

MagSi[®]

MAGAZIN



STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Das Thema

Harninkontinenz bei
Demenzkranken

Aktuell

Erste Fortbildung zur
Zertifizierung durch die
FgSKW e.V. im Jahr 2013

Weiterbildung Aktuell

Mit Wissen gestärkt und
fit für die Zukunft!



»Ich hätte nicht gedacht,
dass es ein Produkt gibt,
das die Beutellentleerung
erleichtert.«

Nicholas, Stomaträger seit 2010

Ganz sicher. Mit Brava®

Brava® Geruchsneutralisierendes Gleitmittel – für eine einfache, geruchs- neutrale Beutellentleerung

Die umfangreiche Brava Produktpalette bietet individuelle Lösungen für die individuelle Bedürfnisse jedes einzelnen Stomaträgers. Brava steht für höchste Qualität und große Zuverlässigkeit.

Das Brava Geruchsneutralisierende Gleitmittel, mit frischem Duft, macht die Beutelinenseiten gleitfähig und verhindert, dass die Beutelfolien aneinander haften. Der Stuhl gleitet direkt in den unteren Teil des Beutels und lässt sich spürbar leichter entleeren. Gleichzeitig neutralisiert das Gleitmittel unangenehme Gerüche, die besonders bei der Beutellentleerung störend sein können.

Weitere Informationen zur Brava Pflegeschutz-Serie erhalten Sie unter www.coloplast.de



Das Brava Geruchsneutralisierende Gleitmittel ist in der Flasche (240 ml) oder für unterwegs als praktisch abgepackte Einzelportion mit 7,5 ml erhältlich.



Ausblick

Liebe Leserinnen, liebe Leser,

Eine große Herausforderung im Umgang mit Harn- und Stuhlinkontinenz besteht in der starken Tabuisierung dieser Themen in unserer Gesellschaft.

Fachzeitschriften wie auch diese „MagSi®“ tragen erheblich dazu bei, diese tabuisierten Themen in der Gesellschaft präsent zu machen und nachhaltig zu verfestigen.

In dieser Ausgabe der „MagSi®“ nehmen die Autorinnen und Autoren unterschiedliche Teilbereiche dieser Themen zum Gegenstand der Ausarbeitungen. Die spezielle Situation pflegender Angehöriger von Menschen mit Inkontinenz wird in einem zentralen Beitrag intensiv und eindrucksvoll präsentiert. Ein weiterer Beitrag befasst sich mit der nicht selten vorkommenden Kombination von Inkontinenz und verschiedenen Formen der Demenz. Die Autorin versteht es in dem Beitrag sehr gut, die Verstärkung der Auswirkungen auf die Betroffenen und deren betreuende Pflegepersonen bei der Kombination dieser Krankheitsbilder darzustellen.

Mit weiteren Beiträgen zu Möglichkeiten der operativen Behandlung bei Blasenkarzinomen und die Besonderheiten der Nachsorge für Menschen mit Urostomien hoffen wir sehr, Ihnen erneut eine umfassende und informative Zusammenstellung interessanter Fachbeiträge in der neuen „MagSi®“ anbieten zu können. Eine spannende Lektüre der neuen „MagSi®“ bei hoffentlich sommerlichen Temperaturen wünscht Ihnen

Ihre Redaktion

Das Thema

- 4 Pflegende Angehörige älterer Menschen mit Inkontinenz - Auswirkungen auf Belastungserleben und Lebensqualität
- 8 Die kontinente Darmersatzblase, der Mainz-Pouch I
- 14 Harninkontinenz bei Demenzkranken
- 22 Urinkristalle – Ein Versorgungsproblem bei Urostomien

Aktuell

- 28 Pflichttermin für Pflegeprofis: PFLEGE + HOMECARE LEIPZIG
- 29 Aktualisierung der AWMF-Leitlinie "Kolorektales Karzinom" veröffentlicht
- 31 Erste Fortbildung zur Zertifizierung durch die FgSKW e.V. im Jahr 2013

Buch-Tipp

- 35 Rückengerechtes Arbeiten im OP
Rückengerechtes Arbeiten in der Pflege

Weiterbildung Aktuell

- 36 Stoma & Lifestyle
- 37 Mit Wissen gestärkt und fit für die Zukunft!
- 38 Pflegeexperten Stoma-Kontinenz-Wunde schließen an der Akademie für Gesundheitsberufe am Mathias-Spital in Rheine ihre Weiterbildung ab

Schaufenster

- 39 SpeediCath® Compact Set erhält renommierten Designpreis „Stoma-Navigator“
PharmaCare – medizinische Hilfsmittel, zuverlässig und herstellernerneutral
- 40 Meine Tasche & ich
- 41 SALTS-Stomaversorgungsprodukte ab sofort exklusiv in Deutschland!

Impressum

- 42 Impressum

Herausgeber

FgSKW
Fachgesellschaft
Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.

Kooperationspartner



Pflegende Angehörige älterer Menschen mit Inkontinenz Auswirkungen auf Belastungs- erleben und Lebensqualität.

Möglichkeiten zur Verbesserung des Informationsdefizites durch gezielte Edukation und Prävention.

In meiner Facharbeit im Rahmen der Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma-Kontinenz-Wunde von 2011 - 2013 schrieb ich zum Thema „Pflegende Angehörige älterer Menschen mit Inkontinenz“. Bei der Thematik haben mich besonders die Auswirkungen auf das Belastungserleben und Lebensqualität von pflegenden Angehörigen interessiert. Im Weiteren habe ich nach Möglichkeiten gesucht, dass Informationsdefizit pflegender Angehöriger durch edukative und präventive Maßnahmen zu verbessern.

Patienten mit Inkontinenz und deren Angehörige haben ein großes Problem. Sie schämen sich für ihr Leiden, bzw. das ihrer Verwandten. Die Entstehung der Scham bei Inkontinenz scheint einen ganz logischen Ursprung zu haben.

In der Reifung und individuellen Entwicklung eines Menschen ist eine der ersten von der Gesellschaft und dem Individuum besonders geschätzten Errungenschaften, das Erlangen von „Stubenreinheit“. Eltern und Verwandte haben ein großes Interesse an diesem Entwicklungsbereich des Kindes. Dies ist möglicherweise in unserem westlichen Kulturkreis besonders etabliert. Verliert nun ein erwachsener Mensch eine seiner ersten erlernten und von der Gesellschaft hoch gepriesenen Fähigkeiten, führt dies zu Scham und eventuell Depression. Die Selbständigkeit und Eigenbestimmung geht ein Stück weit verloren.

Deshalb scheint die Thematik Inkontinenz bis zum heutigen Zeitpunkt noch immer als „Tabuthema“ zu zählen, obwohl sehr viele Menschen weltweit davon betroffen sind. Laut der Deutschen Kontinenz Gesellschaft geht man derzeit von über neun Millionen Betroffenen in Deutschland aus (vgl. Broschüre Deutsche Kontinenz Gesellschaft 1/12). Dabei handelt es sich bei der Mehrzahl der harn- und /oder stuhlinkontinenten Betroffenen um ältere und zunehmend pflegebedürftigere Menschen. Diese Pflegebedürftigkeit konfrontiert Angehörige wie Ehepartner, Kinder oder auch Enkelkinder oft mit der Betreuung und Pflege ihrer Familienangehörigen. Die Angehörigen werden so zunehmend zu den Pflegekräften ihrer Verwandten. Viele der pflegenden Angehörigen stellen ihre eigenen Bedürfnisse und Probleme hinten an, weil für sie die Betreuung und Pflege ihres Angehörigen an erster Stelle steht und sie sich meist dazu berufen fühlen.

Doch hier stellt sich die Frage, inwiefern diese neue Situation mögliche Auswirkungen auf den pflegenden Angehörigen ausübt und mit wem sich pflegende Angehörige über ihre möglichen auftretenden Probleme austauschen können. Wer steht für ausreichende Information, Beratung und Schulung zur Verfügung? An wen können sie sich wenden?

In meiner Facharbeit habe ich versucht die Auswirkungen auf pflegende Ange-

hörige in Bezug auf die Pflege eines inkontinenten Verwandten herauszufinden und inwiefern sich das ganze auf Belastungserleben und Lebensqualität auswirkt.

In der Gesellschaft gilt die Pflege eines Verwandten als ganz normal, fast schon selbstverständlich. Doch das ist sie bei Weitem nicht. Die Pflege eines Verwandten ist eine sehr verantwortungsvolle und anspruchsvolle Aufgabe. Gerade aus diesem Grund ist es sehr wichtig, dass die pflegenden Angehörigen ausreichend informiert, beraten und geschult werden in Bezug auf die Pflege und die Inkontinenz. Nur ein ausreichend geschulter und gut informierter Laienpflegender kann gute Arbeit verrichten und fühlt sich in seinen Taten gestärkt.

Auch muss die Bereitschaft für die Pflege innerhalb der Familie weiterhin aufrechterhalten werden und das geht nur wenn Angehörige ausreichend unterstützt werden. Somit müssen die Ressourcen der pflegenden Angehörigen geschützt und aufrechterhalten werden, um die Zeit in der sie pflegen für sie gut zu gestalten. Nur ein gut informierter pflegender Angehöriger fühlt sich nicht überfordert und weiß den Anforderungen seiner Aufgabe zu begegnen. Wer sich nicht alleingelassen, sondern kompetent fühlt, wird dauerhaft die Versorgung eines Familienmitgliedes übernehmen und motiviert fortsetzen.

In Bezug auf die Auswirkungen der Inkontinenz auf den pflegenden Angehörigen gibt es in verschiedenen Studien keine klaren Aussagen.

Es lassen sich jedoch einige Überschneidungspunkte festhalten.

Bei pflegenden Angehörigen können sich Ekelgefühle, Schamgefühle und Schuldgefühle zeigen (vgl. Hoogers 1993). Oft kommt es auch zur Geruchsbelästigung durch die Inkontinenz des Verwandten (vgl. Brittain & Shaw 2007, Forbat 2004). Auch kann es dazu kommen, dass pflegende Angehörige ihren Verwandten von der Öffentlichkeit abschirmen wollen, v. a. wenn eine Stuhlinkontinenz vorhanden ist (vgl. Grond 1992). Es kommt oft in der Beziehung zwischen pflegendem Angehörigen und Verwandten zu einer Beeinflussung der Beziehung zueinander (vgl. Grond 1992). Die pflegenden Angehörigen sind oft von Schlafstörungen aufgrund der aufwändigen Pflege geplagt und es kommt zum Rückzug aus dem sozialen Umfeld mit Reduzierung der Spontanität und dem Wegfall der Pflege der eigenen Bedürfnisse (vgl. Cassels & Watt 2003, Gallagher & Pierce 2002).

Die Auswirkungen auf das Belastungs-erleben pflegender Angehöriger können sich generell auf vier Faktoren beim Menschen auswirken: zeitliche Belastung, gesundheitliche Belastung, emotionale Belastung und soziale Belastung (vgl. Büker 2009, 13 – 14). Die Belastung einer Pflegesituation wird von den Pflegenden meist sehr unterschiedlich wahrgenommen. Es kann zu einer Veränderung durch die meist extreme Belastung kommen, muss aber nicht. Auch in der Literatur findet sich hierbei keine allgemeingültige Aussage. Oft hängt die Art und Intensität der Belastung auch mit dem Verwandtschaftsgrad zusammen (vgl. Seither 2011, 41 – 43).

In Bezug auf die Auswirkungen und Veränderungen auf die Lebensqualität pflegender Angehöriger gibt es auch verschiedenste Ansätze. Zunächst muss allerdings erst der Begriff „Lebensqualität“ kurz erläutert werden. Es gibt zahlreiche Definitionen dafür und verschiedenste Auffassungen. Lebensqualität ist allerdings ein sehr schwer zu definierender Begriff, denn Lebensqualität wird subjektiv wahrgenommen und

interpretiert und fällt für jeden Einzelnen ganz verschieden aus.

Die Lebensqualität kann grundlegend aus drei verschiedenen Perspektiven betrachtet werden (vgl. Seither 2011, 44): aus der soziologischen Perspektive, aus der medizinischen Perspektive und aus der psychologischen Perspektive. Es kann, muss aber zu keinen Veränderungen bezüglich der Lebensqualität der pflegenden Angehörigen kommen. Somit kann auch hier keine allgemeingültige Aussage getroffen werden, denn jeder pflegende Angehörige geht ganz unterschiedlich mit der Pflegesituation um und schätzt auch diesbezüglich seine Lebensqualität ganz individuell ein. Dem einen macht die aufwändige Pflege nichts aus und sieht sich in seiner Lebensqualität kein bisschen eingeschränkt und der andere fühlt sich durch die Pflege vielleicht schon sehr eingeschränkt in seiner Lebensqualität. Man kann jedoch nicht automatisch davon ausgehen, dass pflegende Angehörige mit einer hohen Belastung durch die Pflege ihres Verwandten eine automatisch schlechtere Lebensqualität aufweisen und umgekehrt. Die Individualität der pflegenden Angehörigen bestimmt, ob deren Wohlbefinden durch die Pflege eingeschränkt ist oder nicht (vgl. Seither, 2011, 41 – 48).

Zu meinem Facharbeitsthema habe ich zwei Studien näher betrachtet. Die erste Studie geht von der Wissenschaftlerin Corinna Seither aus. Im Rahmen des von der Robert Bosch Stiftung geförderten Graduiertenkollegs mit dem Titel „Multimorbidität im Alter und ausgewählte Pflegeprobleme“ schrieb Frau Seither ihre Doktorarbeit zum Thema „Lebensqualität von pflegenden Angehörigen älterer Menschen – Eine Untersuchung zu den Auswirkungen von Inkontinenz und zur Rolle von Ressourcen“. Bei der Studie wurden die Auswirkungen der Pflege eines Angehörigen in Beziehung auf Belastung und Lebensqualität untersucht. Zudem gibt die Studie auch Einblick dahingehend, inwieweit pflegende Angehörige in Bezug auf die Thematik Inkontinenz informiert und beraten werden. Die Untersuchung bestand aus einer Vor- und einer Hauptstudie. In der Hauptstudie wurden 616 Hauptpflegepersonen mit Hilfe von Fragebögen befragt. Es wurden die folgenden vier Bereiche untersucht:

Stressfaktoren, Belastungserleben, Ressourcen, Lebensqualität.

Als Fazit und Handlungsempfehlungen für die Praxis geht aus der Studie hervor, dass die Folgen von Inkontinenz nicht nur für den Betroffenen selbst, sondern auch für den pflegenden Angehörigen weit reichende Folgen und Auswirkungen haben können. Es sollte Kontinenz-erhaltung so lange wie möglich betrieben werden. Information, Beratung und Schulung bezüglich der Kontinenz-erhaltung – und verbesserung sollte somit das Ziel aller Mediziner, Pflegefachkräfte und Physiotherapeuten sein. Pflegende Angehörige fühlen sich meist zu wenig informiert, von professioneller Seite zu wenig unterstützt, zudem erleben sie Defizite in ihrer pflegerischen Kompetenz und versuchen ihren Angehörigen vor Schamgefühlen zu bewahren. Dies zeigt, dass in der Beratung und Information durch Fachkräfte jeglicher Art, nicht nur die Betroffenen selbst, sondern ganz klar auch die pflegenden Hauptpersonen miteinbezogen werden müssen. Weiterhin wird empfohlen, dass pflegenden Angehörigen bewusst gemacht werden sollte, dass das Thema Inkontinenz durchaus ein Thema ist, über das gesprochen werden darf (vgl. Seither 2011, 74 – 81, 129 – 150; MagSi® 08/12, Nr. 59, 28 – 30).

Über die zweite Studie, in der ich in meiner Facharbeit hinwies, berichtete bereits die MagSi® im August 2012. Deshalb möchte ich auf die MagSi® vom August 2012 verweisen. Es handelt sich dabei um eine Studie des Marktforschungsinstituts Ipsos in Zusammenarbeit mit dem europäischen Verband privater Pfleger Eurocarers in Bezug auf die Auswirkungen und Belastung von Inkontinenz auf pflegende Angehörige. In der Studie wurden 609 Personen befragt, dabei wurden zwei Gruppen unterschieden: die eine Gruppe bestand aus pflegenden Angehörigen, die einen Verwandten mindestens zehn Stunden pro Woche betreuten, in der anderen Gruppe waren pflegende Angehörige, deren Verwandte noch zusätzlich an einer mittleren bis schweren Inkontinenz litten. Hier kam es zu der Schlussfolgerung, dass die Pflege eines inkontinenten Verwandten pflegende Angehörige belastet und deren Lebensqualität deutlich belastet. Pflegende Angehörige, die einen Verwandten ohne Inkontinenz pflegen, sahen ihre Lebensqualität als

deutlich besser an. Gründe sind laut dem Wissenschaftler Dr. Giovanni Lamura eine unzureichende Beratung und Unterstützung, ein hohes Alter der Pflegenden oder auch des Angehörigen, eine Pflegedauer von mehr als fünf Jahren, sowie finanzielle Aspekte. Laut der Studie würde sich das Wohlbefinden der pflegenden Angehörigen deutlich verbessern, wenn die Angehörigen ausreichend über die Inkontinenz ihres Verwandten informiert wären. Diejenigen, die besser informiert waren, empfanden ihre Lebensqualität als deutlich höher (MagSi 08/12, Nr. 59, 29).

Aus den beiden Studien, geht klar hervor, dass edukative und präventive Maßnahmen in diesem Bereich sehr wichtig sind. Im edukativen Bereich sind hier Maßnahmen gemeint, wie ausreichende Information, Beratung und Schulung der pflegenden Angehörigen. Dafür muss es ausgebildete Pflegefachkräfte geben, die ihr Wissen an die Laienpflegenden weitergeben, damit sie auch gute Pflege leisten können. Die Prävention hat höchste Priorität. Das Kind sollte gerettet werden, bevor es in den Brunnen fällt. Genauso ist es auch mit der Thematik Inkontinenz. Erst wenn der breiten Masse der Bevölkerung die Thematik Inkontinenz bewusst ist, kann Ignoranz und Scham vorgebeugt werden. Von größter Bedeutung ist die meist schon sehr einfache Behandelbarkeit und die dauerhaft erreichbare Zufriedenheit von Betroffenen und Angehörigen.

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass nicht nur die Betroffenen selbst, sondern auch die pflegenden Angehörigen Probleme hinsichtlich der Inkontinenz aufweisen können. Jeder geht damit ganz unterschiedlich um. Die individuelle Persönlichkeit spielt dabei eine sehr große Rolle.

Es ist eine immer größere und verantwortungsvollere Aufgabe der Pflegefachkräfte, die pflegenden Laien ausreichend zu informieren, zu beraten und zu schulen. Nur wenn die Angehörigen ausreichende Unterstützung von Fachkräften haben, können sie in ihrer Tätigkeit als Pfleger bestärkt und motiviert werden.

Zuletzt möchte ich hinzufügen, dass die Pflege eines Angehörigen sowohl eine

sehr anspruchsvolle und verantwortungsvolle Aufgabe ist. Zu beachten ist jedoch, dass sie der Mehrzahl der pflegenden Angehörigen eine ganze Menge zurückgibt.



