigen und spannenden Beiträgen fand mit diesem Beitrag sein Ende. Wie bereits in der Titelzeile zur Ankündigung des Workshops versprochen, wurden den Anwesenden sehr viel „Wissenswertes rund ums Stoma“ vorgetragen. Vielen Dank an alle Beteiligten für diese wichtige Veranstaltung!

Autor  
Werner Droste



# Ratgeber für Stomapatientinnen mit Kinderwunsch und in der Schwangerschaft

## Zusammenfassung

Fast jede Frau hat in ihrem Leben irgendwann den Wunsch nach Kindern. Diesen Wunsch haben selbstverständlich auch Frauen, die aufgrund verschiedener Ursachen, meist chronisch entzündliche Darmerkrankungen, ein Stoma haben. Eine bestehende Schwangerschaft sollte durch die Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde daher in den 40 Gestationswochen intensiv begleitet werden und dies in enger Kooperation mit den behandelnden Gynäkologen und der Hebamme. Die einschlägige Fachliteratur bietet zum Thema „Schwangerschaft und Stoma“ eher bescheidene Ergebnisse. Eine Analyse von 4 Büchern speziell zur Stomapflege, 2 Pflegebüchern, umfangreicher Internetrecherche, Unterrichtsmaterialien und einem Fachbuch zur Gynäkologie weisen wenig bzw. gar keine Informationen zu diesem Thema auf. In 2 verschiedenen Internetforen hat die Autorin versucht, Kontakt zu betroffenen Frauen aufzunehmen. Dies blieb leider ohne Erfolg. Die vorliegende Arbeit setzt sich deshalb mit dem Thema Stoma und Schwangerschaft auseinander und versucht die Frage zu klären ob diese beiden Situationen problemlos zu vereinbaren sind.

**Schlüsselworte:** *Stoma, Schwangerschaft, Pflegeexperte Stoma, Inkontinenz und Wunde*

## Abstract

Almost every woman has in her life sometime the wish for children. The women who have a Stoma, on account of different causes, mostly chronically inflammatory intestinal diseases, also have this wish naturally. An existing pregnancy should be accompanied by nursing experts stoma, incontinence and wound, hence, in the 40 weeks of pregnancy intensely and this in narrow cooperation with the

treating gynecologists and the midwife. The appropriate technical literature offers on the subject „ pregnancy and stoma“ rather modest results. Few or no information shows an analysis of 4 books especially to the stomacare, 2 nursing books, extensive internet research, training aids and a professional book to the gynecology on this subject. In 2 different internet forums the author has tried to take up contact with affected women. Unfortunately, this remained without success. Therefore, the present work argues with the subject stoma and pregnancy and tries to clear the question whether these both situations easily are to be agreed.

**Key-words:** *stoma, pregnancy, nurse expert stoma, incontinence and wound care*

Eine Schwangerschaft bei bestehender Stomaanlage und den zugrundeliegenden Erkrankungen sollte, wenn möglich, gründlich geplant werden. Es ist ratsam ca. 1-2 Jahre nach der primären Stomaanlage mit einer Schwangerschaft zu warten. Die Empfängnisverhütung sollte dabei mit dem behandelnden Gynäkologen besprochen werden. (*E. Stoll-Salzer, G. Wiesinger*)

## Schwangerschaftsverlauf/ -überwachung:

Grundsätzlich gilt eine Schwangerschaft mit Stomaanlage als eine Risikoschwangerschaft. Dadurch sollten sich die Patientinnen jedoch nicht beunruhigen lassen. In die Gruppe der sogenannten Risikoschwangerschaften fallen mittlerweile 80% der werdenden Mütter auch ohne Stomaanlage. Grund hierfür ist, dass es mittlerweile 50 theoretische Risikofaktoren gibt. Laut BZgA kommen jedoch fast alle Kinder (97%) gesund zur Welt. Wenn man in die Gruppe der Risikoschwangeren fällt, bedeutet dies einfach, dass man alle 2 Wochen beim Gynäkologen und/oder bei der Hebam-

me vorstellig werden soll. Weiterhin ist es in dieser Zeit wichtig, dass eine enge Kooperation zwischen Gynäkologe, Hebamme, Pflegeexperten und Hausarzt gefördert wird, um mögliche Komplikationen früh zu erkennen und entsprechend zu behandeln. Zu den Routineuntersuchungen zählen keine ausdrücklich Stomabezogenen, sondern vielmehr sind es die gleichen Untersuchungen, wie in jeder auftretenden Schwangerschaft.

Zusätzlich werden bei Bedarf eine Sonographie und im letzten Trimenon die Cardiotokographie (CTG) durchgeführt. Bei besonderen Risiken, Auffälligkeiten oder auf Wunsch der Schwangeren kommen nach ausführlicher Beratung zusätzliche Untersuchungen zur pränatalen Diagnostik dazu.



Ab der 25.-30. Schwangerschaftswoche sollte jede Schwangere, auch die Schwangere mit einem Stoma, einen Geburtsvorbereitungskurs besuchen um optimal auf die bevorstehende Geburt und die Zeit danach vorbereitet zu sein. Der sogenannte „Mutterschutz“ beginnt 6 Wochen vor und endet 8 Wochen nach der Entbindung (Mutterschutzgesetz). Er besagt, dass die Frauen in dieser Zeit nicht arbeiten dürfen (Beschäftigungsverbot), wobei die 6 Wochen vor der Entbindung nicht genommen werden müssen. Anders verhält sich das mit den 8 Wochen nach der Entbindung.

In dieser Zeit dürfen die Frauen nicht arbeiten gehen. Der Schwangerschaftsverlauf an sich unterscheidet sich durch nichts von einer normalen Schwangerschaft. (Hager,Th.,1998)

## Entbindung

Eine Stomaträgerin kann ohne Weiteres ihr Kind auf normalem Weg zur Welt bringen. Es können dieselben Komplikationen, wie bei Frauen ohne Stoma auftreten. Der einzige Unterschied ist, dass lediglich ein eingeschränkter Dammschnitt ausgeführt werden sollte, weil es hierbei zu Schließmuskelschäden kommen kann und somit eine spätere Stomarückverlegung ungünstig bzw. unmöglich ist. Des Weiteren kann es zu Wundheilungsstörungen an der Dammaht kommen. Leidet die Schwangere an Fisteln oder hat starke Verwachsungen, wird meist ein Kaiserschnitt (sectio caesarea abdominalis) gemacht. Der Kaiserschnitt kann wie bei anderen Schwangeren in Voll- oder Periduralanästhesie durchgeführt werden. In der vorliegenden Literatur ist der Trend zum Kaiserschnitt sichtbar. Es ist sinnvoll, sich schon bereits im Voraus zu informieren, in welchem Krankenhaus in der Nähe sowohl Hebammen als auch Ärzte schon Erfahrungen mit Entbindungen bei Stomapatientinnen haben.

## Medikamentöse Therapie

Die medikamentöse Therapie muss wie in jedem Fall mit dem behandelnden Arzt besprochen werden. Grundsätzlich lässt sich sagen, dass alle Schwangeren im ersten Trimenon Folsäure nehmen sollen, um mögliche Fehlbildungen zu vermeiden. In zahlreichen Studien wurde gezeigt, dass die optimale Versorgung der Schwangeren mit Folsäure zur Zeit des Neuralrohrverschlusses das Risiko für Neuralrohrdefekte beim Fötus vermindern kann (z.B. Spina bifida). Im Fall der chronisch entzündlichen Darmkrankungen ist es wichtig zu wissen, dass ein akuter Schub unter der Schwangerschaft deutlich das Gesundheitsrisiko steigert.

Wenn ein akuter Schub kommt, kann er mit Glukokortikoiden (Mesalazin oder Sulfalazin) behandelt werden (Dr. Ralf Czymek, Hager, Th). Diese Wirkstoffe sind sowohl in Schwangerschaft und

Stillzeit sicher. Studien haben gezeigt, dass das Risiko einer Fehlgeburt oder Fehlbildung unter Azathioprin nicht höher ist, als bei Patientinnen, die diesen Wirkstoff nicht zu sich nehmen. Noch nicht ganz geklärt ist die Wirkung während der Stillzeit.

## Ernährung in der Schwangerschaft

Auch für Stomaträgerinnen ist es wichtig, sich in der Schwangerschaft ausgewogen zu ernähren. Dabei muss natürlich beachtet werden, was individuell gut vertragen wird. Ab dem 4. Schwangerschaftsmonat ist bei einer normalgewichtigen Frau der Kalorienbedarf um ca. 255 Kalorien pro Tag erhöht. Das bedeutet, dass man nicht für 2 Essen muss. Nicht die Menge der Nahrung ist entscheidend, sondern die richtige Zusammensetzung. Gerade in der Schwangerschaft sollte der erhöhte Vitamin- und Mineralstoffbedarf berücksichtigt werden.

Der erhöhte Jodbedarf kann z.B. mit 2 Fischmahlzeiten pro Woche gedeckt werden. Zusätzlich wird jodiertes Speisesalz empfohlen. Ein halber Liter Milch (alternativ auch Käse) deckt den erhöhten Kalziumbedarf. Mehrere kleine Mahlzeiten über den Tag verteilt sind optimal. So wird der Magen nicht zu sehr belastet. Gerade im letzten Trimenon kann so auch das häufig auftretende Sodbrennen vermindert werden. In der Schwangerschaft sollten keine Rohmilchprodukte zu sich genommen werden, da diese zu einer Listerieninfektion führen können. Eine Infektion verläuft für den Fötus häufig tödlich. Außerdem sollte auf rohes Fleisch verzichtet werden, um eine Toxoplasmoseinfektion zu vermeiden. Auch diese Infektion kann schwere Schäden beim Ungeborenen hervorrufen. Eine einfache Blutuntersuchung kann hierbei jedoch Aufschluss geben, ob die Schwangere bereits Antikörper gegen Toxoplasmose im Blut hat.

Es sollten 2 Liter Flüssigkeit, am besten in Form von Mineralwasser oder Kräutertees, getrunken werden. Das Mineralwasser sollte am besten natriumarm sein, weil natriumhaltiges Mineralwasser vermehrt Flüssigkeit im Gewebe bindet. Bei Frauen mit Ileostoma muss die Flüssigkeitszufuhr, je nach Lage des Stomas entsprechend erhöht werden (wegen dem täglich auftreten-

den hohen Flüssigkeitsverlust). Des Weiteren wird durch die vermehrte Flüssigkeitsaufnahme einer Blaseninfektion vorgebeugt. Gerade für Urostomiepatientinnen ist das von großer Bedeutung. Auf Alkohol sollte am besten ganz verzichtet werden. Gerade im ersten Trimenon kann es zu schweren Schädigungen beim Fötus kommen.

## Betreuung durch den Pflegeexperten Stoma, Inkontinenz und Wunde in der Schwangerschaft

Im Verlauf der Schwangerschaft kann es zu Versorgungsproblemen der Stomanlage kommen. Deshalb ist es wichtig während der Schwangerschaft häufiger beim Pflegeexperten vorstellig zu werden. Im Beratungsgespräch werden mögliche Stomaveränderungen angesprochen bzw. angezeigt um schwerwiegendere Komplikationen zu vermeiden oder zu behandeln. Aufkommende Probleme werden besprochen und mögliche Handlungsstrategien aufgezeigt. Im Laufe der Schwangerschaft kann es zu einem Versorgungsdefizit im Hinblick auf die Stomaversorgung kommen. Teilweise kann das Stoma, wegen der Zunahme des Bauchumfanges, nicht mehr eingesehen werden. Der Beutelwechsel ist somit erschwert und eine Beobachtung des Stomas und der umliegenden Haut ebenfalls.