Julia Kugelmeier
Gesundheits- und Krankenpflegerin
(Krankenhaus Barmherzige Brüder
Regensburg)
Pflegeexpertin Stoma-Kontinenz-Wunde

Quellenangaben:

- Büker, Christa (2009). *Pflegende Angehörige stärken. Information, Schulung und Beratung als Aufgaben der professionellen Pflege.* Stuttgart: Kohlhammer Verlag
- Deutsche Kontinenz Gesellschaft e. V., Prof. Dr. K. – P. Jünemann (Ausgabe 1/12). *Harn- und Stuhlinkontinenz (Blasen- und Darmschwäche). Informationsbroschüre.* Kassel: Grundewald, Digital – und Printmedien
- MagSi® – *Magazin für Stoma, Inkontinenz und Wunde.* (Hrsg. FgSKW). Nr. 59. 08/2012, S. 28 – 30
- Seither, Corinna (2011). *Lebensqualität von pflegenden Angehörigen älterer Menschen. Eine Untersuchung zu den Auswirkungen von Inkontinenz und zur Rolle von Ressourcen.* Bern: Hans Huber Verlag
- Brittain, K.R. & Shaw, C. (2007). *The social consequences of living with and dealing with incontinence – a carers perspective.* *Social Science & Medicine*, 65, 1274 – 1283
- Cassels, C. und Watt, E. (2003). *The impact of incontinence on older spousal caregivers.* *Journal of Advanced Nursing*, 42, 607 – 616
- Forbat, L. (2004). *Continenze. Listening to carers talking about the subjects of continence and toileting.* *Nursing times*. 100 (2), 46 – 49
- Gallagher, M. & Pierce, L. P. (2002). *Caregivers' and care recipients' perceptions of dealing with urinary incontinence.* *Rehabilitation Nursing*, 27 (1), 25 – 31
- Grond, E. (1992). *Psychosoziale Aspekte der Inkontinenz.* In: Füsgen, I. (Hrsg.), *Der inkontinente Patient* (S. 45 – 84). Bern: Hans Huber
- Hoogers, K. (1993). *Inkontinenz verstehen (Reinhardts Gerontologische Reihe 8).* München: Reinhardt



Helga Schenk

geb. 7. April 1935 – verst. 15. April 2013

Viele Jahre war Helga Schenk (verw. Helga Kothe) als Pflegedienstleitung in der BfA Klinik Föhrenkamp in Möln tätig. Neben ihrer Funktion als PDL setzte sie sich in den 80iger u. 90iger Jahren sehr für die Belange von Stomaträgern ein. Sie war damals eine der Wenigen, die sich im Rehabereich für Stomaträger engagierte. Vor Ort arbeitete sie auch intensiv mit der Selbsthilfeorganisation Deutsche Ilco zusammen. Berufspolitisch war sie aktives Mitglied im DVET e.V. der Deutschen Vereinigung der Enterostomatherapeuten e.V.

Viele langjährig tätigen Enterostomatherapeuten werden sich gern an die stets aktive Helga Kothe mit ihrer fröhlichen und offenen Art erinnern. Helga verstarb nach längerer Erkrankung kurz nach ihrem 78. Geburtstag in ihrem Haus in Ratzeburg.

NEU

Konvexe
Stomaversorgung
– jetzt auch als
Maxi Beutel
erhältlich

SICHERHEIT, TRAGEKOMFORT, DISKRETION

Novalife Convex 1- und
2-teilig – geschlossen
und als Ausstreifbeutel –
jetzt auch als **Maxi**
Beutel erhältlich

Per, Ileostoma
seit 2009

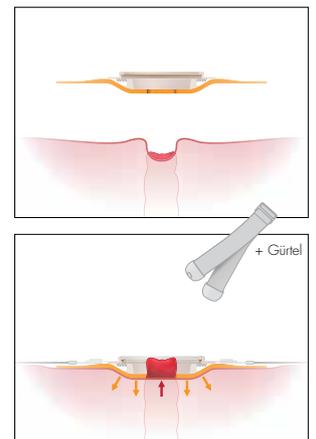
Dansac Novalife Convex

Manche Stomaarten sind mit einer planen Basisplatte nur schwierig zu versorgen und benötigen daher eine passende und sichere Versorgung mit einer konvexen Platte. Denn jeder Körper ist individuell und verfügt über unterschiedliche Konturen.

Die neuen Dansac Novalife Convex Basisplatten bieten den richtigen Druck genau an der Stelle, wo er benötigt wird. Somit werden Undichtigkeiten reduziert und Hautirritationen wird vorgebeugt.

Optimale Anpassung und Haftung

- Verbesserte Abdichtung rund um das Stoma
- Hoher Tragekomfort und bewährte Hautfreundlichkeit



Die kontinente Darmersatzblase, der Mainz-Pouch I

Durch verschiedene Operationsverfahren wurde seit den 1950er-Jahren versucht, die Sammelfunktion der Harnblase nach deren Entfernung durch kontinente Darmableitungen zu ersetzen.

Erstmals gelang es 1969 dem Schweden Nils Kock ein großkapazitäres Niederdruckreservoir aus Darmschlingen zur Speicherung großer Urinmengen in der Bauchhöhle zu gestalten. Allerdings blieb diese OP-Methode zunächst fast 10 Jahre unbeachtet. Erst in den 1980er-Jahren wurde die Operationstechnik von amerikanischen Urologen übernommen und bekannt gemacht. Inzwischen sind mehrere Operationsverfahren etabliert, die jeweils entweder nach ihrem Erfinder oder der Klinik benannt sind, in der diese operative Technik entwickelt wurde.

Alle Pouch-Operationen folgen grundsätzlich derselben Methode:

- bei Männern werden die Harnblase, Prostata und Samenblasen entfernt,
- bei Frauen werden die Harnblase, Gebärmutter mit Eierstöcken und Harnröhre entfernt.
- Ein neu konstruiertes Reservoir aus Dünn- und/oder Dickdarm speichert den Urin in der Bauchhöhle. Die Harnleiter werden in den neu geschaffenen Pouch antirefluxiv implantiert.
- Über einen Kontinenzmechanismus erfolgt die Ausleitung als Stoma über die Bauchdecke nach außen. Die Entleerung des Pouches erfolgt über den sogenannten intermittierenden Einmal-katheterismus und wird in der Regel durch den Betroffenen selbst ausgeführt.

Die Indikation für eine heterotope (=an anderer Stelle) Blasenersatzoperation ist hauptsächlich die radikale Zystektomie bei einem Blasenkarzinom. Voraussetzung für diesen großen operativen Eingriff ist ein motivierter und medizinisch geeigneter Patient.

Kontraindikationen für einen Mainz-Pouch I

- schwere Allgemeinerkrankung bei geringer Lebenserwartung des Patienten

- vorbestrahlter Darm
- Kurzdarmsyndrom
- chronische Darmerkrankungen
- schlechte Compliance des Patienten
- sonstige Erkrankungen, welche dem Patienten den intermittierenden Selbst-Katheterismus des Pouches unmöglich machen
- Niereninsuffizienz

Operationsverlauf

Zur operativen Gestaltung des Mainz-Pouch I wird für die Konstruktion der neuen Blase ein ca. 80 cm langes Stück Darm benötigt. Über einen Bauchschnitt, die sogenannte mediane Laparotomie, werden die Resektionsgrenzen am Darm festgelegt:

20 cm Caecum/Kolon ascendens, die Ileozökalklappe (Übergang Dünndarm/Dickdarm) und 40 cm Dünndarm. Steht kein Appendix zur Verfügung, müssen zusätzlich 20 cm Dünndarm für den Kontinenzmechanismus eingeplant werden.

Diese Darmanteile werden aus der Darmkontinuität ausgeschaltet und eine Ileoascendostomie mit einer operativen Rekonstruktion der Ileozökalklappe durchgeführt. Das ausgeschaltete Teilstück des Darms wird längs eröffnet und anschließend Seit-zu-Seit anastomosiert. Dadurch wird die natürliche Kontraktionsfähigkeit des Darmes aufgehoben, die sogenannte Detubularisierung. Die Harnleiter werden durch einen Tunnel antirefluxiv unter der Schleimhaut in den Kolonanteil implantiert. Nach vollständigem Verschluss des Pouches erfolgt die Fixierung des „Kontinenznippels“ am tiefsten Punkt des Nabeltrichters. Ist die Appendix in einem guten Zustand wird diese als Kontinenzmechanismus verwendet.

Er wird in den Pouch eingebettet und als katheterisierbares Stoma am Nabel mit Ventilfunktion angelegt, um die zuverlässige Abdichtung des Blasenersatzes zu

gewährleisten. Auf einen Druckanstieg im Pouch folgt eine Komprimierung des Verschlusses und dichtet somit nach außen ab.

Ein Katheter kann dennoch jederzeit leicht und problemfrei zur Pouchentleerung eingeführt werden. Mögliche Komplikationen dieses Eingriffs:

- Infektionen der Operationswunden
- Schleimbildung/Harnsteine im neuen Pouch
- Stenosen des Verschlusses
- Undichtigkeiten des Verschlusses
- Störungen des Säure-Basen-Haushaltes
- Rückresorption aus dem Pouch mit Elektrolytverschiebungen
- Darmfunktionsstörungen

Infekte

Infolge mangelnder Flüssigkeitsaufnahme kann es zu Infekten im Pouch und den zuführenden Harnwegen kommen. Diese sollten aber nur bei Auftreten von Beschwerden und Krankheitszeichen, wie z.B. Fieber, Schüttelfrost, übel riechendem Urin oder einem Anstieg der Entzündungswerte im Serum behandelt werden.

Schleimbildung/Harnsteine

Die Darmersatzblase produziert weiterhin Schleim. Wird dieser Schleim nicht vollständig über den Katheterismus entleert, begünstigt er durch verbleibenden Restharn Harnwegsinfekte und Harnsteine. Schleimverstopfungen im Pouch können zu einer Überfüllung des Pouches und nachfolgend zu einem Rückstau in die Nieren führen.

Empfehlung:

Zur Prophylaxe sollte der Pouch regelmäßig 1–2x täglich und bei Bedarf mit physiologischer Kochsalzlösung gespült werden, um den Schleim zu entleeren. Beim Nachweis von Harnsteinen sollten diese möglichst zertrümmert und abgesaugt werden.

Stenosen

Durch Narbenbildung im Übergang vom Nabel zum Pouch oder vom Pouch zum Harnleiter kann es zu Verengungen führen. Diese lassen sich oft relativ einfach durch eine operative Schlitzung beheben.

Undichtigkeiten

Anfängliche Leckagen des neuen Pouches und seines Verschlussmechanismus lassen in den meisten Fällen in den ersten 6 Monaten nach. Bei geringem Füllstand der Darmersatzblase und somit zu geringem Druck im Pouch erfolgt keine ausreichende Komprimierung des Verschlussmechanismus der nach außen abdichten soll. In seltenen Fällen kann eine dauerhafte Inkontinenz des Nippels auftreten, die dann unter Umständen operativ korrigiert werden muss.

Störungen des Säure-Basen-Haushaltes

Die Schleimhaut der Darmersatzblase resorbiert Substanzen aus dem Urin, die das Blut ansäuern, mittels einer Blutgasanalyse wird dieses kontrolliert. Bei den Betroffenen ist in diesen Fällen als Folge dieser Komplikation eine allgemeine Abgeschlagenheit und körperliche Schwäche zu beobachten. In vielen Fällen verändert sich die Schleimhaut des Pouches mit der Zeit, so dass weniger Urinsäuren resorbiert werden.

Rückresorption

Medikamente, die so konstruiert sind, dass diese im Gastrointestinaltrakt resorbiert werden, können im Pouch rückresorbiert werden und durchaus toxische Werte im Serum erreichen.

Darmfunktionsstörungen

Bedingt durch den verkürzten Darm und die Resektion der Ileozökalklappe wird die Aufnahme von Gallensäure vermindert, daher besteht häufig die Neigung zu Durchfällen. Diese können insbesondere mit Gallensäurebindern oder Darmtätigkeitsberuhigenden Medikamente therapiert werden. Durch den Verlust des terminalen Ileums kann es in der Folge zu einem Vitamin B12-Mangel beim Betroffenen kommen. Diese Möglichkeit sollte im Rahmen der Blutkontrollen im Abstand von einem Jahr als Routine in der Nachsorge kontrolliert werden.

Nachsorge

Innerhalb der ersten zwei Jahre erfolgt eine engmaschige Nachsorge des Betroffenen im Abstand von 3 Monaten.

Hierbei wird der Säure-Basen-Haushalt mittels einer Blutgasanalyse kontrolliert, sowie die Elektrolyte, Leber- und Nierenwerten im Blut analysiert. Ebenfalls muß in dieser Zeit regelmäßig eine Ultraschallkontrolle der Nieren durchgeführt werden. Bis zum 5. Jahr nach Pouchanlage sollten diese Kontrollen alle 6 Monate, später jährlich durchgeführt werden. Ab dem 5. Jahr sollte jährlich auch eine endoskopische Spiegelung der Pouches erfolgen. Es wird der Übergang der Harnleiter zum Pouch kontrolliert, da dort im Langzeitverlauf Wucherungen entstehen können.

Ernährung

Bedingt durch die Ausschaltung des großen Darmsegmentes zur Bildung des Pouches kann es insbesondere in den ersten 8 bis 12 Wochen nach dem Eingriff zu Darmfunktionsstörungen kommen. In der Regel besteht bei den Betroffenen eher die Neigung zu Durchfällen, daher sollten vorsorglich eher stopfende Lebensmittel verzehrt werden. Ebenfalls sollte aus diesem Grund in dieser Zeit auf stark blähende Nahrungsmittel verzichtet werden, wie auch auf den Genuß kohlenensäurehaltiger Getränke. Im Anschluß an diese Zeit der Umstellung und Eingewöhnung kann individuell ausprobiert werden, was nicht vertragen und prinzipiell vermieden werden sollte. Generell ist eine ballaststoffreiche Kost mit viel Gemüse und wenig Fett und Fleisch zu bevorzugen. Zu berücksichtigen ist, dass Fruchtsäfte den Urin alkalisieren und somit bakterielle Infekte begünstigen, daher sollten sie weitgehend vermieden werden. Auf eine Trinkmenge in der Regel von 2,5 bis 3 Liter ist zu achten, so dass innerhalb von 24 Stunden 2 bis 3 Liter Urin produziert werden.

Die Urinmenge ist höher, da über den verkürzten Darm weniger Flüssigkeit resorbiert werden kann. Eine Trinkmenge über 3,5 Liter ist allerdings zu vermeiden, da hierbei Salze aus dem Körper ausgeschwemmt werden.

Unter anderem kann auch eine erhöhte Frequenz des Katheterismus Infekte des Pouches und den aufsteigenden Harnwegen begünstigen.

Durch täglichen Verzehr von 2 x 150 ml Cranberry- oder Preiselbeersaft als Prophylaxe läßt sich die Schleimbildung und Infektanfälligkeit bei Pouchträgern verringern. Eine Alternative ist 4 x täglich ein Kräutertee (1 Eßlöffel auf 200 ml) von einer Mischung aus 50g Birkenblättern, 40g Brennnesselkraut,

5g Hagebuttenschalen und 5g Ringelblüten, die in Apotheken erhältlich ist.

Umgang im Alltag

Nach 3 Monaten postoperativ ist die Wundheilung abgeschlossen, so dass die Operationswunde fest ist. Somit können Alltagssituationen wieder nahezu uneingeschränkt aufgenommen werden. Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sollte vermieden werden, um das Risiko eines Narbenbruchs gering zu halten. Eine chronische Überdehnung des Pouches von mehr als 500 ml kann zu verstärkter Übersäuerung des Blutes und zu einer Nierenschädigung führen. Daher ist eine ausreichend häufige Entleerung durch den intermittierenden Selbstkatheterismus der Darmersatzblase zwingend nötig.

Zusammenfassung

Die kontinente Darmersatzblase, der Mainz-Poch I, ist ein modernes Operationsverfahren mit deutlichen Vorteilen für die Betroffenen.

Als Vorteil muss gelten, dass dauerhaft kein Urostomiebeutel an der Bauchdecke des Betroffenen sichtbar getragen werden muss. Die Veränderung des Körperbildes beschränkt sich hierbei auf ein relativ unauffälliges Nippel-Stoma, das zur Entleerung des Pouches mit einem Katheter benötigt wird.

Als Nachteil muß die disziplinierte und zwingend notwendige Durchführung des intermittierenden Katheterismus durch den Betroffenen gesehen werden. Eine umfassende und individuelle Beratung und Aufklärung der Betroffenen über die zur Verfügung stehenden Behandlungsmöglichkeiten ist daher notwendig und sichert die Adhärenz des Betroffenen. Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde sind hier gefordert, aufgrund ihrer Fachkompetenz und ihrer besonderen Nähe zu den Betroffenen eine zentrale Rolle in der Rehabilitation einzunehmen.



Antje Brosemann
GuK, Enterostomatherapeutin
Urotherapeutin
Werl
Antje.brosemann@fgskw.org

Erarbeitung eines Pouch- Standards mit Implementierung im Klinikum Neumarkt

1 Einleitung

Betroffene mit einem Uro-Pouch, einer sogenannten Ersatzblase, müssen sich zwangsläufig als Folge dieses operativen Eingriffs mehrmals täglich selbst katheterisieren um den Pouch zu entleeren. Da es zwischen den Kliniken, in denen den Patienten solche Ersatzblasen operativ angelegt werden und dem häuslichen Umfeld deutliche Unterschiede in der Handhabung des intermittierenden Selbstkatheterismus beim Pouch gibt, besteht offensichtlich ein Bedarf an einem standardisierten Vorgehen. Ein solcher Standard zum intermittierenden Katheterismus eines Uro-Pouches soll in der vorliegenden Arbeit beschrieben werden. Vor allem die Anleitung des Patienten zum intermittierenden Selbstkatheterismus beim Pouch, mit Informationen zur weiteren häuslichen Versorgung ist ein sehr wichtiger Aspekt dieses Standards. Der Beitrag stellt einen Auszug der Facharbeit dar, die von der Autorin im Rahmen ihrer Fachweiterbildung zum Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde erstellt wurde.

2 Definition „Pouch“

Die Bezeichnung Pouch kommt aus der englischen Sprache und bedeutet Beutel oder Tasche. Dazu ein kurzer Rückblick zur geschichtlichen Entwicklung: „Seit den 50er Jahren wurde mit verschiedenen Operationsverfahren versucht, die Sammelfunktion der Harnblase durch kontinente Darmableitungen zu ersetzen“ (Stoll-Salzer/ Wiesinger 2005, 29).

Es gibt verschiedene Pouch- Arten, wie den

- Kock-Pouch,
- Mainz-Pouch I und II,
- Münster-Pouch,

- Padua-Pouch oder den
- Indiana-Pouch.

Die Indikationen zur Anlage eines Pouches, die operative Technik sowie die möglichen Komplikationen sollen nicht Gegenstand dieses Beitrags sein.

3 Erstellung eines Pouch-Standards

3.1 Maßnahmen zur Operationsvorbereitung und postoperativer Verlauf

Auf die Maßnahmen der Operationsvorbereitung und den postoperativen Verlauf werden in diesem Artikel nicht näher eingegangen, da sie je nach urologischer Klinik abweichen können. Wegen der Vollständigkeit müssen sie aber erwähnt werden.

3.2 Empfehlung zum Kostenaufbau im Klinikum Neumarkt

Folgendes Schema hat sich beim Kostenaufbau bewährt:

1. / 2. Tag: Flüssigkeit- und Nahrungskarenz
3. Tag: Tee
4. Tag: Tee und Zwieback
5. Tag: Zwieback und Suppe
6. / 7. Tag: Brei und Suppe
8. Tag: leichte Vollkost

3.3 Postoperative Versorgung

Der Aufenthalt im Klinikum Neumarkt dauert ca. 30 Tage nach einer Pouch-Anlage.