Zudem kann ein Pflegeexperte eng mit dem behandelnden Gynäkologen zusammen arbeiten. Für ihn dürfte die Versorgung einer schwangeren Stomaträgerin auch eher die Seltenheit darstellen. Auch er kann bei Rückfragen auf die Pflegeexperten zurück greifen. Die emotionale Verfassung sollte in dieser Ausnahmesituation nicht vergessen werden. Wahrscheinlich begleiten Ängste die schwangere Stomaträgerin; Schafft das mein Körper? Gibt es Missbildungen durch die Medikamenteneinnahme? Manche müssen sich an den Gedanken, Mutter zu werden, erst gewöhnen und fragen sich, ob sie den Anforderungen einer Mutterschaft gewachsen sind. Ein Flyer zum Thema Schwangerschaft und Stoma könnte den interessierten Stomaträgerinnen grundsätzliche Informationen vermitteln und als Grundlage für eindringlichere Gespräche mit den Pflegeexperten dienen.

## Ein Stoma und Kinderwunsch

Viele Paare fragen sich, ob das zusammenpasst bzw. möglich ist. Wie verändert sich mein Stoma, wirkt sich eine Schwangerschaft negativ auf die Grunderkrankung aus? Welche Komplikationen können auftreten? An wen wende ich mich bei Problemen?



Diese Broschüre soll Paaren mit Kinderwunsch oder in der Schwangerschaft zur Seite stehen und einige grundlegende Fragen beantworten.

Grundsätzlich lässt sich sagen, dass Frauen mit einem Stoma schwanger werden können. Dies sollte jedoch gründlich geplant werden.

Die Betroffenen sollten mindestens 1-2 Jahre, nach der primären Stomaanlage, abwarten.

Die Grunderkrankung sollte weitestgehend überwunden sein, bzw. sich in Remission befinden (z.B. bei Morbus Crohn).

Die Verhütung sollte auf jeden Fall mit dem behandelnden Gynäkologen besprochen werden, da es hierbei wichtige Dinge zu beachten gibt. So ist es bei der Ileostomie zum Teil nicht möglich mit der Antibabypille zu verhüten

## Mein Stoma in der Schwangerschaft:

Wichtig zu wissen ist, dass sich das Stoma häufig in der Schwangerschaft verändert.

Mit Zunahme des Bauchumfanges wird auch meist das Stoma größer, was im Zuge einer Versorgungsanpassung kein Problem darstellen sollte (z.B. Basisplatte größer ausschneiden). Teilweise muss die Versorgung auch von konkav auf konvex umgestellt werden, um parastomale Veränderungen zu vermeiden.

Vor allem im letzten Drittel der Schwangerschaft kann es durch die Druckerhöhung im Bauch zu einem Prolaps kommen, welcher sich nach der Entbindung häufig wieder zurück bildet.

Besprechen Sie dies am besten mit Ihrem/r Stomaberater/in

## Autor:

Stefanie Hachenberger

Gesundheits- und Krankenpflegerin

Pflegeexpertin für Stoma, Inkontinenz und Wunde

Städtisches Klinikum Brandenburg GmbH

Hochstraße 29

14776 Brandenburg an der Havel

## Schwangerschaftsüberwachung und Entbindung:

Eine schwangere Stomapatientin gilt immer als Risikoschwangere, was eine 14-tägige Routinevorstellung beim Gynäkologen bedeutet.

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit aller Berufsgruppen ist erstrebenswert. So muss unter anderem besprochen werden, welche Medikamente im Zusammenhang mit der Grunderkrankung weitergenommen werden dürfen.

Eine Stomaträgerin kann ohne weiteres ihr Kind auf normalem Weg gebären. Bei bestehenden Fisteln, Abszessen oder Verwachsungen wird der Kaiserschnitt bevorzugt angewandt um weiterführende Komplikationen zu vermeiden.

## Ratgeber für Stomapatientinnen

mit Kinderwunsch und in der Schwangerschaft



## Allgemeine Schwangerschaftsprobleme

Die häufigen Frühsymptome wie Übelkeit, Erbrechen, Bauchziehen sind ganz normal, vor allem in der Frühschwangerschaft. Diese Symptome sollten jedoch im Falle einer Stomaträgerin gründlich abgeklärt werden, weil es immer auch ein Zeichen für eine Krankheitsverschlechterung, z.B. bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen ein erneuter Schub, sein kann. Wie im Teil Ernährung schon erwähnt, leiden auch viele Frauen unter Sodbrennen in der Schwangerschaft. Dreiviertel aller Schwangeren leiden in der Schwangerschaft unter Rückenschmerzen. Hier kann jedoch Abhilfe geschaffen werden, durch Physiotherapie oder Sport. Allgemein lässt sich sagen, dass fast alle Schwangeren gerade zum Ende hin vermehrte körperliche Probleme haben.

Beginnen tut das häufig mit der Luftnot, die anfangs nur beim Treppensteigen, später dann schon bei kurzen Spaziergängen auftritt. Hinzu kommt der „dicke“ Bauch, der sowohl beim Sitzen, Liegen, Schlafen, Laufen und Arbeiten stört. Viele Frauen klagen über vermehrte Ödembildung vor allem in Füßen und Händen.

## Stomaveränderungen während der Schwangerschaft

Durch die Zunahme des Bauchumfanges kann es zu Versorgungsproblemen kommen. Die Stomaversorgung muss somit stetig angepasst werden. „Problematisch kann die Schwangerschaft dann werden, wenn das Stoma bei der Proktokolektomie an ungünstiger Stelle angelegt wurde, z.B. zu tief, zu lateral, dann kann die Versorgung Probleme bereiten“ (Hager, Th). Gerade bei der Ileostomie ist es

besonders wichtig die umliegende Haut vor der Ausscheidung zu schützen, weil es durch die aggressive Stuhlausscheidung innerhalb kürzester Zeit zu schweren peristomalen Veränderungen kommen kann. Das Selbe gilt bei der Urostomie. Teilweise reicht es aus, die Öffnung an der Basisplatte zu vergrößern, da sich das Stoma häufig während einer Schwangerschaft vergrößert. Manchmal muss aber die Versorgung von konkav auf konvex umgestellt werden um der Versorgung einen sicheren Halt zu geben. Eine sehr seltene Komplikation ist das Einreißen an der Mucocutan-Grenze. Sie kann zu parastomalen Entzündungen oder auch zu Blutungen führen. Besonders im letzten Drittel der Schwangerschaft und während der Presswehen kann es durch die Druckerhöhung im Abdomen und das Hochtreten des Uterus zu einem Stomaprolaps

kommen. Dieser kann ebenfalls die Stomaversorgung erschweren. Auf Grund des nachlassenden Bauchdrucks verschwindet der Prolaps nach der Geburt meist wieder.

Eine weitere gefürchtete Komplikation ist der Ileus, der selten bei Ileostomapatientinnen auftreten kann. Er wird durch die Vergrößerung des Uterus und dessen Höherentreten verursacht. Im Falle eines Darmverschlusses lässt sich eine Operation nicht vermeiden. Laut Prof. Dr. med. Thorolf Hager ist zu überlegen, ob das Stoma, das bis zur Schwangerschaft problemlos und auch gut zu versorgen war, verlegt werden sollte, oder ob lediglich ein doppelläufiges Ileostoma (Loop-Ileostomie) vorgeschaltet wird. Diese könne man nach der Geburt zurück verlegen. In einer Sonder-situation sind Schwangere mit einem Stoma. Theoretische Überlegungen würden hier vermehrte Komplikationen erwarten lassen. In einer Untersuchung an 45 Schwangeren mit unterschiedlichen Stomata hatten zwei Drittel stomarelatierte Probleme. Dazu gehörten Versorgungsprobleme (32%), Obstruktion (24%), Prolaps (15%), parastomale Hernie(7%) sowie eine Stomablutung oder -retraktion(5%). Die meisten dieser Komplikationen konnten jedoch ohne chirurgische Maßnahmen behoben werden. (coloproctology 31 · 2009 · Nr. 1 © Urban & Vogel)

### Nach der Entbindung

Die Zeit unmittelbar nach der Geburt der Plazenta bis zur Rückbildung aller Schwangerschaftsveränderungen nennt man Wochenbett. Die Dauer beträgt etwa 6-8 Wochen und unterscheidet sich durch kaum etwas von einer „normalen“ Frau.

Frauen mit Stoma können genauso stillen, wie Frauen ohne Stoma. Lediglich die Einnahme einiger Medikamente macht das Stillen nicht möglich. Die veraltete Annahme, dass es unhygienisch ist, wenn Frauen mit Stoma stillen ist längst überholt.

In der Zeit nach der Entbindung bildet sich das Stoma meist wieder zurück, so dass die normale/vorherige Stomaversorgung wieder benutzt werden kann. Zwischen dem 2. und 10. Tag nach der Geburt kann der sog. Baby-Blues auftreten. Hierbei handelt es sich um eine leichte depressive Verstimmung, von der mehr als jede 2. Mutter betroffen ist.

Die Ursache hierfür ist die hormonelle Umstellung nach der Geburt. Nach einer normalen Entbindung bleiben die Frauen meist 3 Tage in der Klinik wenn keine Komplikationen auftreten. Bei Komplikationen wie z.B. Milchstau, Stillschwierigkeiten, schweren Dammverletzungen kann der Klinikaufenthalt entsprechend verlängert werden. Bei einer Sectio caesarea ist der durchschnittliche Klinikaufenthalt 5 Tage. Im Gegensatz zu Wöchnerinnen nach einer physiologischen Geburt können die meisten Frauen nach einem Kaiserschnitt ihr Kind in den ersten Tagen, wegen den erheblich körperlichen Einschränkungen, nicht ohne Hilfe versorgen. Die Möglichkeit der ambulanten Geburt kommt im Falle einer Stomaträgerin wahrscheinlich eher nicht in Frage.

In der Zeit vom Wochenbett steht einer Wöchnerin bis zu 10 Tagen nach der Geburt ein täglicher Besuch der Hebamme auf Kosten der Krankenkasse zu. Bis das Kind 8 Wochen alt ist, kann die Hebamme 16 mal kontaktiert werden. Bei Stillschwierigkeiten hat man noch länger Anspruch auf Hebammenbesuche. Des Weiteren bieten die meisten Hebammen auch Rückbildungsgymnastik an. Ob die Hebammen sich in Sachen Stoma genauso gut auskennen, ist fraglich. Deshalb sollte außerdem bei allen Problemen grundsätzlich auch der Pflegeexperte aufgesucht werden.

### Schluss:

Abschließend lässt sich sagen, dass sich ein Stoma und eine Schwangerschaft nicht ausschließen. Eine umfangreiche und Betreuung durch verschiedene Berufsgruppen (Ärzte, Hebammen, Pflegeexperten) ist auf jeden Fall ratsam. Vor allem Frauen mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen und Stomaanlage beschäftigt dieses Thema am ehesten. Die Autorin ist der Meinung, dass das Thema Stoma und Schwangerschaft bei den betroffenen Stomaträgerinnen und in der Fachwelt mehr publik gemacht werden muss. Die kurzen Abhandlungen in verschiedenen Fachbüchern, aber auch Patientenbroschüren, sind unzureichend und insgesamt wenig aufschlussreich. Gerade in großen Darmzentren mit vielen Stomaanlagen sollten Frauen im gebärfähigen Alter entsprechend beraten werden. Diese wichtige Aufgabe kann natürlich die Pflegeexpertin übernehmen.