Um in dieser Zeit ein gutes Verheilen der Ersatzblase zu gewährleisten, bleibt der Dauerkatheter im Pouch-Stoma ca. drei Wochen liegen und wird zweimal täglich angespült. Im rechten Unterbauch liegt ein Entlastungskatheter (entspricht dem suprapubischen Katheter) auf Ablauf. Dieser bleibt so lange liegen, bis der Patient das Katheterisieren des Pouch

sicher beherrscht. Die Harnleitersplints werden ca. am 20. Tag vom Arzt gezogen und bis dahin mit Urostomiebeuteln mit Rücklauf Sperre versorgt. Bei der Versorgung muss darauf geachtet werden, dass die Harnleitersplints fördern und nicht verstopft sind. Um unterscheiden zu können, welcher Splint in welchem Harnleiter liegt, wird der linke schräg und der rechte gerade vom Operateur angeschnitten. Ist ein Harnleitersplint verstopft, muss dieser vom Arzt angespült werden bzw. wird von ihm an die Fachkraft delegiert. Während des Aufenthaltes werden immer wieder Laboruntersuchungen in Bezug auf den Säure-Basen-Haushalt im Blut und der Elektrolyte durchgeführt und einmal wöchentlich eine Ultraschalluntersuchung gemacht. Nach ca. drei Wochen (20. post-OP-Tag) wird eine radiologische Kontrolle des Pouch mittels Kontrastmittel auf Dichtigkeit durchgeführt. Wenn der Pouch dicht ist und die Blutwerte im Normbereich sind, werden zuerst die beiden Harnleiterschienen und ca. fünf Tage später der Dauerkatheter aus dem Nabelstoma entfernt. Jetzt ist der Zeitpunkt zum Selbstkatheterisieren gekommen.

3.4 Erstanleitung zum intermittierenden Selbstkatheterismus des Pouch in der Klinik

Die Erstanleitung zum intermittierenden Selbstkatheterismus (ISK) des Pouch geschieht überwiegend in den Kliniken. Dazu sind gewisse Punkte aus hygienischer Sicht zu beachten.

Die erste Durchführung sollte immer vom Operateur zusammen mit der Fachkraft und mit dem Patienten durchgeführt werden, da er genau weiß, wie die Verbindung zum Pouch-Stoma verläuft. Das Katheterisieren kann sowohl im Sitzen, wie auch im Liegen oder im Stehen durchgeführt werden.

3.4.1 Vorbereitung zum ISK

- zwei sterile Einmalkatheter, beschichtet, CH 14 oder CH 16 (einer als Reserve)
- sterile Blasenspritze 60 ml
- sterilen Becher
- NaCl-Lösung 1000 ml, steril
- Behälter mit 1,5 L Fassungsvermögen
- sterile Kompressen
- Schleimhautdesinfektionsmittel (z.B. Octenidin), zum Sprühen
- Händedesinfektionsmittel
- hautfreundliches Pflaster

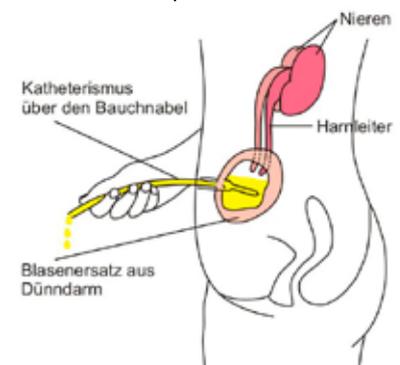
3.4.2 Durchführung des ISK

Zuerst werden alle Utensilien die zum Katheterisieren des Pouch benötigt werden bereit gelegt bzw. vorbereitet:

1. Das Kochsalz in den sterilen Becher füllen und die Blasenspritze damit befüllen.
2. Die sterilen Kompressen bereit legen.
3. Behälter für Urin griffbereit stellen.
4. Je nach Firma und Produkt muss der Einmalkatheter noch mit NaCl befeuchtet werden zur Aktivierung der Beschichtung, damit er gleitfähig wird. Manche Produkte haben an der Rückseite der Verpackung einen Klebepunkt, zum Fixieren an der Wand oder am Waschbecken. Damit wird das Befüllen der Verpackung mit Kochsalz erleichtert. Der Katheter soll ca. 2/3 mit dem Kochsalz bedeckt sein. Die Einwirkzeit beträgt 30 Sekunden (Gebrauchsanweisung beachten).
Es gibt auch gebrauchsfertige Katheter, die bereits schon in der Verpackung mit Wasser benetzt sind.
5. Areal um Pouch-Stoma frei machen um ungehindert den Pouch-Eingang zu erreichen und zu sehen. Anfangs kann der Einsatz eines Spiegels dabei hilfreich sein.
6. Desinfizieren Sie nun das Pouch-Stoma mit einem Schleimhautdesinfektionsmittel um Harnwegsinfektionen zu vermeiden. Dabei die Einwirkzeit des Desinfektionsmittels von 1 Minute beachten. Danach Ihre Hände mit einem Händedesinfektionsmittel desinfizieren.
7. Nehmen Sie den Katheter aus der Verpackung und führen ihn vorsichtig ein. Achten Sie darauf, dass Sie den Teil des Katheters der in die Blase eingeführt wird, nicht berühren (Infektionsgefahr). Falls Sie den Katheter kürzer fassen müssen um ihn leichter einzuführen, benützen Sie dazu eine sterile Kompresse, einen sterilen Handschuh oder evtl. die Einführhilfe des Produktes.
8. Der Zugang (auch Nippel genannt) ist ca. 4-6 cm lang und verläuft parallel zur Bauchwand im rechten Unterbauch. Führen Sie den Katheter so weit ein, bis Urin fließt (ca. 8-10 cm). Beobachten Sie dabei die Farbe des Urins, den Urinfluss und die Schleimbeimengung im Urin. Kommt es zur abrupten Unterbrechung dabei, kann Schleim den Abfluss behindern. Dazu muss der Pouch je nach Schleimbildung mehr oder weniger oft gespült werden. Die Schleimbildung ist normal, die durch die Funktion der Darmschleimhaut erhalten bleibt, aber im Laufe der Zeit abnimmt (Hegeholz 2010, 12).
9. Es ist wichtig, immer auf eine komplette Entleerung der Ersatzblase zu achten. Dies kann erreicht werden durch Drehen oder weiteres Vorschieben des Katheters wenn er an einer Schleimhautfalte anliegt, durch manuelle Kompression des rechten Mittelbauches oder durch zusätzliche Bauchpresse (Hegeholz 2010, ebd.).
10. Zum Spülen wird die Blasenspritze am Katheter aufgesetzt, die Kochsalzlösung langsam in die Ersatzblase gespritzt und wieder mit der Spritze aspiriert. Dieser Vorgang wird je nach Schleimbildung mehrmals wiederholt bis kaum noch Schleimflocken in der Spüllösung sichtbar sind. Kann die Spüllösung nicht oder nicht komplett aspiriert bzw. abgelassen werden, wird der Katheter gedreht oder etwas zurückgezogen und evtl. wieder vorgeschoben. Es ist darauf zu achten, dass die gesamte Spüllösung wieder entleert wird und nichts zurück bleibt (Infektionsgefahr).
11. Das Katheterisieren und Spülen wird anfangs in einem Rhythmus von 1-2 Stunden durchgeführt und

steigert sich zu einem Intervall von 4-6 Stunden. Da Sie Tag und Nacht diesen Rhythmus einhalten müssen, ist das Katheterisieren sehr belastend. Der Grund dafür ist eine schrittweise Gewöhnung der neuen Blase an das Füllvolumen. Den Betroffenen wird empfohlen, eine Flüssigkeitsmenge von 2,5 - 3 Liter über 24 Stunden verteilt zu sich zu nehmen. Bei zu geringer Trinkmenge ist der Urin sehr konzentriert und der Schleim zäh. Dies kann die Bildung von Pouch-Steinen begünstigen. Die Vorgaben sollten strikt eingehalten werden, da eine ständige Überdehnung des Reservoirs zu Schädigungen führen kann. Die Pouchfüllung sollte später einmal 500 - 600 ml nicht überschreiten (Hegeholz 2010,11).

12. Nach der kompletten Entleerung wird der Katheter wieder entfernt und entsorgt. Anschließend das Pouch-Stoma nochmals desinfizieren und bei Bedarf mit einer trockenen, sterilen Kompresse abdecken.



(Quelle: Ulbrig, B. o. Jahr)

Aus eigener Erfahrung fühlen sich die Patienten sicherer, wenn sie einen schriftlichen Plan haben, wie sie nach der Entlassung aus der Klinik weiter vorgehen sollen im Bezug auf die Pouch-Spülung. Für zu Hause haben sich die Balgflaschen mit NaCl-Lösung bewährt, die aber keine Kassenleistung sind und deren Kosten die Betroffenen selbst tragen müssen. Die Kosten der Katheter für den ISK werden standardmäßig von den Krankenkassen übernommen.

3.4.3 Empfehlung zur Pouch-Spülung

Das nachfolgende, in Zusammenarbeit mit den Urologen, selbst erstellte Schema, soll den Patienten eine Hilfestellung im häuslichen Umfeld sein, damit sie wissen, wie lange und wie oft



Die Kontinenz-Spezialisten

Unsere Urotherapeuten und Fachkräfte zur Kontinenz-Förderung sind bundesweit aktiv:

- Optimierung der Hilfsmittel-Versorgung: Beratung, Anleitung, Begleitung der Patienten
- Anleitung zum intermittierenden Selbstkatheterismus (ISK)
- Anpassen einer Kondom-Urinal-Versorgung
- Bundesweit vor Ort
- Unabhängig, herstellerneutral, kostenfrei



IHR DIREKTER KONTAKT ZU UNS

0800 7090490

- Über 300 medizinisch ausgebildete Mitarbeiter an 14 Standorten
- In der Klinik und im häuslichen Bereich
- Unabhängig, herstellerneutral, kostenfrei
- Vertragspartner aller Kassen

PubliCare 
Meine-HomeCare.de

sie nach dem Katheterisieren spülen sollen:

- 14 Tage lang nach jedem Entleeren der Ersatzblase spülen
- 14 Tage lang 2 x täglich nach dem Entleeren der Ersatzblase spülen
- 14 Tage lang 1 x täglich nach dem Entleeren der Ersatzblase spülen
- Danach weiterhin 1-2 x wöchentlich nach dem Entleeren der Ersatzblase spülen.

Die Schleimproduktion lässt mit der Zeit nach, hört aber nie ganz auf. Deshalb ist es sinnvoll, die Spülfrequenz der Schleimbildung anzupassen. Die komplexe Aufgabe mit der konsequenten Durchführung muss vor der Operation mit dem Patienten besprochen werden, damit er weiß, was ihn erwartet. Ebenso die regelmäßigen Nachuntersuchungen.

4 Weitere Nachsorge

Neben dem ISK sind für den Patienten weitere wichtige Punkte in der Nachsorge zu beachten:

- Durch den verkürzten Dünndarm kommt es zur verminderten Aufnahme der Gallensäure und so zu evtl. Durchfällen. Dies kann durch gewisse Lebensmittel günstig beeinflusst werden. Kommt es zu keiner Besserung, so kann ein Medikament zur Gallensäurebindung eingesetzt werden (LoFric, 14).
- Mit den Durchfällen geht viel Flüssigkeit verloren, deshalb ist auf eine ausreichende Trinkmenge zu achten.
- Die Darmschleimhaut resorbiert weiterhin Substanzen aus dem Urin, welche das Blut ansäuern. Eine engmaschige Überwachung des Säure- Basen- Haushaltes ist erforderlich und bei Bedarf mit Medikamenten einzustellen (Hegeholz 2010, 13).
- Auch die Elektrolyte, harnpflichtige Substanzen, Leberwerte und Vitamin B12 sollten regelmäßig kontrolliert werden. Weitere Untersuchungen sind von der Grunderkrankung abhängig (Hegeholz 2010, ebd.).
- Eine regelmäßige Kontrolle der Nieren mit Ultraschall muss ebenfalls durchgeführt werden, um einen Harnstau rechtzeitig zu erkennen.

Eine leichte Erweiterung des Nierenhohlraumsystems ist nach Anlage des Mainz- Pouches völlig normal (Hegeholz 2010, ebd.).

Diese Untersuchungen sollten innerhalb der ersten zwei Jahre im Abstand von drei Monaten kontrolliert werden. Bis zum 5. Jahr alle 6 Monate und danach jährlich. Eine endoskopische Spiegelung sollte einmal jährlich ab dem 5. Jahr nach Anlage erfolgen. Dabei wird der Übergang vom Harnleiter zur Ersatzblase kontrolliert, da es hier zu Verengungen kommen kann (Hegeholz 2010, ebd.).

Prinzipiell bestehen durch die Anlage des Mainz-Pouch I keine schwerwiegenden Einschränkungen im Leben. Einige Punkte sollten trotzdem beachtet werden:

- Heben von Lasten über 10 kg sollte vermieden werden (Gefahr einer Hernie)
- Sportarten, die zu einer Überbeanspruchung der Bauchmuskulatur führen (Gewichtheben, Rudern, Kampfsportarten oder ähnliches) sollten vermieden werden
- weitere Einschränkungen im Berufsleben sind vom Tätigkeitsfeld abhängig
- beim Hallenbad- bzw. Freibadbesuch sollte das Pouch-Stoma aus hygienischen Gründen wasserdicht abgedeckt werden

5 Fazit

Der Standard soll von der Operationsvorbereitung bis hin zum selbständigen Katheterisieren des Pouch bei der Entlassung des Patienten lückenlos nachvollziehbar sein. Der Standard ermöglicht damit eine einheitliche Vorgehensweise aller Stationen im Klinikum. Er erleichtert neuen Mitarbeitern die Einarbeitung und dient als Nachschlagewerk bei einer seltenen Maßnahme. Er trägt zur Qualitätssicherung bei und auch zur Arbeitssicherheit für den Einzelnen.

Der Abschnitt 3.4.2 zur Durchführung des intermittierenden Selbstkatheterismus ist nicht nur für Mitarbeiter eine Hilfe, sondern soll auch für die Patienten als schriftlicher Leitfaden sowohl in der Klinik als auch später für zu Hause angewendet werden.

In den Jahren meiner Tätigkeit in der Stomatherapie stelle ich leider immer wieder fest, dass zwischen Kliniken und Arztpraxen immer noch eine große Diskrepanz bei der Pouch-Pflege herrscht. Der Arbeitskreis „Krankenhaus- und Praxishygiene“ beschreibt in seiner Leitlinie für Klinik und Praxis einen aseptischen, intermittierenden Katheterismus auch im häuslichen Milieu zur Infektionsprophylaxe. Die Prozentzahlen der Studien vom BVmed (1997/2002) und EAUN (2010) sprechen klar für einen aseptischen ISK. Es ist ein Irrtum zu glauben, der Pouch (bestehend aus Darmgewebe) sei sowieso nicht steril und deshalb müssen keine sterilen Materialien verwendet werden. So kommt es im häuslichen Umfeld oft noch zum Einsatz von Leitungswasser zur Pouch-Spülung. Dabei könnte bei Verwendung steriler Spüllösungen die Harnwegsinfektionen noch weiter reduziert werden und so mancher Klinikaufenthalt vermieden werden. Bei jeder Kontamination oder Mikroverletzung kommt es zur Verschleppung von Keimen. Die Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Urologie (DGU 1998, 2) beschreibt eine Reduzierung der Infektinzidenz auf etwa einen Infekt pro Jahr ohne antibiotische Prophylaxe durch den aseptischen ISK, der sich

inzwischen nach Expertenmeinung in ganz Europa durchgesetzt hat. Es heißt auch weiterhin in der Leitlinie, dass eine adäquate Katheterisierungsfrequenz (bis zu 6 mal /24 h) erforderlich ist. Durch eine regelmäßige Entleerung der Ersatzblase kann das hohe Risiko der metabolischen Azidose verhindert bzw. verringert werden.

Für die Patienten ist es eine große Beruhigung, dass sie nach dem Krankenhausaufenthalt oder der Rehabilitationsklinik zu Hause durch verschiedene Homecare-Unternehmen von ausgebildeten Fachkräften weiter betreut werden und so einen Ansprechpartner haben. Sie sind für die Hilfsmittel- und Produktbestellung sowie bei auftretenden Komplikationen oder Problemen bei der Durchführung des Katheterisierens zuständig und stehen dem Patienten jederzeit beratend zur Seite (z.B. Mainz-Pouch-Ausweis, Euro-Toilettenschlüssel, Schwerbehindertenausweis).

Zum Austausch der Betroffenen gibt es Selbsthilfegruppen, die bei Bedarf auch schon vor der Operation zu einem Gespräch mit dem Patienten angefordert werden können. Diese sind nicht nur da um Probleme zu besprechen, sondern

auch verschiedene Unternehmungen zu machen wie z.B. regelmäßige Treffen, gemeinsame Ausflüge, Vorträge, sich gegenseitig Tipps geben und vor allem das Gefühl, man ist nicht alleine. Unter der Internetadresse www.blasenkrebs-shb.de kann man nachlesen, welche ortsnahe Selbsthilfegruppe für den Betroffenen in Frage kommt.

Das Ziel einer Pouch-Anlage sollte sein, so weit wie möglich wieder ein normales Leben führen zu können.

Wer kämpft, kann verlieren.

Wer nicht kämpft, hat verloren.

- Bertolt Brecht



Rita Scherer
Gesundheits- und Krankenpflegerin
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde
92318 Neumarkt, Oberpfalz

Bild: Rita Scherer, Stiftung-Coloplast



Stiftung Coloplast vergibt Stipendien für Pflegekräfte

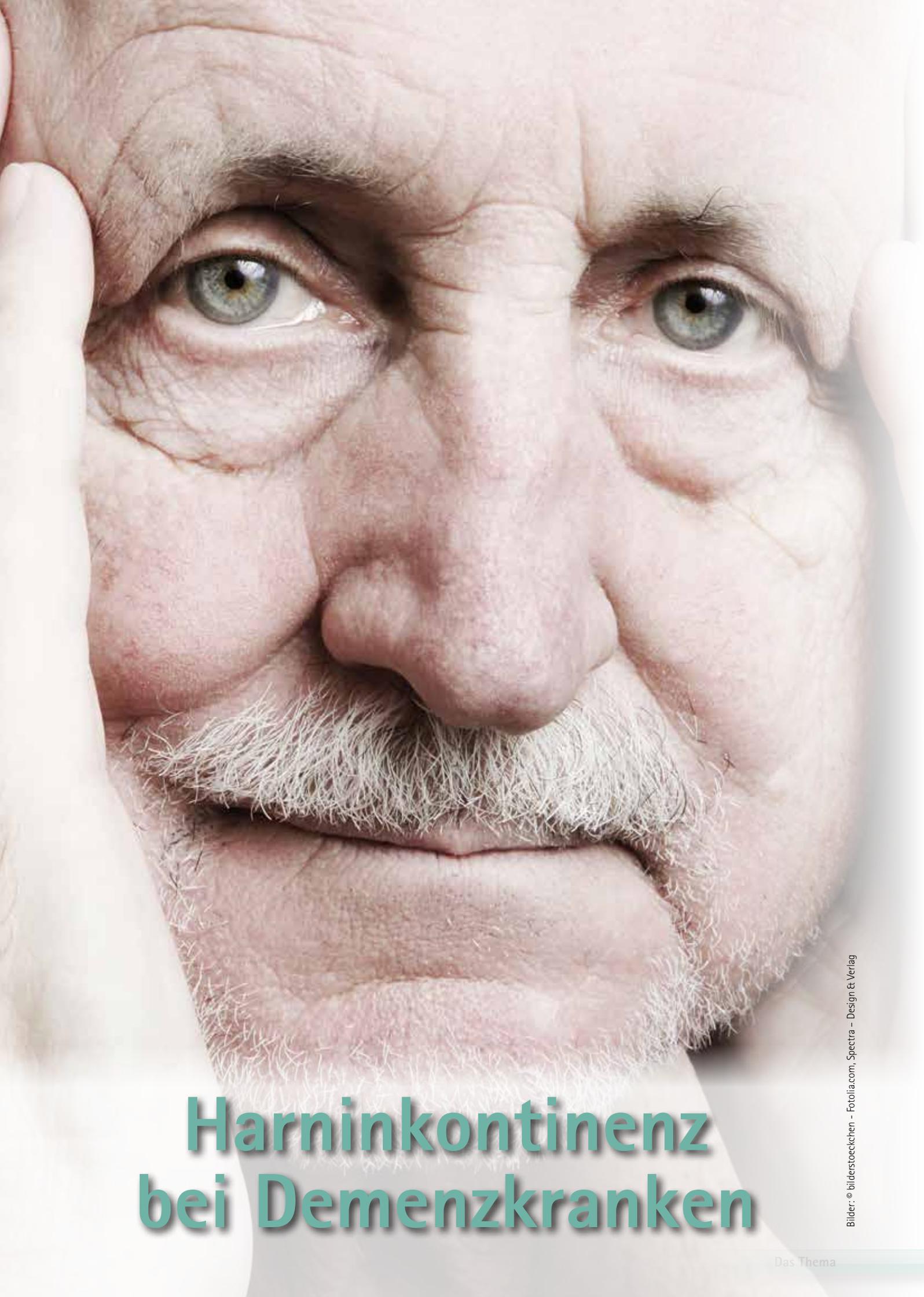


Sie wollen sich neuen Herausforderungen stellen und sich beruflich weiterentwickeln? Sie planen eine Fortbildung, eventuell sogar im Ausland? Dann bewerben Sie sich doch für ein Stipendium der Stiftung Coloplast. Die im Jahr 1991 gegründete gemeinnützige Stiftung Coloplast fördert die Aus- und Fortbildung von Pflegekräften in den Bereichen Stoma, Inkontinenz und Wundversorgung durch Aus- und Fortbildungsstipendien.

Fortbildungsstipendien werden auch für Aufenthalte an ausländischen Einrichtungen oder Instituten gewährt. Das Höchstalter der Stipendiaten beträgt in der Regel 36 Jahre. Weitere Informationen zur Stipendienvergabe finden Sie unter:

www.stiftung-coloplast.de

Die Stiftung Coloplast fördert die Gebiete Stoma-, Inkontinenz- und Wundversorgung.



Harninkontinenz bei Demenzkranken

Bilder: © bilderstockechen - Fotolia.com, Spectra - Design Et Verlag

In unserem Pflegealltag arbeiten wir mit sehr vielen Menschen die inkontinent sind. Was passiert jedoch, wenn diese Menschen gleichzeitig an Demenz erkrankt sind. Sie können möglicherweise den Urin nicht halten, finden die Toilette nicht, setzen sich dann in ihrer Not vielleicht einfach in ihrem Zimmer in eine Ecke und lassen den Urin laufen. Wenn sie dann wahrnehmen, dass es dort nass ist, sind sie vielleicht sehr empört und äußern die Meinung, dass jemand anderes daran schuld sei. Möglicherweise wissen sie aber auch, dass sie es selbst waren und aus lauter Scham möchten sie jemand anderen dafür die Schuld geben. Diese Situation schildert beispielhaft, mit welchen Herausforderungen die Pflege von Menschen mit Inkontinenz und Demenz verknüpft sein kann.

Auf den folgenden Seiten wird zunächst das Thema „Inkontinenz“, anschließend das Thema „Demenz“ erarbeitet werden und schließlich die Besonderheit der Kombination beider Krankheitskomplexe dargestellt werden.

1. Harninkontinenz

Es fällt schwer, aktuelle Zahlen oder Studien zu finden, die eine verlässliche Aussage treffen, wie viele Menschen momentan mit einer Form der Inkontinenz leben.

Im Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege wird angegeben, dass es schwer ist konkrete Zahlen zu Prävalenz von Inkontinenz anzugeben, da viele Betroffenen sich aus Angst vor Vorurteilen und aus Scham keine professionelle Hilfe suchen und ihr Leiden verheimlichen oder sie denken, dass es etwas Normales sei und zum Altern dazugehört. Zudem ist die Harninkontinenz ein Problem, das in allen Altersstufen weit verbreitet ist – das Risiko daran zu erkranken steigt mit zunehmendem Alter. Im Standard wird auch beschrieben, dass Frauen häufiger daran leiden, jedoch betrifft es bei älteren Menschen beide Geschlechter.¹

2.1 Definition – was ist Harninkontinenz jetzt eigentlich?

Unter Harninkontinenz versteht man jeglichen unfreiwilligen Urinverlust. Es ist die Sammelbezeichnung für ein Symptom, eine Gruppe von Symptomen

oder einen klinischen Befund.² Man kann eine Harninkontinenz in vier Schweregrade einteilen. Die Einteilung hängt davon ab, wie viel Harnverlust die betreffende Person in einem Messzeitraum von vier Stunden hat.

Kontinenzprofile

Die Expertenarbeitsgruppe Förderung der Harnkontinenz hat Kontinenzprofile dargestellt, die in 6 verschiedene Stufen unterteilt werden

1. Kontinenz: Kein unwillkürlicher Harnverlust. Keinen personelle Hilfe notwendig. Kein Hilfsmittel.
2. Unabhängig erreichte Kontinenz: Kein unwillkürlicher Harnverlust. Keine personelle Unterstützung notwendig. Selbständige Durchführung von Maßnahmen.
3. Abhängig erreichte Kontinenz: Kein unwillkürlicher Harnverlust. Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen notwendig.
4. Unabhängig kompensierte Inkontinenz: Unwillkürlicher Harnverlust. Keine Personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln
5. Abhängig kompensierte Inkontinenz: Unwillkürlicher Harnverlust. Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig.
6. Nicht kompensierte Inkontinenz: Unwillkürlicher Harnverlust. Personelle Unterstützung und therapeutische bzw. Versorgungsmaßnahmen werden nicht in Anspruch genommen.

2.2 Harninkontinenzformen – in welchen Formen tritt die Erkrankung auf?

Die im Folgenden beschriebenen Inkontinenzformen unterscheiden sich in Blasen Speicher- und Blasen-

entleerungsstörung. Die Stressinkontinenz, die Dranginkontinenz und die Mischinkontinenz gehören zu den Blasenspeicherstörungen. Die extrauretrale Inkontinenz ist eine Form, bei der die Entleerung und die Speicherung gestört sind. Die Blasenentleerungsstörung besteht bei Inkontinenz auf Grund chronischer Harnretention.

2.3 Wie kann Inkontinenz festgestellt werden?

Eine vom Arzt erhobene Anamnese ist der Grundstein für eine individuelle Diagnostik und die dann daraus folgende Therapie. Zur Diagnostik zählt zunächst einmal die Basisdiagnostik mit einer klinischen Untersuchung und eventuell danach eine weiterführende Spezialdiagnostik, die Urinuntersuchung und die Sonografie der Nieren und Harnwege. Zu der Spezialdiagnostik gehören Fragebögen, Neurologische Untersuchungen, Uroflowmetrie, die Endoskopie sowie die Urodynamik. Zur pflegerischen Basisdiagnostik gehören die allgemeine Pflegeanamnese, die Miktionsanamnese und das Miktionsprotokoll.

Neurologische Untersuchungen: Hierbei wird durch Sensibilitätstest oder Reflextests (Temperaturempfinden, Schmerzreiz, Taubheit, auf jeder Körperseite gleiche oder ungleiche Reflexe, etc.) überprüft, ob es auffällige Reaktionen gibt, die auf eine neurologische Veränderung hinweisen. Falls dies der Fall ist, wird im Regelfall eine weitere Diagnostik beim Neurologen notwendig.

3. Demenz

Derzeit gibt es etwa 1,3 Millionen Frauen und Männer in Deutschland, die an der Krankheit Demenz leiden.



Man könnte auch sagen, dass momentan ca. 1500 von 100 000 Menschen an Demenz leiden. Durch die Tatsache, dass wir immer älter werden, steigt die Zahl bis 2050 voraussichtlich auf Doppelte oder sogar mehr.³ Das Alter ist ein Risiko an einer Demenz zu erkranken. Mit 60-65 Jahren, leiden ca. 1,5% an einer Demenz, dieses verdoppelt sich dann alle fünf Jahre. Mit 90 Jahren sind ca. 30% betroffen.⁴ Eins darf man jedoch nicht vergessen, auch wenn die Häufigkeit mit zunehmendem Alter steigt, Demenz ist eine spezifische Krankheit und keine „normale“ Alterserscheinung.

3.1 Definition

Demenz – was ist das?
 Demenz kommt aus dem Lateinischen und bedeutet „weg vom Geist“. de = weg, ab mens = Geist, Verstand⁵
 „Unter Demenz werden fortschreitende Hirnleistungsschwächen verstanden, die sich in einer Beeinträchtigung bei Aktivitäten des täglichen Lebens niederschlagen und langfristig zu Pflegebedürftigkeit führen.“⁶
 Demenz ist nach der Definition des Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im ICD 10 „ein Syndrom als Folge einer meist chronischen oder fortschreitenden Krankheit des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, einschließlich Gedächtnis, Denken, Orientierung, Auffassung, Rechnen, Lernfähigkeit, Sprache und Urteilsvermögen.
 Das Bewusstsein ist bei Demenz jedoch nicht getrübt.
 Die kognitiven Beeinträchtigungen werden gewöhnlich von Veränderungen der emotionalen Kontrolle, des Sozialverhaltens oder der Motivation begleitet, gelegentlich treten diese auch eher auf. Dieses Syndrom kommt bei Alzheimer-Krankheit, bei zerebrovaskulären Störungen und bei anderen Zustandsbildern vor, die primär oder sekundär das Gehirn betreffen.“⁷

3.2 Formen der Demenz

Alzheimer Demenz (hierunter leiden ca. 60% aller Demenzkranken):
 Die Ursache dieser Form der Demenz ist bislang nicht vollständig geklärt. Die Alzheimer Demenz verläuft langsam, führt jedoch mit zunehmender Pflegebedürftigkeit nach Jahren auch zum Tod.

Vaskuläre Demenz (hierunter leiden ca. 10-15% der Demenzkranken):
 Diese Form der Demenz wird durch Gefäßerkrankungen verursacht. Man unterscheidet hier die:
Multiinfarktdemenz → Folge vieler kleiner Schlaganfälle.
Strategische Infarkte → wenige Infarkte an wichtigen Stellen
Binswanger Krankheit → Veränderung an den kleinen Gehirnarterien, dies wird durch lang andauernde Hypertonie (Bluthochdruck) hervorgerufen.

Lewy- Körperchen Demenz (hierunter leiden ebenfalls ca 10- 15%):
 Die Ursache für diese Form der Demenz ist die Eiweißverklumpung in den Nervenzellen. Im Hirngewebe sind unter dem Mikroskop diese Lewy-Körperchen nachweisbar.⁸

3.3 Symptome

Folgende Symptome können bei einer Demenz wahrgenommen werden (unabhängig davon welche Form der Demenz diagnostiziert wird):

Gedächtnisstörung:

Die Fähigkeit etwas Neues zu erlernen nimmt zuerst ab, im späteren Verlauf wird das Altgedächtnis beeinträchtigt. Betroffene wiederholen sich, vergessen Besprochenes oder festgelegte Termine und verlegen Gegenstände.

Orientierungsstörung:

Nah verbunden mit der Gedächtnisstörung. Sie verlieren die Orientierung des Ortes, der Zeit, der Situation und der eigenen Persönlichkeit. Anfangs verläuft oder verfährt der Betroffene sich in nicht bekannter Umgebung, später findet er sich auch in gewohnter Umgebung eventuell nicht mehr zurecht. Schlussendlich erkennt er sich oder Angehörige möglicherweise nicht mehr wieder. z.B. Eine Bewohnerin schaut bei der morgendlichen Grundpflege in den Spiegel und grüßt ihre Mutter, sie sieht im Spiegel sich selbst, nimmt sich jedoch nicht wahr, sondern die eigene Mutter.

Denkstörung:

Die Betroffenen können sich nicht mehr so konzentrieren, Informationen können nicht mehr richtig verarbeitet werden. Das Abstraktionsvermögen leidet, z.B. können die Dementen zunehmend keine

Synonyme oder Gegensätze zu etwas benennen. Die Urteilsfähigkeit ist zudem eingeschränkt, z.B. können Demente Handlungen nicht mehr planen oder Schlussfolgerungen aus Information ziehen.

Beispiel: Ein Dementer hat Hunger, sieht etwas zu essen, nimmt dies als Essen wahr, ohne zu realisieren, dass es eventuell einem anderen Heimbewohner gehören könnte.

Affektive Störung:

Der Affekt kann bei Demenzerkrankten häufig nicht mehr richtig gesteuert werden, er schwankt hin und her. Depressionen und Missmut kommen vermehrt vor. Zudem können auch Aggressionen auftreten, dies ist für pflegende Angehörige meist sehr schwer.

Antriebsstörung:

Betroffene vernachlässigen ihr Hobbys und sozialen Kontakte, die Eigeninitiative und die Spontaneität lassen nach.

Neuropsychologische Symptome:

Hierzu gehört die Apraxie, das bedeutet, dass die Betroffenen unfähig sind bestimmte Bewegungsabläufe durchzuführen. z. B. ein Bewohner zieht verschiedene Kleidungsstücke „falsch“ übereinander an, für den Bewohner ist das richtig und er ist überzeugt davon, dass es so richtig ist.

Auch die Aphasie gehört hierzu.

Aphasie beschreibt die verloren gehende Sprache, anfänglich zeigt sich es durch Wortfindungsstörungen.

Mit der Zeit kann es sein, dass der Betroffene kaum oder gar nicht mehr sprechen kann. Dann ist es sehr wichtig, dass betreuende Personen auf Gestik und Mimik achten. Oftmals schätzen wir Reaktionen wie z.B. Lächeln des Dementen falsch ein. Wenn wir eine Frage stellen und der Demente uns darauf anlächelt, nehmen wir an, er habe die Sprache verstanden, jedoch ist es meistens so, dass er verunsichert ist und einfach eine Reaktion gezeigt hat, die uns jedoch keine Antwort auf unsere Frage gibt.

Ein Beispiel aus dem Arbeitsalltag:

Eine Bewohnerin mit einer Demenz, ist körperlich sehr fit, durch den fortschreitenden Verlauf ihrer Demenz findet sie sich jedoch in der Einrichtung nicht mehr zurecht, findet so also auch die Toilette nicht mehr. Es werden Toiletten-

gänge angeboten und wenn man sie fragt, ob sie zur Toilette müsse lächelt sie immer, sagt „ja, ja“. Man nimmt dadurch an, sie habe die Frage verstanden und begleitet sie dorthin, sobald die Bewohnerin die Toilette jedoch sieht, verweigert sie es sich auszuziehen und sagt immer Nein. Demzufolge muss man annehmen, dass sie doch nicht zur Toilette muss und sie damit die gestellte Frage nicht verstanden hat.

3.4 Schweregrade

Die Schweregrade gehen fließend in einander über und werden in die leichte, mittlere und schwere Demenz unterteilt. Aus einer leichten wird durchschnittlich nach 7 Jahren eine Schwere Demenz und führt dann schließlich auch zum Tod.

Leichte Demenz:

Die Menschen, die eine leichte Demenz haben, können noch unabhängig leben, jedoch sind ihre selbständige Lebensführung und der Alltag eingeschränkt. Auffällig ist, dass das Kurzzeitgedächtnis gestört ist, die Betroffenen Wortfindungsstörungen haben, sie Probleme haben sich in ungewohnten Umgebungen zurechtzufinden und mit anspruchsvollen Aufgaben nicht zurechtkommen. Häufig sind auch Stimmungsschwankungen festzustellen, die auch etwas damit zu tun haben, dass die Dementen merken, dass sich was verändert, dies jedoch nicht verstehen. Sie bekommen Angst.

Mittelschwere Demenz:

Einfache Tätigkeiten, wie z.B. sich unter Anleitung waschen, sind noch möglich. Das unabhängige Leben ohne Hilfe und Aufsicht ist nicht mehr möglich. In der Mittleren Demenz ist das Langzeitgedächtnis auch gestört, die Orientierungsstörungen nehmen zu, die Kommunikationsprobleme häufen und die Wortfindungsstörungen vermehren sich.

Schwere Demenz:

Die Betroffenen können sich selbständig nicht mehr versorgen und eine dauerhafte Betreuung wird notwendig. Bei der Schweren Demenz, sprechen die meisten höchstens noch wenige Worte und verstehen teilweise die Sprache auch nicht mehr. Sehr häufig ist es so, das auch enge Verwandte nicht als solche erkannt werden. Einfachste

Handlungen können nicht mehr selbständig durchgeführt werden. Mit der Zeit verlieren die Dementen auch die Fähigkeit zu gehen, sitzen, stehen und sogar das Schlucken. Es kommt zu Inkontinenz, Bettlägerigkeit und schließlich leider zum Tod.⁹

4. Inkontinenz bei Demenzerkrankten

Durch psychische und physische Veränderungen, die ich im Kapitel Demenz genauer beschrieben habe, ist die Harninkontinenz ein typisches Kennzeichen bei der Erkrankung Demenz und demzufolge leiden Menschen, die an Demenz erkrankt sind häufiger an Harninkontinenz. Sie tritt häufig ab dem mittleren Stadium der Demenz auf. Katja Boguth beschrieb in dem Buch „Harnkontinenz im Pflegeheim“ eine Untersuchung, bei der herauskam, dass von 1632 Bewohnern 43,6 Prozent keine Demenz hatte, 56,4 Prozent hatten eine Demenz. Bei den nicht Demenzkranken war erkennbar, dass prozentual mehr

dauerhaft kontinent als inkontinent waren. Bei den an Demenz Erkrankten gab es mehr Inkontinente als Kontinente.¹⁰

Inkontinenz als Grund für einen Umzug in ein Pflegeheim?

Ja in vielen Fällen leider schon, mit der bei einer Demenzerkrankung einhergehenden Vergesslichkeit, können viele pflegenden Angehörigen noch umgehen, jedoch mit dem Thema Inkontinenz kaum, der eigene Verwandte „macht in die Hose“, er riecht und die Umgebung fängt auch an zu riechen. Zudem können durch die Inkontinenz Folgeerkrankungen, wie Hautmazerationen, Depressionen, Harnwegsinfekte entstehen. Damit kommen viele pflegende Angehörige nicht klar und geben die Dementen dann in ein Pflegeheim.¹¹

4.1 Häufigkeit an einer Form der Inkontinenz zu erkranken

Generell ist wichtig, dass demente Menschen genauso wie nicht demente Menschen eine Form der Harninkonti-



nenz erleiden können, denn auch bei dementen Menschen verändert sich der Körper und die möglichen Ursachen bleiben gleich, jedoch kommen bei dementen Menschen noch mehr Faktoren hinzu, die dann das Erkrankungsrisiko noch weiter erhöhen. Demente Menschen sind möglicherweise nicht mehr in der Lage die Toilette zu finden oder sich bei Harndrang mittels Klingel Hilfe zu holen, zudem kann es auch im Verlauf der Erkrankung dazu kommen, dass sie verbal nicht mehr äußern können, dass sie zu Toilette müssen. Hierbei ist nach meinen eigenen Erfahrungen aber auch in dem Themenbereich Demenz oben beschrieben, dass man auf Gestik und Mimik genau achten sollte. Ein weiterer Aspekt ist, dass demente Menschen durch einen Umgebungswechsel (z.B. Umzug in eine Pflegeeinrichtung) die Toilette nicht finden oder der Weg dorthin zu lange ist. Sollte dies der Fall sein spricht man von der bereits beschriebenen funktionellen Inkontinenz. Das heißt, dadurch wird aus einem eigentlich kontinenten dementen Menschen ein inkontinenter Mensch. Auch die Dranginkontinenz ist bei dementen Menschen typisch, mit dem fortschreitenden Verlust der Hirnleistung geht auch ein fortschreitender Verlust der Muskelkontrolle einher. Da die Miktionskontrolle über Muskelkontrolle erfolgt, ist ein demenzbedingter Verlust der Muskelkontrolle Auslöser von Inkontinenz.^{12 13 14}

Diagnostik:

Auch bei dementen Menschen ist die Diagnostik notwendig, um später eine geeignete Therapie zu finden und die Lebensqualität möglicherweise wieder etwas zu verbessern. Bezüglich der Diagnostik, sollte jeder demente Mensch oder deren Angehörige auf das Problem der Harninkontinenz angesprochen werden. Um dann individuell eine Diagnostik einzuleiten, ist es jedoch wichtig, das unter Berücksichtigung der Symptome, des Alters, des Allgemeinzustandes, der Wünsche, der Erwartungen und des Leidensdrucks des Betroffenen zu machen. Bei dementen Menschen sollte auf Maßnahmen verzichtet werden, bei denen in den Körper eingedrungen werden muss (invasiv), wenn es keinen Nutzen hat, wenn sich also dadurch die Therapie nicht verändert oder es keinen diagnostischen Zugewinn ergibt.