Die verschiedenen Autoren kommen überein, dass sich eine Schwangerschaft bei einer Stomaträgerin nicht von einer normalen Schwangerschaft unterscheidet. Wobei sich diese Aussage wahrscheinlich auf das rein körperliche bezieht, dass heißt die selben Symptome, Komplikationen und Beschwerden. Rein aus psychologischer Sicht denke ich, dass es schon einen großen Unterschied ausmacht. Natürlich machen sich wahrscheinlich alle Frauen die schwanger sind, Gedanken darüber, dass Alles komplikationslos verläuft.

Aber im Hinblick auf die vorangegangene Krankheitsanamnese einer Stomaträgerin denke ich, dass da schon doch ein großer Unterschied ist und sich diese Frauen noch mehr Gedanken machen, ob auch Alles gut geht. Auch wenn die verschiedenen Medikamente, gerade bei den chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, als sicher gelten in der Schwangerschaft, macht man sich wahrscheinlich doch mehr Gedanken ob diese dem Ungeborenen nicht schaden. Das gleiche gilt bei einer vorangegangenen Chemotherapie. Aus eigener Erfahrung kann ich sagen, schon wenn das Kind im Bauch ist, fühlt man sich als Mama und hat vermehrte Ängste.

Eine Frau schreibt in ihrem Erfahrungsbericht: „Jede Frau mit Stoma, die ein Kind bekommen hat, wird mir beipflichten, dass es eine enorme Aufwertung des Selbstbewusstseins ist, aus einem kranken, zerschnittenen Bauch ein gesundes Kind zu bekommen.“ Diese Aussage finde ich sehr passend. Genauso wie: „Wir als Stomaträgerinnen haben es schwerer als andere Frauen, aber es geht.“ Das Thema Stoma und Schwangerschaft könnte auch in Betroffenenforen mehr publik gemacht werden. So könnte auch ein reger Austausch unter den Betroffenen stattfinden. Ein Pflegeexperte könnte, das Einverständnis der Betroffenen natürlich vorausgesetzt, auch entsprechende Kontakte herstellen.

*Autorin  
Stefanie Hachenberger  
Gesundheits- und Krankenpflegerin,  
Pflegeexpertin für Stoma, Inkontinenz  
und Wunde*

*Brandenburg an der Havel*

# Irrigation bei Menschen mit einer Colostomie

## – Eine aktuelle Bestandsaufnahme –

### Zusammenfassung

Die derzeit einzige Möglichkeit für Betroffene mit einer Colostomie eine gewisse „Stuhlkontinenz“ her zu stellen, ist die regelmäßige Durchführung der Irrigation.

Das Ziel dieser Arbeit ist, die aktuelle Bedeutung der Irrigation in der Versorgungsrealität von Betroffenen mit einer Colostomie unter Einbeziehung der Aussagen von Stomatherapeuten und Betroffenen darzustellen.

Zu diesem Zweck wurde zunächst eine Literaturrecherche zum Thema durchgeführt.

Anschließend wurden zwei Fragebogen gestaltet, um einerseits die Ansichten der Betroffenen und andererseits die Ansichten der Pflegeexperten zum Thema Irrigation zu erforschen.

### Schlüsselworte:

*Colostomie, Irrigation, Pflegeexperten*

### Abstract

To get back a sort of continence for people with a colostomy is the regular realization of the colonic – irrigation technique.

The purpose of this work is to show the topical meaning of the Irrigation in the care reality of affected persons with a Colostomie under inclusion of the statements of nurse care specialists and affected persons.

For this purpose a literature search was carried out at first on the subject. Afterwards two questionnaires were formed to ask on the one hand the views of the affected persons and, on the other hand, the views of the nursing experts to the subject Irrigation.

### Key words:

*Colostomy, Irrigation, nursing expert*

### Historie

Das Wort ‚Irrigation‘ stammt vom Begriff irrigatio (lat.) ab und bedeutet „Bewässerung“.

Unter der Irrigation bei Betroffenen mit einer Colostomie versteht man das Einfüllen von körperwarmer Flüssigkeit mit mechanischen Hilfsmitteln (z. B. Katheter, Konus, Pumpe oder Schwerkraftgerät) in das Colon, um eine Darmentleerung zu einem vom Betroffenen gewünschten Zeitpunkt durchzuführen. Dieses Verfahren kommt bei Menschen mit unfreiwilliger Darmentleerung oder Darmentleerungsproblemen zur Anwendung. Durch das Befüllen des Darmes mit Wasser wird ein Dehnungsreiz im Darm provoziert, welcher als Konsequenz zu einer Massenperistaltik (verstärkte Kontraktionswelle oder auch orthokolischer Reflex genannt) führt. Das Colon wird auf diesem Wege mit der Spülflüssigkeit vom Stuhlgang befreit und der Colostomieträger kann abhängig von der verbliebenen Restdarmlänge sowie den individuellen Essgewohnheiten mit einer entleerungsfreien Zeit von 24 bis zu maximal 72 Stunden rechnen.

Als zweiter Effekt werden bei kontinuierlicher Durchführung der Irrigation im Darm gasbildende Bakterien reduziert, wodurch der Abgang von Darmgasen aus dem Stoma vermindert wird.

### Lebensqualität

Die Anwendung der Irrigation ist nachweislich, wie in vielen Studien der letzten Jahre beschrieben (1,2,3) für Colostomieträger ein Gewinn an Lebensqualität im Vergleich zu Patienten, die nicht irrigieren. Es wurde jedoch auch beobachtet, dass die Anleitung zur Irrigation möglichst im ersten Jahr nach der Stomaanlage stattfinden sollte, da in dieser Zeit die Bereitschaft der Betroffenen, die Irrigation zu erlernen, höher ist, als in der Zeit danach. Es wurde unter Anderem auch festgestellt, dass diese Patientengruppe (Irrigierer) unter weniger Gas- und Geruchsbildung zu leiden hat als die Vergleichsgruppe der Colostomieträger ohne Irrigation. Die Patientenzufriedenheit und das Selbstwertgefühl steigen, während das Schamgefühl sinkt. Die Teilnahme am familiären, sozialen und beruflichen Leben wird erleichtert. Der Colostomieträger, der eigentlich unter dem Verlust der Stuhlkontrolle leidet, kann jetzt im weitesten Sinn den Zeitpunkt seiner Ausscheidung wieder selbst bestimmen. Durch die Möglichkeit, auf den Stomabeutel zu verzichten und ihn nach der Irrigation möglicherweise durch eine Stomakappe zu ersetzen, sind Aktivitäten, wie der Besuch der Sauna, des FKK-Strandes und die unbeschwertere Ausübung des Berufes



wieder möglich geworden. Kurzum, eine aktivere Teilnahme am Leben ist wieder möglich.

### **Datenerhebung**

Um möglichst realistische Informationen zum Thema Irrigation bei Colostomieträgern zu erhalten, wurden zwei Fragebögen entworfen.

Mit dem ersten Fragebogen sollte die Meinung und die vorherrschenden Erkenntnisse zur Irrigation bei Colostomieträgern der betreuenden Pflegefachkräfte in den Rehabilitationskliniken erfragt werden. Mit dem zweiten Fragebogen sollten Informationen über die Irrigation bei den Anwendern dieser Methode erfragt werden. Zur Komplettierung der Informationslage diente eine Befragung der ILCO zum Thema Irrigation aus dem Jahre 2005.

Eine ergänzende Anfrage an die

Deutsche Gesellschaft für Koloproktologie in Freiburg blieb erfolglos, da bei dieser Fachgesellschaft leider keine Daten oder weiterführende Informationen zum Thema Irrigation bei Colostomieträgern vorliegen.

Als Ergebnis dieser Befragungen zeigte sich in beiden Zielgruppen, dass eine deutliche Polarisierung in „starke Befürworter“ der Irrigation und „starke Geegner“ der Irrigation nachweisbar war.

### **Umfrage Stomatherapeuten in Rehabilitationskliniken**

Erstellt wurde ein Fragebogen mit 12 Fragen zum Thema „Irrigation bei Menschen mit Colostomie“.

Die befragten Einrichtungen betreuen alle mehr als 120 Colostomiepatienten pro Jahr und befinden sich im gesamten Bundesgebiet.

Von den zehn angeschriebenen Reha-

bilitationskliniken wurden in einem Zeitraum von 14 Tagen acht verwertbare Fragebögen zurück gesandt. Die Auswertung der Fragebögen ergab, dass im Verhältnis zur Patientenzahl nur ein sehr geringer Teil der Patienten zur Irrigation angeleitet wird (zwischen 1 und 15 Patienten pro Jahr und Einrichtung). Der Beginn der Irrigation post OP variiert ebenfalls sehr stark (zwischen dem 10. post OP Tag und 6 Monaten post OP). Bei der Frage nach der Irrigationsmenge orientierten sich 6 von 8 Stomatherapeuten an der in der Literatur beschriebenen Menge von 15-18 ml/kg Körpergewicht.

### **Umfrage unter Colostomieträgern**

Ausgearbeitet wurde ein Fragebogen mit 15 Fragen, der im Rahmen einer Online-Blitzumfrage über ein Internetportal verbreitet wurde. Eine Teilnahme an der

Umfrage war für sieben Tag möglich. Voraussetzung für die Teilnahme war, dass der Befragte ein Colostoma trägt und zusätzlich irrigiert. An der nicht repräsentativen Umfrage haben 11 Colostomieträger teilgenommen.

### **Zeitpunkt der ersten Anleitung zur Irrigation**

Während neun Betroffene angaben, innerhalb des ersten Jahres nach Stomaanlage die Irrigation erlernt zu haben, gaben zwei Befragte an, nach drei Jahren und nach zehn Jahren mit der Irrigation begonnen zu haben. Die längste Durchführungszeit betrug 22 Jahre und die kürzeste ein Jahr. Im Durchschnitt führen die Befragten die Irrigation seit 6,32 Jahren durch.

### **Ort der ersten Anleitung zur Irrigation**

Die Befragten haben die Irrigation überwiegend im häuslichen Bereich erlernt und nicht, wie häufig in der Literatur beschrieben, in der Rehabilitationseinrichtung!

### **Zeitraum der ausscheidungsfreien Zeit zwischen den Irrigationen**

Der größere Anteil der Befragten ist nach eigenen Angaben nur 24 Stunden stuhlgangfrei und muss demnach ein Mal pro Tag die Irrigation durchführen. Nur wenige Befragte kommen länger als einen Tag ohne Irrigation aus. Im Durchschnitt ist jeder Befragte 26,18 Stunden stuhlgangfrei.

### **Körperhaltung während der Irrigation**

Die Irrigation wird bei 63,64 Prozent der Befragten im Sitzen durchgeführt, während 36,36 Prozent der Befragten stehen. Hier gibt es einen Unterschied zur Befragung der Stomatherapeuten. Demnach wird die Anleitung bei 7 von 8 befragten Stomatherapeuten im Sitzen durchgeführt.

### **Die Berechnung der verwendeten Spülflüssigkeitsmenge**

Die Berechnungsformel für die Menge der benötigten Spülflüssigkeit interessierte, um sie mit den Angaben aus der Literatur zu vergleichen. Hierbei kann man feststellen, dass eine größere Men-

ge an verwendeter Spülflüssigkeit pro kg/Körpergewicht nicht zwangsläufig eine längere stuhlfreie Zeit bedeutet. Die Menge der verwendeten Spülflüssigkeit, bemessen nach ml/kg Körpergewicht, die zur Irrigation genutzt werden, variieren von 8 ml – 28 ml/kg Körpergewicht. Der Betroffene, der die größte Menge an Flüssigkeit benötigt, ist im Ergebnis jedoch nur 12 Stunden stuhlfrei. Derjenige, der bis zu 48 Stunden Stuhlfreiheit angab, irrigierte mit 22 ml/Körpergewicht. Die Flüssigkeitsmenge variiert unter allen Teilnehmern der Befragung von 750 ml bis 2.200 ml, je nach Anwender. Durchschnittlich verwenden die Anwender 1.377 ml Flüssigkeit für die Irrigation.