Die Basisdiagnostik ist prinzipiell auch beim dementen Menschen um- und einsetzbar, jedoch muss jeder demente Mensch individuell betrachtet werden, denn je nach Grad der Demenz sind die Antworten dementsprechend einzuordnen. Wie im Kapitel der Demenz beschrieben, haben Demente oft eine Aphasie oder eine Gedächtnisstörung und können daher keine genauen adäquaten Antworten geben. Hierbei ist es dann wichtig Angehörige, Betreuer oder zuständige Pflegefachkräfte mit einzubeziehen.

Auch in Bezug auf die Miktionsanamnese ist meines Erachtens das Einsetzen des Miktionsprotokolls am sinnvollsten um einen Einblick in das Miktions- und Trinkverhalten zu bekommen. Falls eine Spezialdiagnostik notwendig ist, ist auf die Fähigkeiten, die der Demente hat zu achten, inwieweit ist er kooperativ und kann geforderte Aufgaben auch umsetzen.^{15 16 17}

4.2 Hilfsmittel und Behandlungsmöglichkeiten bei dementen Menschen mit Harninkontinenz

Nicht nur bei der Diagnosestellung sondern auch bei der Therapie ist es wichtig den Betroffenen ganzheitlich zu sehen. Und dem entsprechend sollte dann eine Therapie geplant und umgesetzt werden.

Gerade eine demenzbedingte Dranginkontinenz ist im Anfangsstadium gut zu behandeln. Hierbei kommen das Verhaltenstraining, Medikamente, Therapie der Begleit- und Grunderkrankung im Rahmen der Multimorbidität, speziell Demenztherapie, Überprüfung ggf. Änderung der Medikation im Rahmen der Multimorbidität und allgemeine Maßnahmen (Ernährungsumstellung, kognitives Training, Bewegung) in Frage.

Die medikamentöse Therapie nimmt bei den Dementen eine entscheidende Rolle ein. Bei einer Dranginkontinenz können Anticholinergika verabreicht werden, diese unterscheiden sich in tertiäre und quartäre Präparate. Bevorzugt sollten die Quartären eingesetzt werden, da sie keine zentralnervösen Nebenwirkungen haben, die eine Auswirkung auf den Fortschritt der Demenz haben würden. Diese Anticholinergika bewirken ein Nachlassen des zwanghaften Harn-

drangs und durch dies wird die Miktionshäufigkeit um bis zu 80% verbessert und bis zu 40% erreicht man die Kontinenz.

Auch wenn ein Betroffener an einer funktionellen Inkontinenz leidet gibt es medikamentöse Therapiemöglichkeiten um somit die Kontinenz zu fördern. Hierbei geht es nicht darum das die Medikamente Einfluss auf die Blasenfunktion nehmen. Mit den hier möglichen Medikamenten wird die Demenz therapiert. Im Endeffekt werden dabei die kognitiven Fähigkeiten verbessert und dadurch indirekt die Kontinenz gestärkt – denn ein Mensch, der sich zurecht findet, findet auch bei Harndrang schnell den Weg zur Toilette.¹⁸ Wenn bei allen Betroffenen ein Medikament helfen würde dann wäre es ja genial und die Inkontinenz überhaupt gar kein so schlimmes Thema – aber dem ist leider nicht so. Also kommt es auch auf die oben beschriebenen anderen Hilfsmittel und Behandlungsmöglichkeiten an.

Pflegerischer Umgang mit dementen inkontinenten Menschen:

Demente Menschen merken anfangs vielleicht noch, dass irgendetwas nicht stimmt, dann kommt dazu, dass sie die Toilette nicht finden, den Urin einfach nicht halten können oder dass sie es nicht einmal merken, dass da Harndrang war. Das ist für die Betroffenen sehr schlimm und dies merkt man in den entsprechenden Situationen. Es kommt z.B. vor das Betroffenen ihre Kleidung wegwerfen und hoffen, dass es so keiner merkt – sie können dann aufgrund ihrer Demenz nicht mehr so weit denken, dass es ja doch auffällt. Oder Patienten waschen auf einmal ihre Wäsche selbst im Handwaschbecken in der Nasszelle, und sind dann ganz überzeugt davon, dass sie das immer schon so machen, denn „es kann sich ja nicht ein jeder eine Waschmaschine leisten“.

Es ist meist nicht möglich bei einem dementen Menschen wieder eine Kontinenz zu erreichen, jedoch kann man es schaffen, dass der Demente eine abhängig kompensierte Inkontinenz erreicht.

Die allgemeinen Maßnahmen zur Kontinenzförderung kann man beim dementen Menschen genauso umsetzen wie bei einem Nicht-dementen. Bei Dementen muss jedoch beachtet werden, dass er durch seine Erkrankung

nicht mehr in der Lage, ist dies allein umzusetzen, er benötigt jemanden der ihm dabei hilft – also entweder Angehörige oder auch Pflegepersonal in einer Einrichtung.

Spezielle Maßnahmen, wie das Blasen-
training, sind bei einem dementen
Menschen kaum sinnvoll, denn der
Literatur zu Folge ist die geistige
Leistungsfähigkeit eine der Grundvor-
aussetzungen für ein solches Training
und dies ist im Falle einer Demenz
nun mal nicht mehr da.
Die Betroffenen könnten die Anforder-
ungen eventuell nicht umsetzen, weil
sie in Kürze schon vergessen haben
was verlangt wurde.¹⁹

Beckenbodentraining:
Auch hier ist in der Literatur angegeben,
dass die kognitive Leitungsfähigkeit
uneingeschränkt sein muss.

Wenn man bedenkt, dass es für nicht
demente Menschen schon schwer ist
den Beckenboden zu spüren und ein
Beckenbodentraining ohne Unterstütz-
ung zu machen, wie muss das für einen
Dementen sein, der möglicherweise
nicht einmal versteht was man zu
ihm sagt oder das Gesagte sofort
wieder vergisst.²⁰

Toiletentraining:
Bei Demenzerkrankten ist der Toiletten-
gang nach individuellen Entleerungs-
zeiten sinnvoll. Man erhebt ein Mikti-
onsprotokoll hierdurch kann man die
Ausscheidungsintervalle erfassen und
die Betroffenen dann zu individuell
festgelegten Zeiten zur Toilette bringen.
Wichtig ist das man die Betroffenen
kurz vor der in dem Miktionsprotokoll
aufgeschriebenen Zeit der Entleerung
zur Toilette bringt. Initialreize die
durch den Helfer (Angehöriger oder

Pflegenden) gegeben werden, wie
zum Beispiel anheben der Toiletten-
deckels, laufen lassen des Wasserhahns,
Entkleidungs- und Sitzbewegungen
andeuten, können hilfreich für den
Toilettengang sein.

Die Art des Verhaltenstrainings ist für
die Förderung der Kontinenz bei
Dementen sehr sinnvoll jedoch sollte
deshalb nicht außer Acht gelassen
werden, den Dementen genau und
ganzheitlich zu betrachten, man sollte
den Betroffenen kennen und seine
Reaktionen deuten können. Ich meine
damit, dass z.B. wenn der Betroffene
unruhig wird oder eventuell anfängt
sich auszuziehen, oder bei der Frau
wenn sie z.B. den Rock hebt, dann
können dies Anzeichen sein, dass der
Demente zu Toilette muss und man
sollte ihm dann auch einen Toiletten-
gang anbieten.^{21, 22, 23, 24}



KAUM EINER HAT SIE, WIR NEHMEN SIE UNS: ZEIT

- Freundliche, fachkundige und herstellerneutrale Beratung
- Kostenlose Produktmuster
- Bequeme Bestellung per Telefon, Fax, E-Mail oder Post
- Frankierte Rückumschläge zur Zusendung von Rezepten
- Zuverlässige, schnelle und auf Wunsch diskrete Lieferung

Als bundesweit tätiges Homecare-Unternehmen mit dem Schwerpunkt der herstellerneutralen Inkontinenzversorgung stehen Sie als Mensch für uns im Mittelpunkt. Wir beraten Sie verlässlich und fachkundig und investieren gerne die dafür nötige Zeit, damit Sie uns Ihr Vertrauen schenken.

TRETEN SIE IN KONTAKT MIT UNS!
SERVICENUMMER 0800 / 74 222 73 (GEBÜHRENFREI)
ODER PER E-MAIL AN: KUNDENSERVICE@PHARMACARE.DE

WEITERE INFORMATIONEN FINDEN SIE UNTER: WWW.PHARMACARE.DE

PHARMACARE GMBH · RAIFFEISENALLEE 16 · 82041 OBERHACHING

PharmaCare®
Medizinprodukte-Vertrieb

JETZT BESTIMMEN SIE!

Peristeen® – Das Komplettsystem
für eine sanfte Darmspülung

- Geregelte und deutlich kürzere Entleerungszeiten sowie Unabhängigkeit für mobile Anwender
- Eine natürliche und gut verträgliche Methode
- Nach kurzer Anlernzeit kann das System selbstständig angewendet werden
- Speziell für Kinder & Jugendliche in Größe Small



WIR BERATEN SIE IN DEN BEREICHEN:

- Aufsaugende Produkte
- Ableitende Produkte
- Darmmanagement
- Stoma
- Pflegebedarf und Alltagshilfen

Einsatz von Hilfsmitteln:

Funktionelle Hilfsmittel:

Diese Form von Hilfsmitteln ist nicht unbedingt für die Anwendung bei dementen Menschen zu nutzen, die geistige Leistungsfähigkeit und auch die Fingerfertigkeit muss uneingeschränkt sein. Natürlich könnte man sagen, dass auch bei dementen Frauen diese Dinge eingesetzt werden könnten, dies könnten dann die Helfer (Angehörigen oder Pfleger) übernehmen. Ich bin jedoch der Meinung, dass das Thema Inkontinenz ein hochsensibles Thema ist und jegliche Versorgung mit Hilfsmitteln einen Eingriff in die Intimsphäre der Betroffenen darstellt. Wenn dann ein Außenstehender noch etwas in den Körper des Dementen einführt und das mehrmals täglich, glaube ich dass es dem Dementen nicht gut tut. Zudem geht der Anwendung z.B. eines Pessars eine gute Beratung und vor allem Anpassung durch den Gynäkologen voraus.

Mobile Toilettenhilfen:

In meiner Einrichtung werden diese Hilfen auch bei dementen Menschen viel eingesetzt, man muss allerdings dazu anmerken, dass das Steckbecken oder die Urinflasche nur mit Hilfe einer Pflegekraft genutzt werden. Den mobilen Toilettenstuhl nutzen viele Demente auch selbstständig, jedoch wurde in Fällen bereits angefangen ihn zu nutzen als der Betroffene noch in der Lage war zu verstehen, dass er als Toilette genutzt werden kann.

Ableitende Hilfsmittel:

Die ableitenden Hilfsmittel sind teilweise bei einer Entleerungsstörung unumgänglich. Jedoch ist der intermittierende Selbstkatheterismus für demente Menschen nicht geeignet. Sie sind nicht in der Lage Neues zu erlernen und wenn die Entleerungsstörung erst im Alter auftritt und der Betroffene schon an der Demenz erkrankt ist, wird es kaum möglich sein, ihm dies beizubringen. Auch der Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege gibt an, dass die körperliche und mentale Leistungsfähigkeit genau geprüft werden muss. Dies ist in meinen Augen nur nötig, wenn es auf die zwei Bereiche ankommt, also ob ein Betroffener den intermittierenden Selbstkatheterismus auch unter allen Anforderungen durchführen kann.

Es gibt - wie schon dargestellt - auch die Möglichkeit, dass andere Personen den intermittierenden Katheterismus durchführen, jedoch muss auch hier die Kooperationsbereitschaft von dem dementen Inkontinenten da sein. Er muss sich dabei mehrmals täglich einen Katheter einführen lassen und aus eigenen Erfahrungen ist die Bereitschaft nicht so stark vorhanden, dies gilt vor allem dann, wenn Betroffene den Vorgang nicht schon länger kennen und auch gar nicht verstehen, was man in dem Augenblick mit ihnen macht. Falls die Möglichkeit zu dem intermittierenden Katheterismus doch gegeben ist, sollte man auch hier hohes Einfühlungsvermögen haben und den Betroffenen gut kennen.²⁵

Blasenverweilkatheter:

Manchmal ist das Legen eines Blasenverweilkatheters einfach nötig, da es keine andere Möglichkeit gibt, da ein Betroffener sonst ggf. die Blase nicht richtig entleeren kann.

Aber auch hier gibt es Probleme, die auftreten können: der Betroffene könnte den „Schlauch“ der aus ihm herauskommt nicht akzeptieren, denn es ist ja nichts Normales und er könnte daran herum manipulieren. Aber auch wenn es nichts direkt damit zu tun hat ob er es akzeptiert oder nicht, vergisst er eventuell, dass er so etwas hat und zieht bei verschiedenen Bewegungen daran. Es ist dann eine große Aufgabe der Pflege den Verweilkatheter so zu schützen, dass der Betroffene nicht daran manipulieren kann.

Ein Beispiel:

Ein Dementer kommt aus dem Krankenhaus in ein Pflegeheim. Er hat einen suprapubischen Blasenkatheter, der auf Grund der Diagnose chronische Harnretention gelegt wurde. Er ist durch seine Demenz sehr unruhig und nestelt immer an seiner Kleidung herum, zieht sich immer wieder aus und an. Er macht den Eindruck als würde ihn dieser Katheter nicht stören, jedoch manipuliert er durch das ständige Aus- und Anziehen immer am Katheter und an der Eintrittsstelle. Der Blasenverweilkatheter plus Auffangbeutel wurden durch die Hosen gezogen und beim Aus- und Anziehen zog er auch daran. So dauerte es nicht lange bis der Demente wieder ins Krankenhaus musste, da er nicht mehr über den

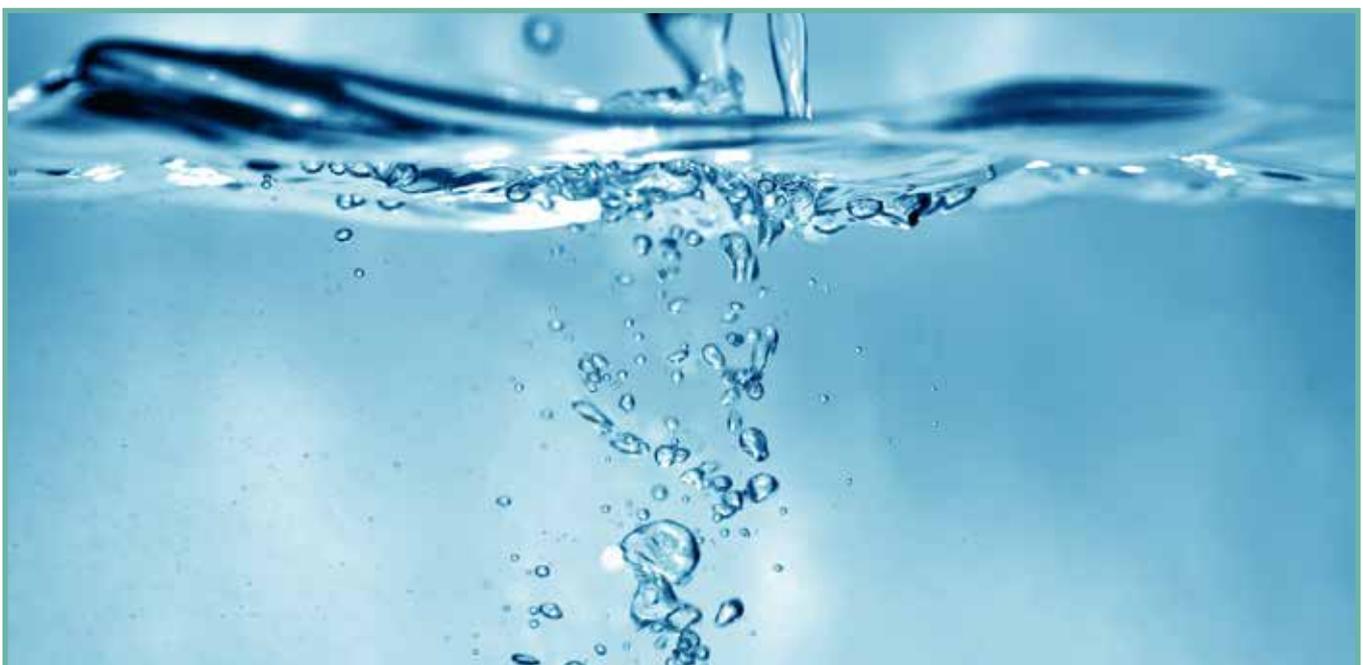


Bild: © magann - Fotolia.com

Katheter sondern über die Öffnung in der Bauchdecke ausgeschieden hat. Die Pflegekräfte überlegten, wie sie dem Dementen und auch sich selbst helfen konnten. In Absprache mit den Angehörigen trägt der Demente nun zur Nacht einen Overall „Schlafsack“, der nur hinten zu öffnen ist. Tagsüber werden ihm die Hosen falsch herum angezogen und auch ein Gürtel der hinten zu gemacht wird, wird ihm angelegt. Um ihn zu beschäftigen, so dass er nicht so viel nestelt, wurde er in eine Gruppe integriert bei der ihm immer wieder eine Aufgabe gegeben wird.

Kondomurinale und Urinkollektoren: Diese Art der Hilfsmittel habe ich selbst noch nie bei einem dementen Bewohner gesehen, nur aus Schätzungen kann ich daher annehmen, dass es sich ähnlich wie bei einem Verweilkatheter verhält. Ich kann nicht beurteilen, wie die Dementen ein solches Hilfsmittel annehmen und akzeptieren. Nur eines weiß ich aus eigener Erfahrung: dass das Anlegen eines solchen Kondomurinals gar nicht so einfach ist – schon gar nicht, wenn der Betroffenen einen leicht retardierten Penis hat. Ich hatte einen Bewohner, der nicht dement war und dieses Hilfsmittel von zu Hause her kannte. Die Lebensgefährtin hat dies angelegt und er hat es als sinnvoll empfunden und voll und ganz akzeptiert, auch beim Anlegen hat er versucht zu helfen, dennoch war es kaum möglich es anzubringen durch den Haft oder Kleberand ist man mit den Handschuhen immer hängen geblieben und das abrollen wurde sehr schwer, es saß dann nicht richtig und rollte sich schnell wieder ab.

Aufsaugende Hilfsmittel: Diese Art der Hilfsmittel wird nach eigenen Erfahrungen und auch Erzählungen von Anderen am häufigsten eingesetzt – auch wenn es manchmal andere Möglichkeiten gäbe und sogar die Möglichkeit die Kontinenz zu fördern. Es ist für Pflegende einfach umsetzbar und benötigt meist wenig Zeit, vor allem in Pflegeeinrichtungen. Mittlerweile gibt es so viele Arten, Formen, Größen von körpernahen aufsaugenden Hilfsmitteln, das diese individuell für demente Inkontinente angepasst werden können. Wenn ein Dementer Toilettengänge noch selbständig initiiert und teilweise

die Toilette auch noch selbständig findet, kommt es je nach Menge des Urinverlustes darauf an, mit was man ihn versorgt. In meinem Arbeitsalltag wurden sehr viele mit einer Einlage, die selbstklebend ist, versorgt, so haben die Dementen nicht das Problem des Handlings mit der Einlage und können nach dem Wasserlassen die Unterhose ganz normal wieder nach oben ziehen. Aber auch schon da mag es vorkommen, dass die Betroffenen die Einlagen herausnehmen. Eine Möglichkeit diese zu versorgen wäre dann mittels einer Hose, in der die Dementen oft keinen Unterschied zur normalen Unterhose sehen. Jedoch muss sich hierbei beim Einurinieren der Betroffene untenherum komplett entkleiden. Der Wechsel einer Inkontinenz-Vorlage ist meist problemlos und von den Dementen auch gut akzeptiert, außer sie ziehen sich selbstständig aus und gehen teilweise selbstständig zu Toilette, dann sind sie nach meinen Erfahrungen nicht geeignet, da die Betroffenen meist nicht in der Lage sind, sich die Vorlagen wieder selbst einzulegen. Die Inkontinenzslips werden nach meiner Erfahrung hauptsächlich zur nächtlichen Versorgung gewählt, der Wechsel gestaltet sich leichter als mit einer Vorlage und lässt sich auch im Liegen leicht und genau anlegen.

Hinweise zur Kleidung: es ist notwendig die Kleidung der Betroffenen anzupassen, denn z. B. Hosen mit Knöpfen sind für Demente nicht so leicht zu benutzen wie eine Hose mit Klettverschluss oder Gummibund. Zudem sind Kleidungsstücke, die weiter geschnitten sind leichter für Demente an und wieder auszuziehen. Außerdem verdeckt eine weite Kleidung Inkontinenzhilfsmittel, so dass andere Menschen die Hilfsmittel nicht wahrnehmen.²⁶

Beschilderung von Dingen: z. B. Türen auf denen Toilette oder WC steht, oder ein Bild von Haus und Herz, dass ältere Menschen als Symbol für eine Toilette kennen.

Gute Beleuchtung: z. B. wenn Demente aufwachen, dass sie wissen wo sie sind und den Weg zu Toilette finden. Wenn es beispielsweise nicht möglich ist das Licht anzulassen, weil der Demente dann nicht schläft und daher bei Bedarf die Orientierungsschilder nicht erkennen kann, kann eine Sensormatte in Betracht gezogen werden. Eine Sensormatte wird in der

Regel zur Sturzprophylaxe eingesetzt und vor dem Bett auf den Boden gelegt. Sie ist mit dem Rufsystem verbunden und eine Pflegekraft wird aufmerksam, wenn der Betroffene auf die Matte tritt.

Des Weiteren gibt es den schon dargestellten Overall, der einem Betroffenen zur Nacht angezogen werden kann. Dies ist ein Kleidungsstück, das von Kopf bis Fuß geht und am Rücken verschlossen wird. So hat der Demente nicht die Möglichkeit sich selbst zu entkleiden wird erfahrungsgemäß unruhig, kommt aus dem Zimmer und die zuständige Pflegekraft kann zum Beispiel den Dementen zu Toilette begleiten oder im Falle des Einnässens mit neuen Inkontinenzartikeln versorgen.

In meiner Einrichtung tragen viele Demente, die an einer Form der Inkontinenz leiden einen solchen Overall, die einen, weil sie, wenn sie nass werden ansonsten die Einlage zerrupfen und dann die ganzen Gelkügelchen im Bett und im Intimbereich haben, die nächsten, weil sie ansonsten in jede Ecke des Hauses urinieren würden, die dritten, weil man dann mitbekommt, wenn sie zur Toilette müssen und die nächsten machen sich dann bemerkbar, wenn sie nass sind. So muss der Schlaf der Betroffenen nicht unterbrochen werden, da sie oft selbst aufwachen und man sie dann entsprechend versorgen kann. Die Bereitschaft ist nach eigenen Erfahrungen dabei dann viel größer, als wenn man sie regelmäßig wecken und aus dem Bett holen müsste.

5. Fazit

Wie in dem Kapitel der Demenz beschrieben wird es in Zukunft immer mehr Menschen geben die von der Krankheit Demenz betroffen sind, und es leiden somit auch immer mehr Menschen an einer Inkontinenz, denn wie vorhin schon beschreiben ist Inkontinenz ein typisches Kennzeichen für eine Demenz. Eine angemessene pflegerische Betreuung und Versorgung muß immer ganzheitlich alle Aspekte der individuellen Situation der Betroffenen berücksichtigen.

*Carola Etti
Pflegeexpertin
Stoma, Kontinenz und Wunde
Heidenheim
C.Etti@gmx.de
Literatur bei der Autorin*

Urinkristalle – Ein Versorgungsproblem bei Urostomien.

Zu dieser Komplikation nach operativer Anlage einer Urostomie finden wir in der Literatur sehr unterschiedliche, leider jedoch auch in manchen Fällen ungenaue Angaben. Diese Unschärfen resultieren aus der fehlenden Aktualität der Literatur und dem Mangel an aktuellen Studien.

In diesem Artikel werden die bisher vorliegenden fachlichen Informationen zur Kristallbildung bei Urostomien dargestellt und reflektiert.

Hintergrund

Nach der Entfernung der Harnblase wird es unter Umständen notwendig, den Harn über ein Stoma abzuleiten, falls keine Neonblase oder eine Kontinente Harnableitung (z. B. MAINZ-Pouch I) angelegt werden kann.

Das dieses Thema durchaus noch eine Relevanz besitzt kann aus folgenden Fakten abgeleitet werden. 2011 wurden ca. 6.600 Urostomien bei ca. 7.760 Zystektomien angelegt, das entspricht 85%. Die restlichen Patienten wurden mit einem „Kontinenten Stoma“ versorgt.

Die bestmögliche operative Behandlungsmöglichkeit wird präoperativ vom behandelnden Urologen nach eingehender Diagnostik beschrieben und nach umfassender Aufklärung gemeinsam mit dem Betroffenen entschieden. Hierbei ist immer die individuelle ganzheitliche Situation des einzelnen Menschen zu sehen und im Detail zu berücksichtigen.

Der Urologe wird nach Diagnosestellung die Anlage folgender Harnableitungen abklären:

- **Ureterhautfistel**, kutane Ableitung der Ureteren (ein- oder beidseitig), meist im Hautniveau. Probleme der Versorgung: Kleine Stomaanlage,

geringer Durchmesser, schwierig passgenau zu versorgen, Tendenz durch Hautkomplikationen zu stenosieren. (Stoll-Salzer & Wiesinger, 2005). Bei einer hohen Anzahl der Patienten werden Splints zur Schienung der Harnleiter und Vermeidung der Stenose gelegt. Ein Wechsel erfolgt, je nach Produkt, alle 6 bis 12 Wochen. Die Harnableitung erfolgt nicht zu 100% über diese Schienungen und deshalb wird zusätzlich ein Stomaversorgungssystem verwendet. Achtung: Bei Herausgleiten oder Dislokation eines oder beider Splint ist sofort ein Arzt zu benachrichtigen.

- **TUUC** (Trans-Ureter-Ureterocutaneostomie) Ableitung über ein Stoma an der Bauchdecke. Hierzu werden beide Harnleiter im Bauchraum miteinander verbunden (Anastomose). Die daraus resultierende Stomaanlage wird meist im Hautniveau angelegt. Probleme der Versorgung: Kleine Stomaanlage, geringer Durchmesser, schwierig passgenau zu versorgen, Tendenz durch Hautkomplikationen zu stenosieren (Stoll-Salzer & Wiesinger, 2005). Splints: siehe Ureterhautfistel (Anzahl 2011 in D beider Ureterableitungen: 1461 Anlagen)
- **Conduit** (Dünn-Dickdarm) Die Harnleiter werden in ein aus der Passage ausgeschaltetes Dünn- oder Dickdarmsegment implantiert um den Harn abzuleiten. Das Darmsegment

sollte prominent in die Bauchdecke implantiert werden um eine sichere und dichte Versorgung zu ermöglichen (Säuberli, 1985). Probleme der Versorgung: anfänglich starke Schleimbildung, und Abflussbehinderungen des Urins aus dem Beutel. (Anzahl 2011 in D: 5149 Anlagen)

Vor der OP wird die optimale Platzierung der Stomaanlage angezeichnet. (Handlungsanweisung FgSKW e.V. oder Säuberei, 1985).

Während der Operation werden sogenannte sterile Splints/Ureterschienen über das Stoma, die Harnleiter bzw. bei Conduit über das Conduit in das Nierenbecken gelegt. Sie ermöglichen den ungehinderten Abfluss des Urins, auch über die noch ödematösen Anastomosen (Prophylaxe der Obstruktion). Ebenfalls schützen Sie die Anastomose (EAUN, 2010). Urin fließt auch neben den Splints in die Versorgung. Die Splints werden nach Arztanordnung normalerweise um den 10. postoperativen Tag gezogen (Webelhuth, 2003) Die Splints werden je nach Anordnung über das Stomasystem oder über die Beutelvorderseite getrennt voneinander in ein Urindrainagesystem abgeleitet.

Die sterile Versorgung direkt im Operationssaal und die postoperativen Beobachtungen und die Stomapflege findet standardisiert nach den Grundsätzen der Stomaversorgung statt (Droste & Gruber, 2010).

In der Folge können genauso wie bei Darmstomata Früh- oder auch Spät-komplikationen auftreten:
z. B., Schleimhautnekrosen, Nahtdehiszenzen, parastomale Abszesse, akute Retraktion, Hautkomplikationen in ihren unterschiedlichen Ursachen (z. B. Stomafehllagen). Gefahr dieser Hautprobleme mit Versorgungsproblemen sind häufig Stoma- oder Haut-Stenosen.
Spät-Komplikationen können u. a. sein: Hernien, Prolaps des Conduits.

Kristallbildung bei Urostomien

Eine spezielle Komplikation ist die „Urin- oder Harnkristallbildung“ oder „Kristallbildung am Urinstoma“. Das heißt es kommt zum Auftreten von Harnkristallen die sich am Stoma und eventuell aufgrund einer nicht passgenauen Stomaversorgung auf der peristomalen Haut abgelagern.

Ursachen der Kristallbildung sind u. a.:

- Bakterielle Harnwegsinfektion mit Urease produzierenden Keimen der Proteusgruppe. Hier vor allem Proteus mirabilis und Proteus vulgaris. Diese spalten Harnstoff und dabei wird Ammoniak frei. Das erzeugt alkalischen Urin und Ausfall von Phosphaten. Phosphathaltige Konkremente wie Apatit, Struvit und Brushit entstehen, der pH-Wert des Urins liegt dann zwischen 5,5 und 7
- Behinderung des Harnabflusses
- geringe Harnmenge
- Begünstigende Ernährungsfaktoren für die Kristallbildung
- Stoffwechselstörungen

Diagnostisch wird empfohlen:

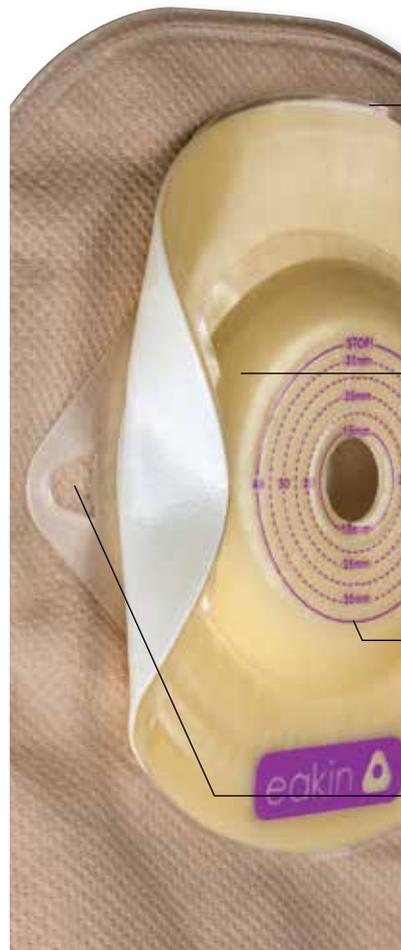
- Blut- und Harnanalyse
- Steinanalyse
- Funktions- bzw. Stoffwechseluntersuchung

Urin:

Der normale Urin ist bei ausreichender Trinkmenge hellgelb, klar und weitestgehend Geruchsfrei. Je nach Ernährung und notwendiger Medikamenteneinnahme kann sich der Urin farblich oder vom Geruch her verändern. Ein Schleimabgang über das Conduit ist als normal anzusehen. Der Urin erscheint klar mit Schleimbeimengungen, falls diese, speziell postoperativ in größeren Mengen vorkommen, erscheint der Urin wolkig, trüb (EAUN, 2010).

Jetzt neu

Konvexität, die sich flexibel anpasst!



Die flexible Konvexität

reduziert das Risiko von Druckstellen. Unterstützt die Anpassung z. B. in tiefen Bauchfalten oder bei überhängenden Bauchdecken.

Der hypoallergene Hautschutz

mit der bewährten, extrem hautfreundlichen Eakin Cohesive® Formulierung sorgt für einen sicheren und komfortablen Sitz.

Es sind **ausschneidbare und vorgestanzte** Varianten für Ileostomie, Kolostomie und Urostomie erhältlich.

Optional kann an den Beuteln ein **Gürtel befestigt** werden.

Hinweis: Konvexe Stomabeutel von Eakin® gibt es auch für Kinder!





**Die Auswahl,
die Sie brauchen.
Das Expertenwissen,
das Sie wünschen.**

Hollister Stoma-Zubehör

- Adapt Paste
- Adapt Hautschutzringe (plan und konvex)
- Adapt Hautschutzpuder
- Adapt Gürtel
- Hollister Hautschutzplatten



Bei der Wahl der richtigen Stomaversorgung – insbesondere bei Komplikationen – gibt es keine Standardlösung, die allen individuellen Anforderungen gerecht wird. Hollister hat ein breites Portfolio an Zubehör-Produkten, um eine speziell angepasste Lösung zu bieten.

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



© 2013 Hollister Incorporated. Hollister und Logo sowie Adapt sind Warenzeichen von Hollister Incorporated. „Hollister Stomaversorgung. Auf die Details kommt es an.“ ist ein Dienstleistungszeichen von Hollister Incorporated.

Urinprobe:

Harnstreifentests sollten an einer frisch gewonnenen Harnprobe erfolgen.

„Ältere Proben werden alkalisch“. Grund ist eine Ammoniak-Bildung infolge des bakteriellen Abbaus (EAUN, 2010).

Hinweis: Bei Urostomieträgern sollte die Urinprobe nicht aus einem bereits mehrere Stunden getragenen Versorgungsbeutel gewonnen werden.

„E. coli ist ein natürlicher Bewohner der Darmflora und wird deshalb in kleinen Mengen in Harnproben eines Stomas vorhanden sein.“ Harnstreifentest mit positivem Ergebnis zeigen ein nicht unbedingt aussagefähiges Ergebnis an. Eine Urinkultur mit Antibiotogramm wird bei Bedarf empfohlen (Eaun, 2010).

Medizinische Therapie:

- Therapie der Harnwegsinfektion
- pH-Werteinstellung
Achtung: Je nach Befund und Ursache der „Stein- oder Kristallbildung“ kann es nötig sein, den Harn anzusäuern ODER zu alkalisieren (Sinner 1998).
- Trinkmenge regulieren und entsprechende Hinweise auf harnneutrale Getränke oder Getränke und deren ansäuernde oder alkalisierende Wirkung geben.
Eine erhöhte Trinkmenge und somit erhöhte Harnausscheidung kann die Ansammlung von Urinkristallen vermeiden. Wichtig ist immer zu berücksichtigen, ob eine weitere Erkrankung die Flüssigkeitsaufnahme einschränkt.
- diätetische Empfehlungen über die alkalisierende oder ansäuernde Wirkung von Lebensmitteln (Sinner 1998)
- Behandlung mit 1 g Ascorbinsäure/Tag
- Evtl. Gabe von Ammoniumchlorid und Methemaninhippurat (Hiprex)
- Behandlung weiterer Störungen/ Krankheiten

Die Beschwerden, Symptome bei Urostomieträgern oder auch das Aussehen der „Kristalle“ werden in der pflegerischen Fachliteratur zur Stomatherapie wie folgt beschrieben:

- Kristalle bilden sich bei zu hoher Salzkonzentration (Fleischmann, 2011)
- (tastbare) an den Fingern schmerzende Kristalle, die zu einer Stenose des Urinstomas führen können (Wiesinger, Peters-Gawlik)
- leichte Blutung von Haut und Schleimhäuten (Wiesinger, Peters-Gawlik)

- Sichtbare Ansammlung von Konkrementen (aus dem Harn) (Wiesinger, Peters-Gawlik)

Ursachen die in der Stomapflege- oder Versorgung begründet sein können:

- zu lange Tragezeit der Urostomieversorgung
- zu „große“ Stomaversorgung, der Ausschnitt der Stomaversorgung ist nicht der Größe der Stomagröße angepasst
- fehlende Rücklaufsperrung des Urostomiebeckens
- Unzureichende Stomahygiene, hier wird die nicht korrekte Reinigung, Wischrichtung von der Haut zum Stoma, beschrieben

Ergänzend zur Therapie – Pflegerische Interventionen:

- Anpassung der Stomaversorgung: Tragezeiten der Basisplatte (2 bis 3 Tage) und des dazugehörigen Urostomiebeckens oder des einteiligen Beutelsystems (jeweils täglicher Wechsel), wenn keine weiteren Komplikationen vorliegen, nach den Leitlinien der FgSKW (2011)
- Überprüfen der Stomaversorgung, d. h. die Größe der Öffnung, Ausführung (plan/gewölbt oder konvex) ist anzupassen, ggfs. benötigtes Zubehör ist einzusetzen.
- Das Beutelsystem ist zu überprüfen, ob eine Rücklaufsperrung vorhanden ist (GKV Spitzenverband 2013). Stomabeutel nur mit Ablass, wie sie in der postoperativen Versorgung von Darmstomata benutzt werden sind nicht einzusetzen.
- Die Stomahygiene, die Reinigung, die Materialien und das Zubehör sind nach den Grundsätzen der Stomaversorgung anzupassen.
- 1 mal / Woche eine Kontrolle des pH-Wertes im Urin durchführen, bzw. Betroffenen darin unterweisen

Essig eine Lösung?

Eine häufig beschriebene pflegerische Maßnahme zur Behandlung vorliegender Harnkristallbildung im peristomalen Bereich sind Essigspülungen.

Sie werden in der Form beschrieben, dass Mull-Kompressen getränkt mit Haushaltessig (5%) und verdünnt mit Wasser, nach Abnehmen der Versorgung, unmittelbar, für längere Zeit aufgelegt, auf das Stoma und die umgebende Haut, die Kristalle auflösen (Feil-Peter, 2001).

Auch werden „Essig-Spülungen“ für die Zeit von 20 Min. erwähnt (Wiesinger).