### **Der Zeitaufwand für die tägliche Durchführung**

Der Zeitaufwand zur Durchführung der Irrigation, der in der Literatur beschrieben wird, beläuft sich auf 30–60 Minuten. Die Befragung der Betroffenen ergab Zeitfenster von 20–90 Minuten. Der größte Teil der Patienten benötigt zwischen 50 und 60 Minuten für die Durchführung. Es gibt also durchaus Betroffene, die schneller als 30 Minuten sind, aber auch solche, die länger als 60 Minuten für die Irrigation benötigen!

### **Nebenwirkungen der Irrigation**

10 Befragte haben die Frage nach Nebenwirkungen der Irrigation aus ihrer persönlichen Erfahrung mit nein beantwortet. Ein Befragter gab Kreislaufprobleme an. Das bedeutet, dass die Irrigation im Ergebnis dieser Befragung eine komplikationsarme Methode darstellt.

### **Zeitpunkt des Erlernens der Irrigationstechnik**

Auch diese Frage interessierte, um einen Vergleich zur Literatur herzustellen. Dort wird in verschiedenen Studien die Bereitschaft zur Durchführung der Irrigation und der Gewinn an Lebensqualität abhängig vom Alter der Stomaanlage gemacht. Anhand dieser Befragung kann man sehen, dass acht von elf Befragten die Irrigation im ersten Jahr nach der Stomaanlage erlernten. Ein Befragter erlernte die Methode erst nach fünf Jahren. Das lässt die Schlussfolgerung zu, dass die Bereitschaft zum Erlernen der Irrigation mit zunehmendem Alter der Stomaanlage abnimmt.

## **Fazit**

Die Ergebnisse der Untersuchung sind in Teilen mit der Informationslage in der Fachliteratur übereinstimmend, aber auch in wichtigen Details gravierend abweichend.

Hier sind detailliertere Untersuchungen beispielsweise zur Berechnung der Spülflüssigkeit, der Anwendungshäufigkeit und der genauen Klärung zum richtigen Zeitpunkt des Anlernens notwendig, um die Evidenzlage zu verbessern.

Für die Menschen mit einer Sigma-Colostomie, die die Irrigation durchführen, ist es eine bewährte und sichere Methode, um den Verlust der Stuhlauscheidungskontrolle zu kompensieren und ein relativ „normales Leben“ zu führen.

Die Irrigation wird in der Versorgungspraxis allerdings nur viel zu selten angeboten, da die Anleitung ja auch mit einem erheblichen Zeitaufwand für die Betroffenen und den Anleitenden verbunden ist.



*Sabine Ohme  
GuK  
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz  
und Wunde  
Kontakt:  
sabine.oehme@publicare-gmbh.de*

### *Literaturangaben*

- 1) Karadaq A. Mentis BB. Ayaz S.2005 J Clin Nurse),*
- 2) Leong AF, Yunos AB 1999 Ostomy Wound Management,*
- 3) J. Schaube, P. Scharf, R. Herz Deutsche Medizinische Wochenschrift 1996*

# Versorgung parastomaler Hernien

## Zusammenfassung

Eine der häufigsten Komplikationen nach der operativen Stomaanlage ist die parastomale Hernie. Die Inzidenz der parastomalen Hernie liegt bei 40–50%<sup>[1]</sup>. Bei dieser Komplikation liegt das besondere Augenmerk auf der speziellen Beratung, Pflege und Betreuung des Patienten. Die Bedeutung der Beratung durch Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde ist in dieser speziellen, individuellen Versorgung mit den richtigen Versorgungsprodukten enorm und für die Rehabilitation des Betroffenen unverzichtbar. Die Kommunikation zwischen Patient, Arzt und Stomatherapeut ist von großer Wichtigkeit. In diesem Beitrag werden die komplexen Zusammenhänge von Prävention und Versorgung der parastomalen Hernien erläutert.

**Schlüsselworte:** *parastomale Hernie, Komplikation, Beratung, Prävention*

## Abstract

One of the most common complications after stoma formation is the parastomal hernia. The incidence of the peristomal hernia is between 40–50%<sup>[1]</sup>. The special focus in this complication is on consultancy, care and support for the patient. The importance of the consultancy of nurse experts for stoma-, incontinence- and wound-care is high and in this special and individual situation necessary with the right medical devices for the rehabilitation of a patient. The communication between patient, doctor and nurse care specialist is very important. In this article the complex coherencies of prevention and treatment of peristomal hernias would be elucidated.

**key-words:** *peristomal hernia, complications, education, prevention*

## Die parastomale Hernie

### Definition

Eine parastomale Hernie ist der Austritt von Darmanteilen durch eine Bauchwandlücke neben (= para) dem Stoma. Ein Bruch weist drei Merkmale auf. Die Bruchpforte (Schwachstelle in der Wandung der Bauchhöhle) ist die Voraussetzung für die Entstehung einer Hernie. Durch den erhöhten intraabdominellen Druck, z. B. beim Husten, weichen die tragenden Bauchwandschichten soweit auseinander, dass eine Vorwölbung der Bauchwand, der Bruchsack resultiert. Im parastomalen Bereich wölbt sich die Bauchdecke unterschiedlich stark nach vorn. Die Bruchpforte lässt sich palpieren. Der Bruchsack ist im Inneren mit Peritoneum ausgekleidet und enthält den Bruchinhalt (z. B. einen Zipfel des großen Netzes oder Darmschlingen). Die parastomale Hernie ist eine Sonderform der Narbenhernie. Es gibt noch eine unechte Form der parastomalen Hernie. Diese weist keine Faszienlücke auf, und die Wölbung der Bauchwand nach außen resultiert aus dem schwachen Bindegewebe. Sie wird konservativ therapiert.

### Risikofaktoren

Die häufigsten patientenbezogenen Risikofaktoren sind Adipositas, COPD,



Manuela Schönemann

Wundinfektionen, Alter und Immunsuppression. Der einzige unabhängige Risikofaktor ist der Bauchumfang. Ist dieser größer als 100 cm, steigt das Risiko einer parastomalen Hernie auf 75%<sup>[2]</sup>.

### Ursachen

Ursachen für eine parastomale Hernie können eine chirurgisch zu groß oder zu klein angelegte Durchtrittspforte sein. Bindegewebsschwäche, zu schweres Heben über 10 kg und eine in der Laparotomienarbe erfolgte Anlage gelten als begünstigende Faktoren. Überbeanspruchung der Bauchdecke (Gewichtszu- bzw. abnahme), erhöhter intraabdominaler Druck sowie eine Stomaanlage außerhalb des M. rectus abdominis sind ebenfalls mit dem Auftreten von parastomalen Hernien assoziiert.

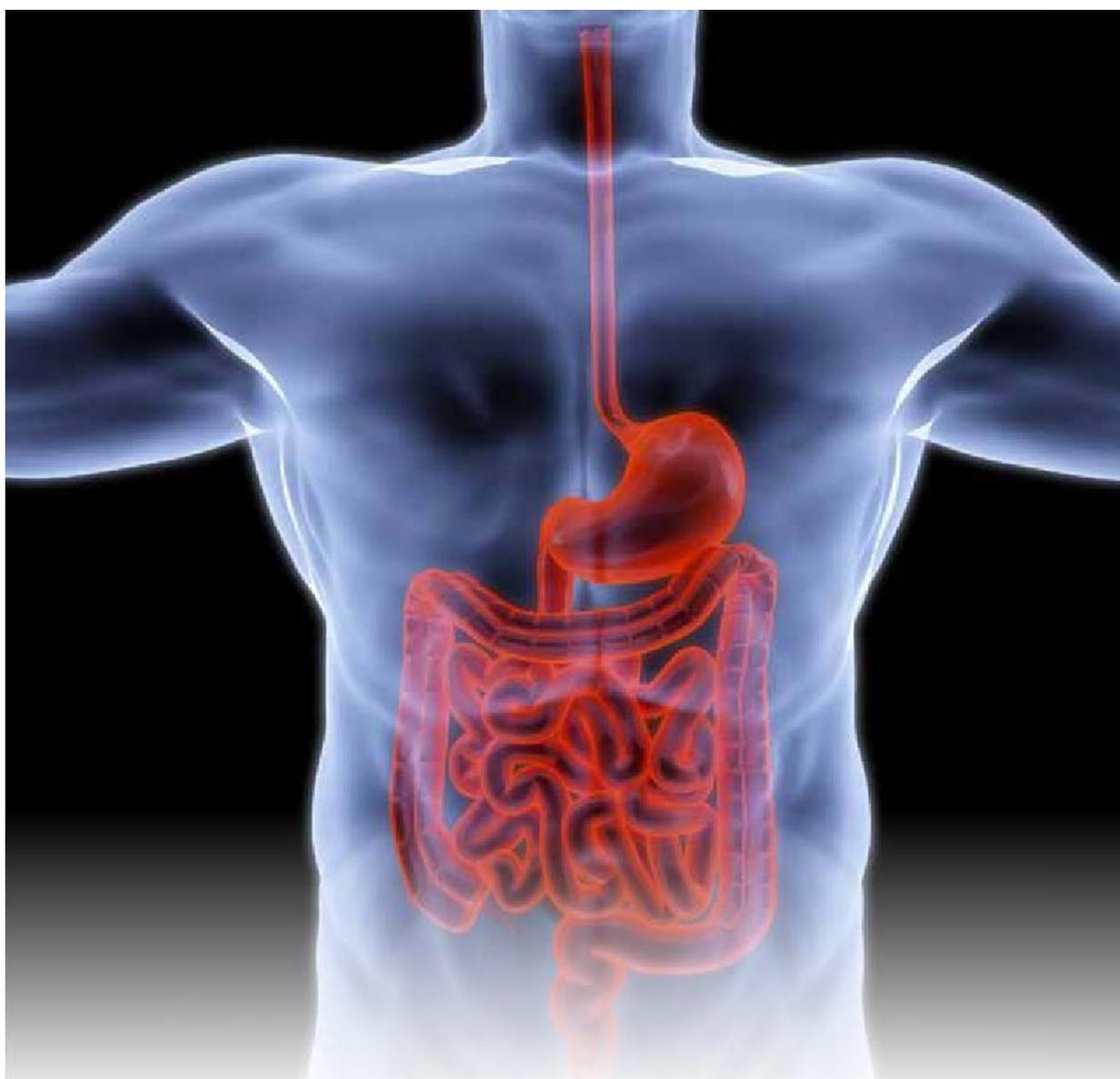
### Folgen

Die daraus resultierenden Folgen können eine Wölbung der Bauchdecke nach ventral sein. Die Bruchpforte in der Faszie lässt sich durch eine Palpation lokalisieren. Abdominelle Schmerzen können dabei auftreten. Der Patient sollte hinreichend über die Komplikationen aufgeklärt werden. Wenn es akut zu stark einsetzenden Schmerzen kommt, kann es sich um eine Inkarzeration handeln. Der Patient sollte sich daraufhin schnellstmöglich in ärztliche Behandlung begeben.