In der Praxis funktioniert diese Anwendung. Der eingesetzte Essig neutralisiert die Urinkristalle und löst diese rückstandsfrei auf. Die stechenden Schmerzen durch die Reibung der Kristalle auf Schleimhaut und Haut bei der nachfolgenden Reinigung sind nicht mehr vorhanden. Eventuelle Mikro-Blutungen treten nicht mehr auf.

Nach Vergleich der unterschiedlichen Angaben bleiben aber folgende Fragen offen:

- Welcher Essig?
- Wenn von 5 %igem (Tafel-)Essig gesprochen wird, ist häufig Haushaltessig gemeint? Nicht jedoch Essigessenz (25% Säure) oder andere Essigsorten (2 bis 15 % Säure)?
- Darf aber ein „Nahrungsmittel“ wie Essig zur Behandlung einer peristomalen Komplikation eingesetzt werden? Grundsätzlich nicht.
- Die Begründung ist hierbei sehr einfach. Das Nahrungsmittel Essig liegt in einer unsterilen Zubereitung vor und darf schon aus hygienischen Gründen nicht bei Vorliegen einer peristomalen Komplikation an der Hautoberfläche des Menschen therapeutisch eingesetzt werden. Zweitens ist die Konzentration des Haushaltessigs sicherlich nicht verlässlich gesichert und mit geeigneten Verfahren geprüft. Insofern ist die therapeutische Zuverlässigkeit nicht gewährleistet. Wie kann aber durch Verdünnung im Verhältnis 1 EL Essig zu 4 EL Wasser oder anderer Angaben die richtige „Verdünnung“ hergestellt werden – oder kann der „Essig“ pur aufgetragen werden? Diese Fragen sind ausnahmslos nicht durch fundierte wissenschaftliche Untersuchungen geklärt und daher kann eine Verwendung von Haushaltessig zur Behandlung peristomaler Urinkristallbildung nicht empfohlen werden.

Fazit:

Auch wenn die Anwendungserfahrung die Wirksamkeit einer Behandlung peristomaler Harnkristallbildung bestätigt, darf aus den zuvor beschriebenen Gründen keine solche Anwendung durch Pflegeexperten SKW empfohlen werden. Dies muß bis zur wissenschaftlichen Überprüfung der Wirksamkeit dieser Behandlungsmethode Geltung haben.

Interessenskonflikt:

Die Autoren geben an, dass sie auf Grund ihrer freiberuflichen Berater-tätigkeit für Industrieunternehmen tätig sind und entsprechend für die jeweilige Beratungsleistung Honorare erhalten.

Literaturliste auf Anforderung bei den Autoren



*Gabriele Gruber, MSc
 GuK, ET(WC), MSc im Gesundheitswesen,
 ÖVQ-Qualitätsmanagerin
 MedicalSupport
 kontakt@gabriele-gruber.de*



*Werner Droste
 GuK, Enterostomatherapeut
 Beratung & Seminare
 werner.droste@gmx.net*

Gemeinsam Zukunft gestalten!

*Die Fachgesellschaft
 Stoma, Kontinenz und Wunde e.V.
 ist die Vereinigung
 von Pflegefachkräften
 für Stomatherapie,
 Kontinenzförderung
 und Wundbehandlung
 in all ihren Arbeitsbereichen.*

*Die Zielsetzung ist,
 innerhalb des
 multiprofessionellen Teams
 eine Versorgungsqualität
 und Qualitätssicherung
 auf hohem Niveau
 zu erreichen.*

Mitgliedschaft

Schließen Sie sich unserer starken Gemeinschaft an! Profitieren Sie durch die Mitgliedschaft und helfen Sie uns, in unseren vielfältigen Arbeitsgebieten. Gestalten Sie, wenn Sie möchten, direkt durch Ihre Mitarbeit die Zukunft der Fachgesellschaft Ihrer Experten-gruppe mit. Um mehr zu erfahren, besuchen Sie unsere Homepage:

www.fgskw.org

Dort finden Sie alle weiterführenden Informationen und das Beitritts-formular.

Unsere Medien – Ihr Wissen

MagSi® Magazin

Stoma, Kontinenz und Wunde. Drei Mal pro Jahr erscheint unsere Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung und Berufspolitik. Als Mitglied erhalten Sie das **MagSi® Fachmagazin** kostenfrei. Möchten Sie ein Abonnement ohne Mitgliedschaft? Die früheren Ausgaben mit Inhaltsverzeichnis der Themen und Autoren sowie einen Antrag für ein Abonnement finden Sie auf unserer Homepage.

Monatlich bietet Ihnen die **MagSi® InterAktiv** Informationen für Pflege, Fortbildung, Medizin und Berufspolitik. Eine Übersicht mit Inhaltsangabe der vergan-genen Ausgaben finden Sie ebenso, wie einen Antrag für ein kostenfreies Abonnement, auf unserer Homepage.

www.fgskw.org

Hier informieren wir Sie über unsere Arbeit, aktuelle und zukünftige Aktivitäten. Auch Aktuelles aus den Hand-lungsfeldern und dem Gesundheits-markt sowie Fachbeiträge, Buchempfeh-lungen und viel Interessantes mehr, stellen wir auf unserer Homepage zur Verfügung.



Pflichttermin für Pflegeprofis:

PFLEGE + HOMECARE LEIPZIG



PFLEGE + HOMECARE LEIPZIG

Fachmesse und Kongress für
ambulante, stationäre und klinische Pflege

15. bis 17. Oktober 2013



Bevor es in die Sommerferien geht, sollte man sich schon jetzt einen Termin im Herbst rot im Kalender markieren: Vom 15. bis 17. Oktober findet die PFLEGE + HOMECARE LEIPZIG statt. Eine Reise in die Messestadt lohnt sich, denn Top-Fortbildungen im Kongress und Highlights in der Messehalle erwarten die Besucher. In acht Ausstellungsbereichen zeigen Unternehmen ihre Produkte und im Fach- und Managementkongress werden Ideen für eine bestmögliche und kostendeckende pflegerische Versorgung diskutiert.

Die Fachmesse und Kongress für ambulante, stationäre und klinische Pflege war bereits bei ihrer letzten Veranstaltung ein voller Erfolg: 2011 kamen an drei Messe- und Kongresstagen 12.500 Besucher auf das Leipziger Messegelände. Nicht nur 262 Aussteller präsentierten sich, auch 270 Referenten stellten in 140 Veranstaltungen im Rahmen des Kongresses innovative Behandlungskonzepte und neue Methoden vor.

In diesem Jahr gliedert sich der Kongress in einen Management- und einen Fachkongress.

Pflegefachkräfte können sich im Fachkongress auf die vielseitigen Themen der pflegerischen Versorgung, Betreuung von Menschen mit Demenz und die Fragen der Arbeitsorganisation freuen. Für das Leitungspersonal werden im Managementkongress viele spannende Personalthemen, Referate zu Prozessoptimierung und Robotik in der Pflege geboten. Zudem sollten die Gäste der PFLEGE + HOMECARE auch die Zusatzveranstaltungen nicht verpassen: Hier erwarten sie unter anderem den 2. Mitteldeutschen Kongress für klinische Intensivpflege und die Fachveranstaltungen „Pflege und Behinderung“ sowie „Selbstbestimmt Wohnen im Alter“. Die Angebotsbereiche der Fachmesse wurden in diesem Jahr auf acht erweitert. Freuen kann man sich schon jetzt auf die Angebotsbereiche „Klinik, Pflege, Homecare“, „Reha, Therapie und Beschäftigung“, „Berufswelt Pflege“, „Textilien, Hygiene, Reinigung“, „Bauen, Einrichten, Ausstatten“, „IT, Organisation, Kommunikation“, „Mobile Pflege“ und den „Marktplatz der Innovationen“. Das Messeprogramm runden Aktionsflächen, Vortragsforen und die neue Sonderschau „RAUM + DESIGN“ ab. 2013 findet die Messe erstmals in der Messehalle 2 statt, die direkt an das Congress Center Leipzig angrenzt. Dadurch werden nicht nur die Wege kürzer, sondern auch der Wechsel zwischen Kongress und Messe den Besuchern der PFLEGE + HOMECARE erleichtert. Tickets kann man sich ab dem 01. Juli online unter www.pflege-homecare.de sichern.



Aktualisierung der AWMF- Leitlinie "Kolorektales Karzinom" veröffentlicht

Die lang erwartete Aktualisierung der AWMF-Leitlinie "Kolorektales Karzinom" wurde in diesen Tagen veröffentlicht.

Auf der Website der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) finden Interessierte eine Kurz- und eine Langform der aktualisierten S3-Leitlinie, sowie einen Leitlinienreport und einen Evidenzbericht.

Unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) wurde die aktualisierte Leitlinie mit einem Gültigkeitsdatum bis zum 31.12.2014 veröffentlicht.

Die Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde begrüßt sehr, dass in dieser Aktualisierung der S3-Leitlinie die Durchführung der präoperativen Beratung und Markierung der optimalen Stomaposition bei geplanten Eingriffen als Empfehlung formuliert wurde.

Die FgSKW e.V. hatte im Jahre 2011 im Rahmen einer Online Umfrage unter Pflegeexperten hier einen deutlichen Handlungsbedarf in der regelmäßigen

Durchführung der präoperativen Stomamarkierung festgestellt. In der Folge wurde aus diesem Grunde durch eine Arbeitsgruppe der FgSKW e.V. die „Handlungsanweisung präoperative Stomamarkierung“ erarbeitet und veröffentlicht.

(Download unter: www.fgskw.org)

Was ist nun genau in der aktualisierten Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ formuliert?

Auf der Seite 115 der Langfassung dieser Leitlinie finden sich die folgenden Empfehlungen:

7.41.	Konsensbasierte Empfehlung	2013
GCP	Die Stomaanlage soll möglichst frühzeitig vor der Operation mit dem Patienten besprochen und geplant werden.	
	Starker Konsens	

7.42.	Empfehlung	2013
GCP	Die Stomaposition soll präoperativ angezeichnet werden.	
	Konsens	

7.43.	Empfehlung	2013
GCP	Die Ileostomie sollte prominent angelegt werden (> 1 cm). Die Kolostomie sollte leicht erhaben angelegt werden.	
	Starker Konsens	



Aus Sicht der Stomabetroffenen und der Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde ist es ausdrücklich zu begrüßen, dass die präoperative Beratung und Durchführung der Stomamarkierung hier in dieser besonderen Form in die Leitlinie hineinformuliert wurde.

So erhält diese für, die spätere Versorgungssituation der Betroffenen und deren damit eng verknüpfte Lebensqualität, enorm wichtige Prozedur einen höheren Stellenwert.

Gleichzeitig ist es zu begrüßen, dass auch die Forderung nach einer prominenten Ausführung der Stomaanlagen ausdrücklich formuliert und mit einem „starken Konsens“ formuliert wurde.

Die FgSKW e.V. begrüßt es außerdem, dass in den begleitenden Erläuterungen zu diesen Empfehlungen die Leistung der Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde im Behandlungs- und Rehabilitationsprozess durch mehrere Studien evident belegt wird: „Durch die präoperative Stomamarkierung und Einsatz von Stomatherapeuten konnte in einzelnen Studien eine Senkung der postoperativen Stoma-Komplikationsrate gezeigt werden [636, 637]. Des weiteren konnte in einer prospektiven Studie gezeigt werden, dass die präoperative Stomaberatung

die postoperative Versorgung vereinfacht [638].“

An dieser Stelle sei auch ausdrücklich den Vertretern der Selbsthilfeorganisationen, allen voran der Deutschen ILCO e.V. gedankt, die mit ihren Stellungnahmen zu diesen Formulierungsergebnissen beigetragen haben.

Die Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. wird durch Unterstützung von pflegewissenschaftlichen Forschungsprojekten dazu beitragen, den Nutzen der Stomatherapie durch Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde für die Betroffenen zu belegen. Dies wird zukünftig auch durch die enge Kooperation der FgSKW e.V. in allen Fragen pflegewissenschaftlicher Forschung mit dem neu gegründeten „Verein zur Förderung der Forschung in der Pflege“ geschehen. Hier stehen bereits erste gemeinsame Forschungsprojekte vor der Umsetzung.

Quellen:

1. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/021-0070L.html>
2. <http://www.fgskw.org/aktuelles/forschungsprojekte/umfragen-und-ergebnisse/ergebnisse-zur-onlineumfrage-stomamarkierung.php>

Werner Droste

irrimed classic

Der akkubetriebene Irrigator für stuhlinkontinente Patienten sowohl zur Stoma- als auch zur rektalen Darmspülung



**Dipl.-Ing. H. Schaefers
Medizintechnik GbR**

- mit Li-Ion Akku 2,6 Ah
- langer Pumpenlaufzeit
- Schnelllader für kurze Ladezeiten
- Netzspannung 100 bis 240 Volt
- große digitale LCD Temperaturanzeige

Borkener Str. 50
46342 Velen - Ramsdorf

Tel.: 02863 95024 info@schaefers-medizintechnik.de
Fax: 02863 95025 www.schaefers-medizintechnik.de



Erste Fortbildung zur Zertifizierung durch die FgSKW e.V. im Jahr 2013

Am 13. Juli startete der erste Programmteil des Fortbildungsangebotes der FgSKW e.V. zur Zertifizierung der Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde in Dortmund.

Das Programm sah für den ersten Tag ein Update in der Stomatherapie vor.

Gabriele Gruber vermittelte als sach- und fachkundige Referentin Hintergrundinformationen, aktuelle Neuerungen und Informationen zu vielen Themen der Stomatherapie. Leitlinien-Programme, Expertenstandards, Zertifizierungsanforderungen für Organkrebszentren und daraus entstehende Anforderungen für die Pflegeexperten waren Inhalt des Fortbildungsangebotes.

Die Versorgung von Menschen mit Stomaanlage mit konvexen Produkten und Zubehör folgte im Verlauf des Tages. Grundlage für die Bearbeitung des Themas stellte der Entwurf zur neuen Handlungsempfehlung „Konvexe Versorgung“ der FgSKW e.V. dar. Die umfassende Darstellung der aktuellen Projekte der FgSKW im Handlungsfeld Stomatherapie füllte den Rest des Fortbildungstages.

Der zweite Tag stand thematisch unter der Überschrift „Update Wundmanagement“ und wurde durch den Referenten Hanjo Fröhlich aus Essen gestaltet. Inhaltlich ging es unter anderem um die Umsetzung des Nationalen Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ und „Dekubitusprophylaxe in der Pflege“.

Aktuelle Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten chronischer Wunden nach medizinischen Leitlinien und der Gebrauch von Pflegediagnosen im

Wundmanagement folgten im Verlauf der Veranstaltung. Im Mittelpunkt standen insbesondere die Beratungsaufgaben der Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde. Ein Themenschwerpunkt des Nachmittages waren die Versorgungsmöglichkeiten bei offenem Abdomen und komplizierten Bauchwunden.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fortbildungsveranstaltung beteiligten sich in engagierten Fachdiskussionen an der Bearbeitung der Themen. Die anfänglich zurückhaltende bzw. kritische Haltung mancher Teilnehmer bezüglich der Notwendigkeit der Zertifizierung, wandelte sich im Laufe der Veranstaltung in eine sehr positive Grundhaltung bezüglich der Programminhalte, der Zusammenstellung und der Qualität der Referentin und des Referenten. Und auch der kollegiale

Austausch zu strukturellen und organisatorischen Umsetzungen des pflegefachlichen Behandlungsprozesses wurde von den teilnehmenden Expertinnen und Experten ausführlich genutzt.

Brigitte Sachsenmaier & Werner Droste





11. Oktober 2013

8. Konsensus-Konferenz in der Pflege

Hochschule Osnabrück
Postfach 1940,
49009 Osnabrück
Tel: +49 (0)541/969-2004,
Fax: -2971
E-Mail: dnqp@hs-osnabrueck.de
Internet: www.dnqp.de



10. und 12. Oktober 2013

1. Wund-D.A.CH Dreiländerkongress 2013 in Friedrichshafen

Wund-D.A.CH
Präsident:
Prim. Univ.-Doz. Dr. med. Robert Strohal
Sekretariat:
Mag. Ilona Fuchs, IFC – Ilona Fuchs Congress
Postfach 6, 1106 Wien
Tel.: +43-1-602 25 48
Fax: +43-1-602 25 48-90
E-Mail office@wund-dach.org



11. und 12. Oktober 2013

ElbeGespräche, Dresden

08. und 09. November 2013

WinterGespräche, Tübingen
DER ONKOLOGISCHE PATIENT IM MITTELPUNKT
Nationale Gesundheitsakademie GmbH
Claire-Waldoff-Str. 3
10117 Berlin
Tel.: 030 65 21 26-200
Fax: 030 65 21 26-112
E-Mail: info@ng-akademie.de
www.nationalegesundheitsakademie.de



15.-17. Oktober 2013

PFLERGE + HOMECARE LEIPZIG

Leipziger Messe GmbH
Projektteam PFLERGE + HOMECARE LEIPZIG
Tel.: +49 341 678-8233
Fax: +49 341 678-8262
E-Mail: info@pflege-homecare.de
www.pflege-homecare.de



7. bis 8. November 2013

12. Bad Kissinger Akademiegress Hygiene-Wunde-Pflege in Bad Kissingen

Förderverein Gesundheitszentrum
Bad Kissingen e.V.
Salinenstraße 4a
97688 Bad Kissingen
Tel.: (09 71) 6 99 19 09 - 0
Fax: (09 71) 6 99 19 09 - 19
E-Mail:
info@foerderverein-gesundheitszentrum.de
www.hygieneakademie.de



8. und 9. November 2013

25. Kongress 2013, Hannover

Deutsche Kontinenz Gesellschaft e. V.
Friedrich-Ebert-Straße 124
34119 Kassel
Tel.: (05 61) 78 06 04
Fax: (05 61) 77 67 70
E-Mail: info@kontinenz-gesellschaft.de
www.kontinenz-gesellschaft.de



22. und 23. November 2013

4. Internationaler Wundkongress

Universitätsklinikum Regensburg
Prof. Dr. Hans J. Schlitt
Klinik und Poliklinik für Chirurgie
D-A-CH-EE
Verein der Freunde und Förderer der Pflege am Universitätsklinikum Regensburg e.V.
Thomas Bonkowski,
Thomas Wiesbeck
Telefon: +49 (0)941-944-6933 / -4478
Telefax: +49 (0)941-944-6952
E-Mail: Thomas.Bonkowski@ukr.de



22. März 2014

7. Freiburger Wundsymposium Wunde, Palliativmedizin, Burn-out - Know-How für die Praxis in Freiburg

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1
07745 Jena
Tel.: +49 (0)3 64 13 11 60
Fax: +49 (0)3 64 13 11 62 41
www.conventus.de



15. und 17. September 2013

3-Länderkonferenz Pflege & Pflegewissenschaft 2013, Konstanz

Peter Tackenberg, Susanne Adjei
DBfK Bundesverband e.V.
Alt-Moabit 91
D-10559 Berlin
Tel.: +49 (0)30-219157-0
E-Mail: dbfk@dbfk.de
E-Mail: info@3-laenderkonferenz.eu
www.3-laenderkonferenz.eu

WUNDKONGRESS 2013

20. und 21. September 2013

Wundkongress 2013

KelCon GmbH
Liebigstraße 11
63500 Seligenstadt
Fon: +49 (0)6182-9 46 66 17
Fax: +49 (0)6182-9 46 66 44
j.mattner@kelcon.de
www.wundkongress-koblentz.de



20. und 21. September 2013

4. Tagung der Initiative stoma 2020 in Leipzig

GHD GesundHeits GmbH Deutschland
Fritz-Reuter-Straße 2
22926 Ahrensburg
Tel.: 04102 / 51 67-325
Fax: 04102 / 51 67-721
Service-Hotline: 0800 / 51 67 000
E-Mail: info@gesundheitsgmbh.de
www.stoma2020.de

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. 62 · 08/2013



Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe – Bundesverband e.V.
Bundesverband
Alt-Moabit 91
10559 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



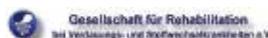
Deutsche Morbus Crohn / Colitis ulcerosa Vereinigung – DCCV – e.V.
Bundesgeschäftsstelle:
Inselstraße 1, 10179 Berlin
Tel.: 030/2000392-0
Fax: 030/2000392-87
Internet: http://www.dccv.de



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



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



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



Lassen Sie Sich von Ihrem Hautgefühl leiten



Harmony Duo
with Flexifit® Flange & Aloe Extracts



Confidence Natural
WITH ALOE EXTRACTS

Weich und geschmeidig durch Aloe Vera

Salts Healthcare ist es gelungen, die hervorragenden Eigenschaften der Aloe Vera, mit dem hydrokolliden Hautschutz seiner Produktlinien Confidence© Natural und Harmony© Duo zu verbinden.