## Therapie der parastomalen Hernie

### Operative Therapieoption

Die operative Therapieeskalation erfolgt beim Auftreten von Inkarzeration, Ileus, Schmerzen und bei einer problematischen Stomaversorgung. Sie beinhaltet die Neuanlage des Stomas mit Netzeinlage oder eine lokale Faszienreparatur mit Netzeinlage. Die alleinige lokale



Faszienreparatur gilt als obsolet, da die Rezidivrate sehr hoch ist. Offene Operationsverfahren zeigen uneinheitliche Ergebnisse, die sich schlecht belegen lassen, weil nur wenige Studien vorliegen. Die Schlüssellochtechnik und das Verfahren nach Sugarbaker sind ebenfalls mit hohen Rezidivraten belastet. Signifikant bessere Ergebnisse erzielt die Sandwich-Technik bezüglich der Rezidivrate, die hier bei ca. 2% liegt<sup>[3]</sup>. Bei dieser Methode wird laparoskopisch in traperitoneal ein Netz eingelegt. Es gibt noch ein konventionelles Operationsverfahren, das sogenannte Sublay-Netz. Der Vorteil besteht in diesem Fall darin, das sich kein Kontakt zum Darm aufbaut, weniger Serome und kaum Strikturen auftreten. Die Rezidivrate beträgt bei diesem Verfahren ca. 15%<sup>[4]</sup>.

#### Konservative Möglichkeiten

Aktuelle Empfehlungen zur symptomfreien parastomalen Hernien präferieren die konservative Therapie, die das Tragen einer Bandage vorsieht. Unter-

stützend sollten die Patienten gezieltes Bauchmuskeltraining durchführen. Die Patienten sollten möglichst keine Lasten über 10 kg heben und tragen.

#### Pflegerische Möglichkeiten

Die pflegerischen Maßnahmen bestehen in der richtigen und fachgerechten Beratung und Betreuung des Patienten. Es stehen hierfür viele Hilfsmittel zur Verfügung. Die Auswahl jedoch stellt ein Problem dar, bis eine adäquate Versorgungslösung für den Patienten gefunden ist. Daher ist es wichtig, mit dem Patienten ein Gespräch über seine Gewohnheiten und Aktivitäten zu führen.

#### Versorgung mit Bandagen

Eine Bandage, die eine spezielle Stomaöffnung aufweist, ist dann zu empfehlen, wenn eine Wölbung der Bauchdecke besteht. Es gibt zwei verschiedene Arten von Bandagen. Ein industriell gefertigtes Modell, sowie die maßgeschneiderten Bandagen. Die Bandagen müssen ärzt-

lich verordnet werden. Diese Bandagen müssen nicht nachts getragen werden. Sie sollten im Liegen angezogen werden, damit sich keine Darmschlingen im Bruchsack befinden. Die Stomaversorgung ist über der Bandage zu tragen. Es ist mit jedem Patienten gemeinsam zu entscheiden, welche Bandage die sinnvollste und tragbarste für ihn ist. Eine gute Lösung ist gefunden, wenn der Patient die Bandage trägt und die Bandage nicht im Schrank liegt. Nach erfolgter Hernienoperation ist immer eine Bandage zutragen, da die Bindegewebsschwäche nicht behoben ist und jederzeit wieder eine Hernie auftreten kann.

#### Vorteile der maßgeschneiderten Stomabandage

Die exakte Anpassung an jede Körperform und die lange Haltbarkeit durch strapazierfähiges Material sind die größten Vorteile der maßgeschneiderten Bandage. Zudem haben die Bandagen hautfreundliche und atmungsaktive

Eigenschaften. Zusätzlich sind eingearbeitete, regulierbare Verschlüsse im Rücken und Vorderteil vorhanden.



### Nachteile der maßgeschneiderten Stomabandage

Die Bewegungseinschränkungen durch die starren Stabilisierungselemente sind nicht unerheblich. Es bestehen längere Lieferzeiten, und es ist mindestens eine Anprobe notwendig, um die richtige Passform zu finden.

### Vorteile der industriell gefertigten Stomabandage

Die kürzeren Lieferzeiten, geringerer Arbeitsaufwand und damit geringere Erstanschaffungskosten sind bei der heutigen Krankenkassenlage nicht zu ignorieren. Durch das relativ flexible Material ist die Akzeptanz bei den Patienten größer. Die prophylaktische Anwendung bei körperlicher Anstrengung ist möglich.

### Nachteile der industriell gefertigten Stomabandage

Eine individuelle Anpassung ist nicht vollständig möglich, da die Bandagen vorgefertigt werden. Es besteht ein eingeschränkter Einsatz bei ausgeprägten Hernien und abweichenden Konstitutionstypen. Die Klettverschlüsse unterliegen hohen Verschleißerscheinungen und kratzen auf der Haut.

### Versorgungsmaterial

Es sollten keine konvexen Versorgungsmaterialien verwendet werden, da die Druckerhöhung auf der parastomalen Haut zu einer Minderdurchblutung führt. Weiche flexible Versorgungen (einteilige Versorgung) unter einer Ban-

dage erzielen die besten Resonanzen durch die Patienten. Bei einer zweiteiligen Versorgung sollte ein untergreifbarer Rastring vorhanden sein. So kann der Beutelwechsel ohne Abnahme der Bandage erfolgen. Eine breite Auflagefläche der Basisplatte mit eventuellem Pflasterrand bietet eine sichere Stomaversorgung. Der Pflasterrand sorgt für eine bessere Adaptation mit der flexiblen Klebefläche an die Wölbung.

### Risikominimierung

Durch eine präoperative Stomamarkierung lässt sich das Risiko der Hernienentstehung reduzieren. Die Stomanlage sollte innerhalb des M. rectus abdominis liegen. Der Patient sollte auf schweres Heben und Tragen von Lasten über 10 kg verzichten. Übungen zur Stabilisierung der Bauchmuskulatur werden empfohlen. Es bedarf einer guten Anleitung durch den Physiotherapeuten. Die Entscheidung zu einer chirurgischen oder konservativen Therapie erfolgt im optimalen Fall gemeinsam durch den Arzt, den Patienten und den Stomatherapeuten. Als Stomatherapeut sollte man den Patienten beratend zur Seite stehen und die Vor- und Nachteile der einzelnen Therapien erläutern.

### Zusammenfassung

Aufgrund der hohen Patientenzahlen mit parastomalen Hernien ist es wichtig, eine ausführliche Anamnese zu erheben. Weiterhin ist die gründliche Aufklärung des Patienten für eine adäquate Versorgung obligat. Dabei sind in der Regel Geduld und Akzeptanz des Patienten erforderlich, um die verschiedenen Materialien auszuprobieren. Hier ist der Patient als ein Individuum zu sehen, für den es keine Standardlösung gibt. Es gibt viele verschiedene Ansätze, eine parastomale Hernie zu behandeln. Bei den operativen Lösungsansätzen ist der Arzt der Ansprechpartner. Bei den pflegerischen Problemen sollte der Stomatherapeut helfend zur Seite stehen. Entscheidend für eine gute Pflege ist, dass der Patient mit seiner Versorgung gut umgehen kann und unter Nutzung aller ihm zur Verfügung stehenden Ressourcen die Stomaversorgung selbst übernehmen kann. Weiterhin ist es wichtig, dass der Patient sich selbst und sein Körperbild akzeptiert. Zusammenfassend lässt sich hervorheben, dass eine gründliche Anamnese-

erhebung, das Gespräch mit dem Patienten sowie eine Kontrolluntersuchung der Stomaversorgung zur Problemlösung beitragen.

Meiner Meinung nach sollte bei Patienten mit einem kurativen Therapieansatz eine operative Versorgung angestrebt werden. Während bei rein palliativen Patienten mit geringer Lebenserwartung primär die konservative Therapie den Vorzug gegeben werden sollte. Es gibt mittlerweile Kliniken, die eine solche Differenzierung nicht mehr vornehmen und die Stomanlage präventiv mit einer Netzanlage versorgen. Zu diesem operativen Vorgehen gibt es bislang noch keine validierten Daten. Die Bearbeitung des Themas erwies sich als Herausforderung, da sehr wenig Literatur zur Verfügung stand. Ich habe mich auf Erfahrungsberichte von meinen Kollegen und meine eigenen Erfahrungen bezogen.



Katrin Ihrke,  
Lübeck

- [1] Carne, P.W., et al. (2003) parastomal Hernia. *Br J Surg.* 90(7):784 – 93
- [2] De Raet, J. M.D., et al. (2008) Waist Circumference is an Independent Risk Factor for the Development of Parastomal Hernia After Permanent Colostomy. *Dis Colon Rectum* 51:1806 – 1809
- [3] Berger, D., et al. (2009) Polyvinylidene fluoride: a suitable mesh material for laparoscopic incisional and parastomal hernia repair! A prospective observational study with 344 patients. *Hernia* 13(2): 167-172
- [4] Kasperk, R., et al. (2000) The Repair of large parastomal Hernias using a midline approach and prosthetic mesh in the sublay position. *Am J Surg.* 179(3): 186-188



21.–23. Juni 2012

Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Neurotraumatologie und Klinische Neurorehabilitation e. V. (DGNKN) und der Sektion Neurorehabilitation der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie e. V. (DGNC) in Köln

20.–22. September 2012

7. Jahrestagung Deutsche Gesellschaft Interdisziplinäre Notfall- und Akutmedizin (DGINA) e.V. in Berlin

22.–24. November 2012

22. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Neurorehabilitation e. V. (DGNR) in Fürth

Conventus

Congressmanagement &

Marketing GmbH

Carl-Pulfrich-Str. 1

07745 Jena

Tel. +49 (0)3641 31 16 281

Fax +49 (0) 3641 31 16 243

ulrike.kaiser@conventus.de

www.conventus.de



18.–24. Juni 2012

4. World Continence Week

9.–10. November 2012, Würzburg

24. Kongress der

Deutschen Kontinenz Gesellschaft e. V. und

75. Seminar AK Urologische

Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau

Congress Centrum Würzburg

www.kontinenz-gesellschaft.de



26.–29. September 2012

International aufgestellt:

64. Deutscher Urologen-Kongress in Leipzig

Bettina-Cathrin Wahlers

Sabine Martina Glimm

Stremelkamp 17

21149 Hamburg

Tel: 040 - 79 14 05 60

Fax: 040 - 79 14 00 27

Mobil: 0170 - 48 27 28 7

E-Mail: redaktion@bettina-wahlers.de

www.dgu-kongress.de

www.urologenportal.de

E-Mail: dgk@mcnag.info

www.mcn-nuernberg.de



27.–28. April 2012

Bildung und Versorgung in der Onkologie

Kardinal Schulte Haus

RheinGespräche (Bergisch Gladbach)

http://nationalegesundheitsakademie.de/termine

**Wir veröffentlichen auch Ihren Termin.**

Wenden Sie sich bitte an die Redaktion.

E-Mail:  
redaktion@fgskw.org



# MagSi®

STOMA  
KONTINENZ  
WUNDE

MAGAZIN

Die Zeitschrift **MagSi®** Magazin Stoma – Kontinenz – Wunde ist das offizielle Organ der FgSKW Fachgesellschaft Stoma Kontinenz und Wunde e.V. und DIE Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik mit dieser Thematik im deutschsprachigen Raum.

Erscheinungsmonate: April, August, Dezember

Jahresabonnement zum Bezugspreis von Euro 15,00 zzgl. Versandkosten.

Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn keine schriftliche Kündigung zum 30.09. d. J. bei uns eingeht.

Die Bestellung ist innerhalb von 10 Tagen schriftlich widerrufbar.

Es gilt das Poststempel- oder Faxsendedatum.

## Ja, ich möchte abonnieren!

- Ich abonniere die Zeitschrift **MagSi®**
- Ich bezahle nach Rechnungserhalt
- Bitte buchen Sie den Rechnungsbetrag von folgendem Konto ab:

Geldinstitut:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Unterschrift:

### Absenderangaben

Titel:

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Datum:

Unterschrift, Stempel:

Bitte senden Sie Ihre Bestellung an:

Marianne Franke – Sekretariat

FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.  
Niklaus-Groß-Weg 6 · 59379 Selm · Postfach 1351 · 59371 Selm  
Fax.: 02306-378-3995 · E-Mail: sekretariat@fgskw.org

Nr. 58 · 04/2012



**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**  
Niddastraße 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



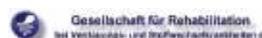
**Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung e.V.**  
Bundesgeschäftsstelle:  
Paracelsusstraße 15, 51375 Leverkusen  
Tel.: 0214/87608-0  
Fax: 0214/87608-88  
info@dccv.de – www.dccv.de



**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



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



„LWL-Industriemuseum Henrichshütte Hattingen“

LWL-Industriemuseum / A. Hudemann

- Professionalisierung in den Handlungsfeldern Stomatherapie, Kontinenzmanagement und Wundversorgung
- Therapien und spez. Pflege in der Onkologie
- Anale Inkontinenz/Darmmanagement

#### Vorwort

Sehr geehrte Damen und Herren,  
 liebe Mitglieder, liebe Kolleginnen und Kollegen,

150 Jahre lang sprühten Funken, wenn die Hochöfen der Henrichshütte das flüssige Eisen ausspuckten. Heute wird an diesem einzigartigen Originalschauplatz für Sie die Geschichte von Eisen und Stahl lebendig gemacht.

Wir haben diesen Veranstaltungsort gewählt, um unserem Pflegekongress einen außergewöhnlichen Rahmen zu geben und Ihnen eine Vielfalt an Vorträgen und den Austausch untereinander anbieten zu können.

Ein ausgesuchtes Programm mit interessanten fachlichen und aktuellen Themen aus unseren Handlungsfeldern Stomatherapie, Kontinenzförderung und Wundversorgung wurde für Sie zusammengestellt. Die Referenten werden als Spezialisten Ihres Fachgebietes auch die Interdisziplinarität und multi-professionelle Kompetenz darstellen.

Wir werden Sie im Rahmen dieser Fortbildung auch über aktuelle Entwicklungen in unserem Fachbereich informieren und erste Ergebnisse unserer Onlineumfragen präsentieren. Aus den Resultaten werden wir neue Projekte entwickeln, Ihre Mitarbeit hierbei ist uns sehr willkommen.

Wir freuen uns, Sie in Hattingen begrüßen zu können und freuen uns ebenfalls auf den regen Austausch mit Ihnen und sagen schon heute,  
**„Herzlich willkommen in Hattingen!“**



Werner Droste  
 Vorsitzender FgSKW e. V.

#### Vorprogramm

- Freitag, den 07. September von 10.00 Uhr bis 18.00 Uhr und
- Samstag, den 08. September von 8.30 Uhr bis 10.30 Uhr
- ab 11.30 Uhr bis 17.00 Uhr Mitgliederversammlung der FgSKW e.V.

#### Aktuelle Versorgung – Stationär und poststationär Welchen Wandel erleben wir in unserer pflegerischen Professionalisierung?

- Vorstellung der Ergebnisse der Umfrage der FgSKW zur „Präoperativen Markierung“
- Versorgungsstrukturen – stationär und poststationär  
 Derzeit und in Zukunft?

#### Therapien, Therapieangebote und spezielle Pflege in der onkologischen Versorgung

- Aktuelle Therapien onkologischer Erkrankungen des Dickdarms: Chemo- oder Radiotherapie, Orale Therapie, „Antikörpertherapie“
- Psychoonkologie. Ein Therapieangebot in der Praxis
- Angebote der Selbsthilfe
- PalliativCare: Onkologische, sektorenübergreifende Betreuung
- Spezielle Pflege bei parastomalen Hautkomplikationen
- Hernien – Eine neue operative Versorgung durch „biologische“ Implantate

#### Kontinenzstörungen

- Inkontinenz und Impotenz-Folgen nach Rektumoperation
- Darmmanagement
- Studie Inkontinenzassoziierte Dermatitis (IAD)

Das detaillierte Programm finden Sie ab April 2012 auf unserer Homepage und in den Medien der FgSKW veröffentlicht.

#### Zielgruppe

- Gesundheits- und Krankenpflegekräfte
- Altenpflegekräfte
- Ärztinnen, Ärzte
- Entscheider aus Kliniken / Rehabilitationskliniken, dem qualifiziertem Fachhandel, den poststationären Bereichen sowie Gremien aus dem Gesundheitswesen und Krankenkassen.

#### Referenten

Herr PD Dr. med. Sigbert Jahn, Darmstadt  
 Herr PD Dr. med. Igors Iesalnieks, Gelsenkirchen  
 Herr Dr. med. Martin G. Oechsner, Rothenburg a.d. Fulda  
 Herr Dr. med. Franz Raulf, Münster  
 Frau Mag. Margareta Jukic-Puntigam, Wien  
 Frau Maria Hass, Bonn  
 Herr Werner Droste, Selm  
 Frau Gabriele Gruber, MSc, München  
 Frau Christel Zerger, Greifswald  
 Frau Andrea Schmidt-Jungblut, Kassel

## Veranstaltungshinweise

Veranstaltungsort:

LWL-Industriemuseum  
Westf. Landesmuseum für Industriekultur  
Henrichshütte Hattingen  
Werksstraße 31-33

D-45527 Hattingen

Eine Anfahrtsskizze finden Sie unter:

[www.lwl.org/LWL/Kultur/wim/portal/S/hattingen/service/kontakt/](http://www.lwl.org/LWL/Kultur/wim/portal/S/hattingen/service/kontakt/)

## Industrierausstellung

Während des Kongresses findet eine Industrierausstellung mit Workshops statt.

## Kongressbeitrag

Mitglieder	Tag	Beitrag
	07.09.2012	60,00 Euro
	08.09.2012	25,00 Euro
	07. u. 08.09.2012	70,00 Euro

Nichtmitglieder	Tag	Beitrag
	07.09.2012	90,00 Euro
	08.09.2012	35,00 Euro
	07. u. 08.09.2012	120,00 Euro

## Anmeldung

Unser Anmeldeformular und weitere Informationen zu Übernachtungsmöglichkeiten finden Sie unter folgendem Link auf unserer Homepage:

[www.fgskw.org/bildung/bildungsangebote-fgskw.php](http://www.fgskw.org/bildung/bildungsangebote-fgskw.php)

FgSKW e.V. - Geschäftsstelle  
Nikolaus-Groß-Weg 6  
Postfach 1351  
D-59371 Selm

Tel.: 02592-973141 E-Mail: [sekretariat@fgskw.org](mailto:sekretariat@fgskw.org)  
Fax: 02306-378-3995 Internet: [www.fgskw.org](http://www.fgskw.org)

## Partner und Förderer



**S**ehr geehrte Leser/Innen der MagSi®,

hier sehen Sie die Titelseite der März-Ausgabe des Online-Magazins „MagSi® InterAktiv“. Sie können die aktuelle Ausgabe kostenfrei erhalten durch eine einfache Nachricht per Mail an die Geschäftsstelle des FgSKW Fachverbandes unter: [sekretariat@fgskw.org](mailto:sekretariat@fgskw.org)

Für das Jahr 2012 bieten wir Ihnen das FgSKW-Online Magazin „MagSi® InterAktiv“ als monatliches Mailing zum Preis von 12,- € pro Jahr zzgl. MwSt. an. Als Abonnent/In der Zeitschrift „MagSi®“ erhalten Sie das neue Online Magazin „MagSi® InterAktiv“ zum vergünstigten Bezugspreis von nur 6,- € zzgl. MwSt. für ein ganzes Jahr!

Für Mitglieder des FgSKW e.V. ist der Bezug des neuen Online Magazins „MagSi® InterAktiv“ auch weiterhin kostenfrei im Rahmen der Mitgliedschaft zu beziehen.

Bei Interesse bitten wir um Zusendung einer Mail an die Adresse:  
[sekretariat@fgskw.org](mailto:sekretariat@fgskw.org)



**D**ie Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Anorektalfehlbildungen, SoMA e.V., ist Ansprechpartner für Eltern betroffener Kinder sowie für betroffene Jugendliche und Erwachsene, die mit einer anorektalen Fehlbildung, also einer Fehlbildung des Enddarms geboren wurden.

SoMA wurde 1989 gegründet und agiert bundesweit und in den deutschsprachigen Nachbarländern und hat derzeit knapp 800 Mitglieder. Über 600 Mitglieder sind Eltern betroffener Kinder. Seit kurzem berät und begleitet SoMA auch Eltern bzw. Betroffene von Morbus Hirschsprung.

Die häufigsten Probleme im Kindesalter sind zu Beginn die fachgerechte Versorgung eines angelegten Stomas und später dann die auftretende Inkontinenz nach Rückverlegung des Stomas. Insbesondere urologische Begleitfehlbildungen können zusätzlich erheblichen Nachsorgebedarf verursachen.

SoMA e.V. bietet den Betroffenen und ihren Angehörigen Unterstützung und praktische Hilfen und arbeitet mit Fachleuten verschiedener Disziplinen zusammen z.B. aus der Kinderchirurgie, Pflege, psychosozialen Disziplinen oder der Physiotherapie.

Neben verschiedenen alters- und bedarfsspezifischen Seminaren, Freizeitangeboten und bundesweiten und regionalen Treffen gibt SoMA auch verschiedene Informationsmaterialien heraus, die direkt über SoMA e.V. bezogen werden können.

#### Kontakt- und Bezugsadresse

SoMA e.V.

Selbsthilfeorganisation für Menschen mit Anorektalfehlbildungen

Nicole Schwarzer

Weidmannstr. 51

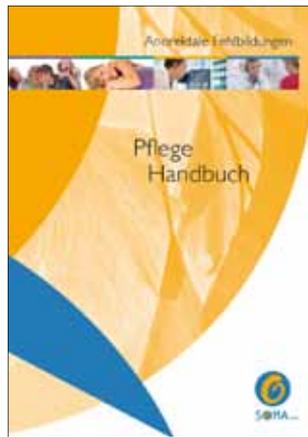
80997 München

Tel.: 0 89/14 90 42 62

Fax: 0 89/14 90 42 63

E-Mail: [info@soma-ev.de](mailto:info@soma-ev.de)

Internet: [www.soma-ev.de](http://www.soma-ev.de)



#### Pflegehandbuch

Anorektale Fehlbildungen

Herausgeber SoMA e.V./Eigenverlag

72 Seiten - 42 x 29,7 cm

Umschlag folienkaschiert

© 1. Auflage/2010

ISBN 978-3-9810968-5-9

Preis: 10,00 € (zuzüglich Versandkosten)

Im Pflegehandbuch sind Fachartikel, Erfahrungsberichte, Checklisten, Protokolle sowie hilfreiche Adressen enthalten. Denn schon die kleinen Patienten mit anorektalen Fehlbildungen brauchen von Anfang an Nachsorgemaßnahmen oder Hilfsmittel. Deshalb finden sich folgende Themen in diesem Buch: Basiswissen zu Diagnose, Häufigkeit und Behandlung anorektaler Fehlbildungen, Therapiemöglichkeiten von Stomaver-sorgung bis zu Bowel Management, von medikamentöser Therapie bis zu Ernährung und Physiotherapie.

Das Pflegehandbuch ist für Eltern bzw. Pflegende von Kindern mit anorektaler Fehlbildung sowie weitere interessierte Fachleute geeignet.



#### „Bin ich anders?“

Informationsbroschüren für Eltern, junge Frauen, junge Männer – Anorektalen Fehlbildungen und Sexualität

Herausgeber SoMA e.V./Eigenverlag

© 1. Auflage/2006

Informations-Mappe (21,5 cm x 21,5 cm) mit 3 Broschüren kartoniert  
ISBN 3-9810968-3-5  
ISBN 978-3-9810968-3-5  
Preis: 12,00 €; die Broschüren sind auch einzeln erhältlich (à 4,00 €) - Preise zuzüglich Versandkosten

In dieser Infomappe mit je einer Broschüre für Eltern, junge Frauen oder junge Männer sind medizinische Fachartikel, Erfahrungsberichte und Infos zu Ansprechpartnern enthalten. Aufgegriffen werden die Fragen: Welchen Einfluss haben anorektale Fehlbildungen auf die Sexualität? Was ist anders in der Pubertät? Welche gynäkologischen, urologischen oder Fertilitätsprobleme können auftreten? Was ist anders bei mir?

Die Broschüren sind für von anorektaler Fehlbildung Betroffene ab ca. 12-14 Jahren sowie für deren Eltern, aber natürlich auch für interessierte Fachleute geeignet.



#### SoMA-THEMA:

##### Morbus Hirschsprung

Herausgeber SoMA e.V./Eigenverlag

© 1. Auflage/2011

8 Seiten/Flyer DIN A 4 – Preis: 2 €

(zuzüglich Versandkosten)

In diesem Flyer wird die angeborene Fehlbildung „Morbus Hirschsprung“ in patientenverständlicher Sprache beschrieben. Was ist Morbus Hirschsprung? Wie entsteht Morbus Hirschsprung? Welche Diagnostik, welche Behandlungsmöglichkeiten und welche Langzeitfolgen gibt es?

Diese Infobroschüre ist für Patienten, Angehörige und interessierte Fachleute geschrieben.

## Präsentation der Facharbeiten zum Abschluß der Weiterbildung Pflegeexperte SKW am Diakonischen Institut in Dornstadt



**N**ach knapp 2-jähriger Weiterbildung endete mit der Präsentation der Facharbeiten am Diakonischen Institut in Dornstadt für 25 Kursteilnehmer die Weiterbildung zum Pflegeexperten SKW.

Zahlreiche Gäste aus Kliniken, Herstellerunternehmen, Fachhandel und Rehabilitationskliniken, sowie der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde waren der Einladung der Kursleitung gefolgt, um die fachlichen Darbietungen der Absolventen mit zu erleben.

Facharbeiten aus allen Handlungsfeldern der Weiterbildung SKW, die von den Kursteilnehmern in den vergangenen Monaten im Rahmen der Weiterbildung erarbeitet wurden, ließen deren erworbene Fähigkeiten in feierlicher Umgebung deutlich werden. Trotz Herzklopfen und Lampenfieber erlebten hier die Teilnehmer den feierlichen Abschluß einer fachlichen Weiterbildung mit sehr hohen Anforderungen.

Wir wünschen den neuen Kolleginnen und Kollegen viel Erfolg und Freude in der Verwirklichung ihrer Ziele und Vorstellungen in der beruflichen Umgebung!

### Namenliste der Teilnehmer:

Baumgärtner, Ute	Mauer, Marion
Bietei, Monika	Pirner, Nadine
Bierkemper, Frank	Ragg-Schilling, Heike
Bil, Ewa	Schädler, Adelheid
Eisei, Stephanie	Schaub-Ziwny, Christine
Forst, Fabian	Schneider, Sabine
Görgen, Barbara	Schnell, Sandra
Hanke, Martina	Schwarz, Mirjam
Kainz, Viktoria	Sendlbeck, Waltraud
Köllner, Jan	Strobl, Kathrin
Kroll, Anja	Vieweg, Margit
Kruppa, Jenny	Wütherich, Karin
Leeb, Sonja	

Brigitte Sachsenmaier

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

# Schön,

... wenn man keine Angst vor  
Inkontinenz haben muss.

... wenn man sich nicht um Hilfsmittel-  
bestellung und Medikamentenab-  
wicklung 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

Die GHD GesundHeits GmbH Deutschland –  
Der Spezialist für Ihre Gesundheit

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.

Unsere kostenlose Hotline  
**0800 - 362 73 78**

[www.gesundheitsgmbh.de](http://www.gesundheitsgmbh.de)

# Abschlusspräsentationen der Pflegeexperten Stoma Inkontinenz Wunde



**Am 9. März 2012 haben 25 weitergebildete Pflegeexperten des Bildungszentrums Ruhr im Kongresszentrum des Anna Hospitals in Herne die Ergebnisse ihrer Abschlussarbeiten vorgestellt.**

**W**ährend ihrer Weiterbildung haben die Teilnehmer zwei 14-tägige Praktikumseinsätze in Deutschland, Österreich der Schweiz und den Niederlanden absolviert, um das erworbene Wissen in der Praxis zu vertiefen. Nach erfolgreicher Weiterbildung beschäftigen sie sich professionell mit den Themen Stoma- und Wundversor-



gung, sowie der Kontinenzförderung in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern Krankenhaus, Rehaeinrichtungen und dem Fachhandel.

Ihre Professionalität haben die Absolventen eindrucksvoll durch 25 engagierte Vorträge demonstriert. Die zahlreichen Gäste hatten Gelegenheit neue Dimensionen in der Patientenversorgung zu erfahren, in dem sie beispielsweise das Reiten als Kontinenztherapie kennenlernten und praxisnahe und umsetzbare Tipps zur Vermeidung von Schmerzen beim Verbandwechsel erhielten.

Die Gäste konnten sich weiterhin über die Besonderheiten in der Versorgung von Säuglingen und Kindern informieren und erhielten Einblicke in verschiedene Konzepte für die Verbesserung der Versorgung von Stomapatienten in den Krankenhäusern und Reha-kliniken.

Eine Teilnehmerin beschäftigte sich mit der Pauschalvergütung in der Stomaversorgung, wodurch die Gäste erfuhren mit welchen Problemen die Mitarbeiter im Fachhandel täglich konfrontiert werden. Welche Voraussetzungen erfüllt werden müssen, um ein Krankenhaus zu einem anerkannten Kontinenzzentrum der deutschen Kontinenzgesellschaft zu zertifizieren, wurde ebenfalls erläutert. Diese und andere Themen wurden span-



nend und interessant vorgestellt, so dass das Kongresszentrum bis zum Ende der Veranstaltung gut besucht war.

Durch den erfolgreichen Tag führte in bekannter Weise die Institutsleitung Frau Margret Müthing und erstmalig nach zweijähriger Begleitung konnte die fachliche Leitung des Kurses Frau Veronika Pietzonka die Absolventen verabschieden. Sie verband es mit dem Wunsch den



fachlichen Austausch aufrechtzuerhalten, um die Situation der Betroffenen zu verbessern.

Frau Müthing und Frau Pietzonka werden aufgrund der anhaltend hohen Nachfrage für diese Weiterbildung bereits am 23. April dieses Jahres 25 neue Teilnehmer aus weiten Teilen Deutschlands und der Schweiz im Bildungszentrum Ruhr begrüßen.

# BESSER FACHLICH KOMPETENT.



Die Sanitätshaus Aktuell AG ist ein modernes, national und international tätiges Dienstleistungsunternehmen in der Gesundheitsbranche.

Unsere Gemeinschaft umfaßt insgesamt 300 Partnerbetriebe mit einer Mitarbeiterzahl von über 7.000 Fachkräften. Hiervon sind über 500 Mitarbeiter, als Spezialisten auf dem Gebiet der Homecare-Versorgung tätig. Damit zählen wir in Deutschland zu den führenden Versorgern im Homecare-Markt.

Mit über 70 Stomatherapeuten, sowie über 130 speziell nach ICW oder DGFW weitergebildeten Wundexperten verfügen wir über eine hochgradige Spezialisierung.

Unsere Partnerbetriebe sind die Verbindung zwischen klinischer und ambulanter Versorgung sowie Ansprechpartner für Patienten und Angehörige, Ärzte und Krankenhäuser, Altenheime und Pflegedienste sowie Krankenkassen.

Haben auch Sie Interesse an einer optimalen Patientenversorgung, dann freuen wir uns, wenn Sie sich bei uns melden.

Ansprechpartner: Ralph Mayer  
**Sanitätshaus Aktuell AG**  
**Auf der Höhe**  
**53560 Vettelschoß**

info@care-team.de  
www.care-team.de



**care team**

Folgende Weiterbildungsstätten bieten die Weiterbildung zum „Pflegeexperten Stoma Inkontinenz Wunde“ an.

**Diakonisches Institut für Soziale Berufe**  
Frau Brigitte Sachsenmaier  
Bodelschwinghweg 30  
89160 Dornstadt  
Tel.: + 49 73 48 98 74 0  
Fax: + 49 73 48 98 74 30  
E-Mail: [info@diakonisches-institut.de](mailto:info@diakonisches-institut.de)  
[www.diakonisches-institut.de](http://www.diakonisches-institut.de)

**DAA – Deutsche Angestellten Akademie**  
Institut Nordhessen/Zweigstelle Kassel  
Frau Andrea Schmidt-Jungblut  
Angersbachstr. 4  
34127 Kassel  
Tel.: + 49 561 807 06 0  
Fax: 0561 80706-188  
E-Mail: [Andrea.Schmidt-Jungblut@daa.de](mailto:Andrea.Schmidt-Jungblut@daa.de)  
[www.daa-kassel.de](http://www.daa-kassel.de)

**maxQ im bfw**  
Unternehmen für Bildung  
Frau Brigitte Meister  
Niddastr. 98-102  
60329 Frankfurt  
Tel.: 069 24 26 05 32  
Fax 069 24 26 05 34  
E-Mail: [meister.brigitte@maxq.net](mailto:meister.brigitte@maxq.net)  
[www.maxq.net](http://www.maxq.net)

**Bildungszentrum Ruhr**  
Institut für Bildung und Management  
im Gesundheitswesen  
Sekretariat Fr. Marion Lach  
Hospitalstr. 19  
44694 Herne  
Tel.: + 49 2325 986 2738  
Fax: + 49 2325 986 2739  
E-Mail: [sekretariat@bildungszentrumruhr.de](mailto:sekretariat@bildungszentrumruhr.de)  
[www.bildungszentrum-ruhr.de](http://www.bildungszentrum-ruhr.de)

**Wannsee-Akademie**  
Frau Iris Zeyen-Rohrbeck  
Zum Heckeshorn 36  
14109 Berlin  
Tel.: 030 80 686-041  
Fax: 030 80686-404  
E-Mail: [IZR@wannseeschule.de](mailto:IZR@wannseeschule.de)  
[www.wannseeschule.de](http://www.wannseeschule.de)

**Mathias Hochschule Rheine**  
Akademie für Gesundheitsberufe  
Herr Andreas Holtmann  
Frankenburgstr. 31  
48431 Rheine  
Tel.: 05971/42 1172  
Fax: 05971/42 1116  
E-Mail: [a.holtmann@mathias-spital.de](mailto:a.holtmann@mathias-spital.de)  
[www.mathias-stiftung.de](http://www.mathias-stiftung.de)

**segema GmbH & Co KG**  
Seminare Gesundheit Management  
Frau Gabriele Koch-Epping  
Julius-Doms-Str. 15  
51373 Leverkusen  
Tel.: 0700/73436200  
Fax: 0214/8685210  
E-Mail: [info@segema.de](mailto:info@segema.de)  
[www.segema.de](http://www.segema.de)

**PFAD Akademie gem. GmbH**  
Akademie der Gesundheitswissenschaft  
Frau Heike Feuerer  
Holstenplatz 20  
22765 Hamburg  
Tel.: 040 / 30681830  
Fax: 040 / 30681833  
E-Mail: [info@pfad-akademie.de](mailto:info@pfad-akademie.de)  
[www.pfad-akademie.de](http://www.pfad-akademie.de)

## Einfach ausgezeichnet

# PubliCare GmbH mit dem Dansac- Qualitätssiegel gewürdigt



Köln, 16. Januar 2012.

Die PubliCare GmbH ist mit dem Dansac-Qualitätssiegel ausgezeichnet worden. Die Auszeichnung würdigt die umfassenden Service- und Produktleistungen des Kölner Homecare-Unternehmens für den Bereich Stoma.

Die PubliCare GmbH zählt zu den ersten, die mit dem Dansac-Qualitätssiegel ausgezeichnet werden. Mit dem neu ins Leben gerufenen Siegel ehrt die Dansac GmbH Fachhändler, die ein umfassendes Service- und Produktspektrum anbieten, das Stomaträgern eine Komplett-Versorgung garantiert.

Bei der Auszeichnung wurden Merkmale wie Patienteninformation, Netzwerkpflege, Beratungskompetenz, Prozess- und Lageroptimierung sowie Öffentlichkeitsarbeit und Evaluation berücksichtigt. Im Rahmen der Feier zum 40-jährigen Bestehen der Dansac GmbH, Entwickler und Produzent von Stoma-Versorgungsprodukten, wurde das Siegel erstmalig verliehen. Es dient Betroffenen wie auch ihren Angehörigen als Orientierungshilfe bei der Suche nach Fachhändlern mit höchsten Ansprüchen.



PubliCare

„Wir freuen uns, dass unsere Arbeit für Qualitätsaufbau und -sicherung mit dem Dansac-Siegel gewürdigt wird“, sagt Thomas Haslinger, Geschäftsführer der PubliCare GmbH, zur Auszeichnung.

## Basco Orthopädie Handelsgesellschaft mbH

# Stomabandagen und Zubehör StomaCare™-Serie



Der große Markterfolg der StomaCare™-Bandagen hindert den Hersteller Basco nicht daran, die Produkte laufend weiter zu entwickeln. Ausgangspunkt für die Neuerungen sind stets die Rückmeldungen von Patienten, Stomatherapeuten und Sanitätsfachhandel.

So hat Basco nun mit weiteren Neuerungen in der StomaCare™-Serie konkrete Wünsche aus der Praxis erfüllt:

- **StomaCare™-Bandagen jetzt auch in Schwarz**  
Die verschiedenen Modelle, von Standard bis EasyOpener, sind nun außer in Weiß und Beige auch in Schwarz erhältlich.
- **Neues Modell mit größerer Stomaöffnung**  
Bei den Standard- und EasyOpener-Modellen gibt es nun auch eine eingearbeitete Stomaöffnung von 85 mm Durchmesser. Diese Variante komplettiert die umfangreiche Serie mit Bandagenhöhen von 10, 15 und 22,5 cm Höhe sowie Stomaöffnungen von 60 und 72 mm. Damit wird die Versorgung in noch mehr Fällen einfacher und komfortabler. Natürlich umfasst das StomaCare™-Programm für Versorgungsfälle mit speziellen Anforderungen auch weiterhin Modelle, bei denen die Stomaöffnung durch den Bandagisten individuell angefertigt werden kann.
- **Neues Zubehör: Die StomaCare™-Beuteltasche**  
Für ein noch komfortableres und sichereres Tragegefühl hat Basco die

Beuteltasche entwickelt. Sie wird ganz einfach mit einem Klettverschluss über der Stomaöffnung angebracht und nimmt den Stomabeutel auf. Damit gibt die Tasche dem Stomabeutel stets sicheren Halt und sorgt für mehr Komfort – ganz besonders bei körperlicher Aktivität. Die Beuteltasche passt in alle StomaCare™-Bandagen und ist in einer Einheitsgröße sowohl in der Farbe Weiß als auch in Schwarz erhältlich.

- **Leibmaß-Bandage erleichtert Größenbestimmung**

Dieses Modell wurde speziell zum Maßnehmen und zur einfachen Bestimmung der geeigneten Bandagengröße entwickelt. In der Leibmaß-Bandage sind die StomaCare™-Größen per Label an dem entsprechenden Umfangsmaß angebracht. Im umgelegten Zustand lesen Sie einfach die korrekte Größe ab und Ihre Patienten bekommen zugleich einen Eindruck von der Optik und den Materialeigenschaften der StomaCare™-Bandage.

Beratung und detaillierte Informationen zur StomaCare™-Serie erhalten Sie bei



Basco Healthcare  
Tel.: (040) 85 41 87-0  
Fax: (040) 85 41 87-11  
E-Mail: [verkauf@basco.com](mailto:verkauf@basco.com)  
[www.basco.com](http://www.basco.com)

**HIER  
könnte auch IHR Beitrag im  
"Schaufenster"  
veröffentlicht werden.**

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

[info@fgskw.org](mailto:info@fgskw.org)

Fachgesellschaft  
Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

Bilder: Hersteller

# Softima® Active

## Einfach für's Leben

sofortige Haftung

ultra flexibel

wasserresistent



Softima® Active – das ultra-flexible einteilige System für alle Stoma-träger, die eine neue Dimension an Komfort und Sicherheit suchen:

- Die patentierte SkinTech® Formel der Basisplatte bietet einen perfekten, sicheren Sitz (auch bei Hernien, Narben, Hautfalten)
- Der neue Filter schützt vor aufgeblähten Beuteln und Gerüchen
- In 3 Beutelgrößen zur optimalen Abstimmung der Versorgung

**Softima® Active ... Einfach für's Leben!**

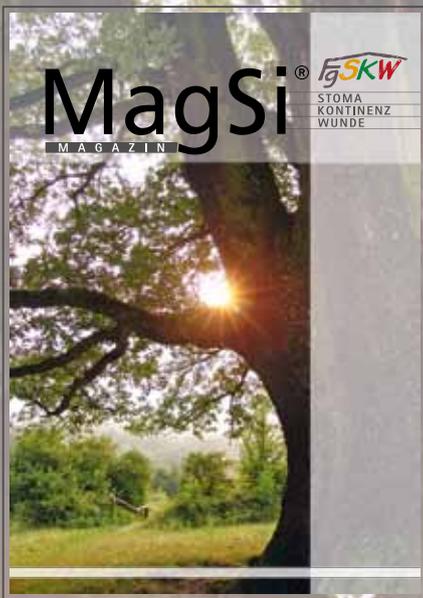
B. Braun Melsungen AG | OPM | 34209 Melsungen | Deutschland  
Tel (0 56 61) 71-33 99 | [www.bbraun.de](http://www.bbraun.de) | [www.stomacare.bbraun.de](http://www.stomacare.bbraun.de)

**B | BRAUN**  
SHARING EXPERTISE



Einfach den QR-Code mit der Kamera Ihres Smartphones und einer geeigneten Reader-Applikation einscannen >>> und den Softima® Active Film direkt auf Ihrem Handy ansehen.





Die nächste Ausgabe Ihrer

## MagSi® Magazin

Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im August 2012

### Herausgeber

**FgSKW** (Fachgesellschaft  
Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.  
Herr Werner Droste  
Nikolaus-Groß-Weg 6  
59371 Selm  
Tel.: +49(0)2592/973141  
Fax: +49(0)2592/973142  
E-Mail: [info@fgskw.org](mailto:info@fgskw.org)  
Internet: [www.fgskw.org](http://www.fgskw.org)

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@fgskw.org](mailto:redaktion@fgskw.org)

### Gestaltung

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

### Druck

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

### Anzeigenverwaltung,

### Verkauf und Versand

**FgSKW** (Fachgesellschaft  
Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.  
Herr Werner Droste  
Nikolaus-Groß-Weg 6  
59371 Selm  
Tel.: +49(0)2592/973141  
Fax: +49(0)2592/973142  
E-Mail: [sekretariat@fgskw.org](mailto:sekretariat@fgskw.org)  
Internet: [www.fgskw.org](http://www.fgskw.org)

### 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, Kontinenz, 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  
Wechselversand 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 – Kontinenz – Wunde,  
die Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung  
und Berufspolitik ist aktuell, innovativ und  
unabhängig. Sie ist das Organ des FgSKW  
Fachverband Stoma und Kontinenz e.V.  
Die Mediadata, 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.

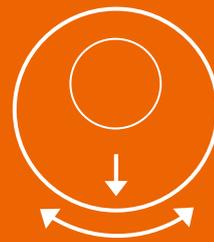
Namentlich gekennzeichnete Beiträge  
brauchen sich nicht unbedingt mit der  
Meinung der Redaktion und des Heraus-  
gebers zu decken.

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 Heraus-  
geber die Haftung ab.

# Zusätzlicher Schutz, wo SIE ihn benötigen



DANSAC Seal - Hautschutzring

## DANSAC SEAL

Aufgrund des einzigartigen Designs mit versetzter Öffnung kann man die Dansac Seals - Hautschutzringe dort anbringen, wo zusätzlicher Schutz benötigt wird. Sie bieten eine sichere Abdichtung zwischen der Haut und der Versorgung, und dank vier verschiedener Größen sind die Hautschutzringe bei den meisten Stomata anwendbar.

Packung mit 30 Stück

Öffnung	Artikel-Nr.	PZN
20 mm	070 - 20	9390304
30 mm	070 - 30	9390310
40 mm	070 - 40	9390327
50 mm	070 - 50	9390333



Weitere Informationen und kostenlose Muster erhalten Sie auf [www.dansac.de](http://www.dansac.de) oder telefonisch unter **0800 / 560 07 59** (gebührenfrei).

**dansac**   
Dedicated to Stoma Care

# StomaCare<sup>TM</sup>

## Bandagen für Stomaträger

HMV Pos.-Nr.: 05.11.03.2008

Die StomaCare<sup>TM</sup>-Bandagen werden insbesondere zur postoperativen Unterstützung der Bauchwand und zur Vermeidung einer Hernie – hervorgerufen u.a. durch hohe körperliche Aktivität (Sport, Gartenarbeit etc.) – eingesetzt. Abgestimmt auf die individuellen Bedürfnisse stehen unterschiedliche StomaCare<sup>TM</sup>-Bandagen-Modelle zur Verfügung.

### Indikationen

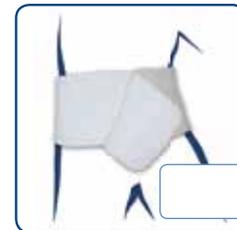
- Bauchdeckenschwäche
- Hernie im Narben- und Stomabereich
- Ileo-/Kolo-/Urostomie
- Ileum-/Kolon-Conduit
- Prolaps



EasyOpener



Standard-Fertigfabrikat



Irrigation



Protector



Beuteltasche

## Bandagen-Zubehör

### Protector

Der Protector bietet zusätzlichen Schutz vor Druck und unbeabsichtigten Kraffteinwirkungen auf das Stoma. Beim Autofahren kann das durch den Gurt verursachte Druckgefühl verhindert werden.

### Beuteltasche

Komfort und Sicherheit bietet die Beuteltasche. Sie nimmt den Stomabeutel auf und gibt ihm sicheren Halt – insbesondere bei körperlicher Aktivität.



TEL.: 040-854187-0 • FAX: 040-854187-11 • E-MAIL: VERKAUF@BASKO.COM

WWW.BASKO.COM