Dafür wurde Salts Healthcare als einziger Hersteller von Stomaprodukten von der Britischen Stiftung für Hauterkrankungen ausgezeichnet. Der für die ausgezeichneten hautfreundlichen Eigenschaften bekannte Aloe-Vera-Extrakt in dem hydrokolloiden Material schützt, pflegt und spendet der sensiblen Haut um das Stoma Feuchtigkeit.

Wir sind stolz darauf, ein umfassendes Sortiment an Stoma-Hautschutzprodukten sowie Zubehör exklusiv auf dem deutschen Markt anbieten zu können.

Lernen Sie auch die einzigartigen fünf-flügelige Hautschutz- und Basisplatte kennen, die sich optimal und flexibel den Gegebenheiten und Konturen der Hautoberfläche anpassen kann. Sie ist dadurch ideal für den Einsatz bei Hernien aber auch dank des Aloe Vera Extrakts für jede andere Versorgungsnotwendigkeit.

Die Stomaproducte von Salts Healthcare weisen im Detail noch viele hervorragenden Eigenschaften auf, die nun endlich auch den deutschen Stomaexperten und Anwendern zur Verfügung stehen.

Verbinden Sie Wirtschaftlichkeit mit Versorgungsqualität gerade auch bei pauschalierten Vergütungssystemen.

Fordern Sie am besten sofort unseren Katalog an und überzeugen Sie sich von den erstklassigen Produkten.

StomaTec GmbH | Vertriebspartner für Stomaexperten
Rudolf-Diesel-Str. 24a | 49479 Ibbenbüren | 05451/5015120
info@StomaTec.de | www.StomaTec.de

Vertriebspartner für Medizinprodukte von **SALTS HEALTHCARE**



Angelika Ammann, Tim Ammann

Rückengerechtes Arbeiten im OP

Leitfaden für eine gesundheitsfördernde Arbeitsweise

Schweres Heben und Tragen, langes Stehen in gebückter Haltung, verkrampte Körperhaltungen am Tisch. Das Personal im OP wird jeden Tag extrem gefordert, nicht nur in seiner beruflichen Kompetenz, sondern vor allem auch in seiner körperlichen Belastbarkeit!

Die Autoren zeigen, wie arbeitsbedingte Belastungen durch geeignete Konzepte, Techniken und kleine Hilfsmittel reduziert werden können und erläutern die Bedeutung der Ergonomie im OP anhand von Praxisbeispielen. Komplettiert wird das Buch durch Übungen, die sich im Alltag – sogar während der Arbeit – durchführen lassen und den Rücken ganz erheblich entlasten.

Aus dem Inhalt:

- Sicherheit und Gesundheit im Operationssaal (SIGOS)
- Ausgangssituation im OP
- Arbeitsergonomie, Bewegungsanalyse
- Rückenbelastungen im OP
- Patiententransfers/Entlastungsmöglichkeiten/Praxisbeispiele
- Lagerungshilfsmittel
- Kinästhetik im OP
- Einsatz kleiner Hilfsmittel
- Möglichkeiten der körperlichen Kräftigung (Übungen dynamisches Stehen etc.)

Die Autoren

Angelika Ammann ist Gesundheits- und Krankenpflegerin sowie Gesundheitswissenschaftlerin (Master of Public Health

MPH). Sie führt seit fast 20 Jahren Fortbildungen zum Thema „Rückengerechte Arbeitsweise“ in Einrichtungen des Gesundheitswesens und in Ausbildungsstätten in der Pflege und Fachweiterbildung durch.

Tim Ammann ist diplomierte Sportwissenschaftler. Er war bereits während seines Studiums in verschiedenen Einrichtungen für die Betreuung von Rehabilitationsmaßnahmen verantwortlich. Seit 2010 arbeitet er als Gesundheitsberater beim Institut für Gesundheit und Management (IfG).



Angelika Ammann

Rückengerechtes Arbeiten in der Pflege

Leitfaden für gesundheitsfördernde Transfertechniken

Umlagern, Bewegen und Mobilisieren von Patienten sind tägliche Arbeiten der Pflegekräfte. Doch viel zu oft setzen sie Hilfsmittel falsch ein oder verwenden ungeeignete Techniken. Nicht zuletzt deshalb leidet jede dritte Pflegekraft unter Rückenschmerzen. Doch dagegen lässt sich etwas tun!

Die Autorin beschreibt anhand von praktischen Beispielen die häufigsten Transfersituationen. Techniken und Hilfsmittel stellt sie aus Sicht der Pflegekräfte dar. So bleibt rückengerechtes Arbeiten nicht dem Zufall überlassen, sondern folgt aus einer bewussten Verhaltensänderung. Die Verknüpfung von kinästhetischen Elementen und die Anwendung geeigneter Hilfsmittel machen diesen Leitfaden zu einer praktischen Hilfe im Pflegealltag.

Aus dem Inhalt:

- Allgemeine Voraussetzungen für rückengerechtes Arbeiten
- Bewegen des Patienten im Bett
- Transfer des Patienten aus dem Bett auf einen Stuhl
- Umlagern des Patienten von Bett zu Bett
- Transfer im Raum
- Vorstellung kleiner Hilfsmittel
- Kinästhetik und Bobath®-Konzept
- Unfallverhütungsvorschriften für den Gesundheitsdienst

Die Autorin:

Angelika Ammann ist Gesundheits- und Krankenpflegerin sowie Gesundheitswissenschaftlerin (Master of Public Health MPH). Sie führt seit fast 20 Jahren Fortbildungen zum Thema „Rückengerechte Arbeitsweise“ in Einrichtungen des Gesundheitswesens und in Ausbildungsstätten in der Pflege und Fachweiterbildung durch.



**HIER könnte auch IHR
Buchbeitrag
veröffentlicht werden.**

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

info@fgskw.org

Folgende Weiterbildungsstätten bieten die Weiterbildung zum „Pflegeexperten Stoma Kontinenz 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
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
www.daa-kassel.de

maxQ. im bfw –
Unternehmen für Bildung
Frau Dr. Hiltrud Kleinschmidt
Niddastr. 98 – 102
60329 Frankfurt am Main
Tel.: 069 24 26 05 30
Fax: 069 24 26 05 34
E-Mail: frankfurt@maxq.net
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
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
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
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
www.segema.de

Diakonisches Institut
für Soziale Berufe 

Stoma & Lifestyle

Etwas „Anderes“ sollte es sein, dachten sich die Teilnehmer einer Projektgruppe am Diakonischen Institut für Soziale Berufe in Dornstadt. Die im Rahmen der Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma/Kontinenz/Wunde gebildete Projektgruppe (A. Berkowitz, D. Kulik; N. Berner, S. Huber, A. Preuß) hat sich über das Leben mit einem Stoma Gedanken gemacht. Da es bisher keine zeitgemäßen Taschen für den Stomaträger gibt, in der alltägliche Dinge, sowie Stomamaterialien separat untergebracht werden können, war die Idee schnell geboren. Trendige aber praktische Taschen für jeden Anlass und jede Altersgruppe sollten es sein: für Männer, Frauen und Kinder. In Kooperation mit zwei Berufsschulklassen der Mathilde Weber Schule in Tübingen wurden erst einmal die Lehrer, dann die Schüler für dieses Thema begeistert. Diese unterstützten sodann die Projektgruppe mit ihren näherischen Begabungen, so kamen kreative und für den Stomaträger praktikabel nutzbare Taschen zu Stande. Eine Besonderheit dieser Taschen ist z. B. der integrierte Spiegel, der vor allem unterwegs gut genutzt werden kann.

Alle waren nun im Stoma-Taschen Fieber und so konnten die Werke am 15. Juli 2013 am 2. Regensburger Stomatag in der Uniklinik vorgestellt

werden. Viele Stomafachkräfte sowie auch Betroffene, konnten dort von dem Projekt begeistert werden. Es war eine rundum gelungene Veranstaltung.

Besondere „Eyecatcher“ waren dazu die Bodypainter-Bilder, die sich die Projektgruppe ebenfalls einfallen ließ. Dazu wurden gestellte Stomabetroffene zu dem Taschendesign gepaintet und fotografiert. So kamen schöne Bilder zustande, welche der Ausstellung ihren Schliff verlieh.

Das Ziel, welches sich die Projektgruppe Stoma & Lifestyle anfangs gesetzt hatte, war somit erreicht: „Aufmerksamkeit für das Thema Leben mit einem Stoma“. Und wer weiß: vielleicht können die Taschen auch bald käuflich erworben werden? Somit war die Taschenreihe „Stobag“ geboren und wurde gleichzeitig rechtlich geschützt.

Ein herzliches Dankeschön geht an die Lehrer und Schüler der Mathilde Weber Schule in Tübingen und an alle Sponsoren, ohne deren Mitarbeit und Unterstützung dieses Projekt gar nicht möglich gewesen wäre.

Die Projektgruppe Stoma & Lifestyle

Kulik/Berkowitz/Preuß/Huber/Berner



Bilder: Diakonisches Institut; FgSKW e.V.



Mit Wissen gestärkt und fit für die Zukunft!

Abschluss der Weiterbildung Stoma Kontinenz Wunde am Diakonischen Institut für Soziale Berufe in Dornstadt am 16. April 2013

Auch in diesem Jahr fand wieder der Abschluss der Weiterbildung Stoma Kontinenz Wunde statt. Die Teilnehmer präsentierten ihre Facharbeiten einem geladenen Publikum. Mit dieser Präsentation ist der letzte Prüfungsanteil der zweijährigen Weiterbildung absolviert und wir dürfen 15 neue Kolleginnen und Kollegen begrüßen und ganz herzlich beglückwünschen. Zu den Gästen zählten Kollegen und Kolleginnen, Gäste aus dem persönlichen Umfeld der "neuen" Pflegeexperten, sowie Arbeitgeber, Praxisstellenleiter, Herstellerfirmen und Vertreter der

Berufsverbände. Mit diesem Tag geht für die neuen Kolleginnen und Kollegen eine schöne Zeit des Lernens, der Begegnungen und Entwicklungen, aber auch eine Zeit mit hohen Anforderungen zu Ende. Ich wünsche Allen, dass sie die erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten sinnbringend in ihr persönliches Arbeitsfeld integrieren können und ich wünsche eine spannende Zeit und viele neue Erfahrungen und natürlich auch die Ruhe, Gelassenheit und Muße, die während der Zeit der Weiterbildung auf der Strecke geblieben ist.

Brigitte Sachsenmaier





Pflegeexperten

Stoma-Kontinenz-Wunde

schließen an der
Akademie für
Gesundheits-
berufe am
Mathias-Spital
in Rheine ihre
Weiterbildung
ab



Die Akademie für Gesundheitsberufe in Rheine begann 2010 erstmalig mit der Weiterbildung von Pflegeexperten, die in 740 Unterrichtsstunden über zwei Jahre dazu qualifiziert wurden Kinder, Erwachsene und ältere Menschen mit Stoma, mit Inkontinenz und mit chronischen Wunden individuell zu beraten, betreuen und pflegerisch zu versorgen. Die erste Teilnehmergruppe, aus dem gesamten Bundesgebiet stammend, schlossen nun mit der Präsentation ihrer Abschlussarbeiten vor Fachleuten, den Vertretern der Fachgesellschaft

Stoma-Kontinenz-Wunde (FGSKW e.V.), einem Vertreter des Weltverbandes der Enterostomatherapeuten (WCET) und einer Vertreterin der Selbsthilfeorganisation ILCO die Weiterbildung erfolgreich ab.

Ein neuer Weiterbildungslehrgang, mit sehr großem Teilnehmerzulauf, beginnt noch in diesem Monat. Diese Weiterbildung zum „Pflegeexperten Stoma-Kontinenz-Wunde“ ergänzt die vielfältigen Bildungsangebote der Akademie für Gesundheitsberufe in Rheine um einen wesentlichen Baustein.

Das Bild zeigt die Absolventen der Weiterbildung zusammen mit Anja Tork von der FGSKW e.V., Hans-Jürgen Markus vom WCET, dem berufsfachlichen Leiter Olaf Hagedorn (2. von rechts), Enterostomatherapeut aus der Raphaels-Klinik Münster und dem pädagogischen Leiter Andreas Holtmann (1. v. re) von der Akademie für Gesundheitsberufe Rheine.

Andreas Holtmann

Bild: Andreas Holtmann

SpeediCath® Compact Set erhält renommierten Designpreis

Coloplast setzt neue Maßstäbe in der Kathetergestaltung. So lautet die Botschaft der Jury des renommierten red dot design awards, die das Design des SpeediCath® Compact Sets als ikonisch, klar und nicht stigmatisierend beschreibt.

Der red dot design award ist ein international renommierter Preis für Produktdesign, der seit 1955 alljährlich vergeben wird. Bei diesem Verbraucherpreis stehen die Anwenderfreundlichkeit und Ästhetik der Produkte im Fokus. Eine Jury aus namhaften Designexperten aus aller Welt bewertet die über 11.000 eingereichten Produkte aus mehr als 60 Ländern und wählt die Preisträger aus.

Bei dem aktuell ausgezeichneten SpeediCath® Compact Set handelt es sich um einen kompakten Katheter mit integriertem sterilen Urinbeutel. Dank seiner einzigartigen Beschichtung ist der Einmalkatheter sofort und überall gebrauchsfertig.

„Natürlich ist es für jeden Designer eine Ehre, wenn sein Design gewürdigt wird“, sagt Marlene Corydon, Senior Project Manager bei Coloplast.

„Ich freue mich sehr, dass wir eine Lösung entwickelt haben, die realen Menschen einen ganz realen Wert bringt. Verglichen mit herkömmlichen Kathetern, die in der Öffentlichkeit leicht unerwünschte Aufmerksamkeit auf sich ziehen können, ist das SpeediCath® Compact Set ein diskretes, nicht stigmatisierendes Hilfsmittel. Jetzt wird nicht jeder zufällige Blick in die Handtasche gleich zu einer peinlichen Situation.“

Coloplast Design DNA

Der SpeediCath® Compact Set Katheter wurde nach der Coloplast Design DNA entwickelt. „Die Coloplast Design DNA ist gewissermaßen eine Philosophie.

Wir wollen mit ihr Produkte mit klarer Coloplast-Identität entwickeln, die Anwendern eine zuverlässige und konsistente Erfahrung bieten. Sie generiert die nötige Kreativität und gibt unseren Produkten eine Richtung“, erklärt Marlene Corydon.

„Unsere Design DNA ist keine Schritt-für-Schritt-Anleitung. Vielmehr erlaubt sie uns, bei jeder Neuentwicklung unser ureigenstes Designkonzept zu realisieren. Wir kreieren ein klares und eindeutig erkennbares Coloplast-Erlebnis, indem wir vom ersten Moment an Design denken.“

Das Designteam des SpeediCath® Compact Set wird die Auszeichnung im Juli 2013 entgegennehmen. Die ausgezeichneten Produkte werden im red dot design museum in Essen ausgestellt.

PharmaCare – medizinische Hilfsmittel, zuverlässig und herstellerneutral

Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen ein lebenswerteres Leben ermöglichen – das ist unser Ziel. Als bundesweit tätiges Homecare-Unternehmen mit dem Schwerpunkt der Inkontinenzversorgung versorgen wir täglich hunderte Menschen herstellerneutral mit medizinischen Hilfsmitteln wie Einmalkatheter, Urinalkondomen und aufsaugenden Produkten. Zudem beraten und beliefern wir unsere Kunden mit Produkten zur Versorgung bei Stuhlinkontinenz.

Egal welches Krankheitsbild, oder wie hoch die Zahl der Betroffenen auch ist, häufig sind Themen wie Harn- oder Stuhlinkontinenz immer noch ein Tabu bei Betroffenen. Um die Situation für die Patienten einfacher zu gestalten, sind unsere Mitarbeiter bestens geschult und verfügen auch über die notwendige Sensibilität im Umgang mit dem Thema.

Der Kunde steht im Mittelpunkt

Für uns stehen die Kunden sowie deren zuverlässige Versorgung im Mittelpunkt unserer täglichen Arbeit. Unsere Mitarbeiter, die wir auch Kundenmanager nennen, bauen durch persönliches Engagement und regelmäßige Fortbildungen ihre Kompetenzen kontinuierlich aus. Dieses Wissen ermöglicht eine individuelle Beratung und Betreuung aller im Rahmen der Patientenversorgung anfallenden beratenden und administrativen Aufgaben. Durch unsere optimierten Kooperationsmodelle, die hohe Qualität mit Wirtschaftlichkeit verbinden, erreichen wir nachhaltige Versorgungssicherheit und Zufriedenheit bei Patienten und Kostenträgern.



„Stoma-Navigator“



Die Wegimed GmbH stellt aktuell einen „Stoma-Navigator“ als kostenfreie App für Smartphones und Tablets zur Verfügung. Diese App kann nach Öffnen der URL: www.wegimed.de/app dem Homebildschirm zugefügt werden. Selbstverständlich funktioniert die Anwendung auch mit jedem Browser auf Ihrem Desktop-PC. Sie werden Schritt für Schritt zum passenden Welland-Produkt geführt. Testen Sie diese neue, innovative Möglichkeit der Produktsuche.

Darmmanagement – zurück ins Leben

PharmaCare bietet beispielsweise mit Peristeen und Qufora zwei gut verträgliche Lösungen zum Thema Stuhlinkontinenz, die den Patienten eine schnelle und zuverlässige Rückkehr in den Alltag ermöglichen. Die von uns vertriebenen Lösungen sind im Gegensatz zu vielen medikamentösen Methoden, frei von Nebenwirkungen und ermöglichen Dank der zuverlässigen und portablen Anwendung eine schnelle Rückkehr in den Alltag und tragen so häufig zu mehr Lebensqualität bei.

Meine Tasche & ich

Stylingberatung für StomaträgerInnen

Mein Angebot

Mit meiner langjährigen Erfahrung als Stylistin, Farb und Stilberaterin unterstütze ich Sie gerne

- Vor Ihrem Schrank: Für eine optimale Schrank-Ordnung und den Inhalt.
- Vor Ihrem grossen Spiegel: Was sind meine neuen Wohlfühlkombinationen?
- Vor Ihrem Badezimmerspiegel: Welche Frisur, welche Brille, welches Make-Up passt zu mir?
- Vor Ihrem Einkauf: Welche Farben machen mich sichtbar frischer und vitaler?
- Vor der Kasse: Was brauche ich wirklich und wo finde ich das Richtige?

Stylingberatung für StomaträgerInnen

Ein Stoma bedeutet eine neue Chance – doch am Anfang auch eine grosse Last. Ohne diesen Beutel geht es nicht mehr – doch mit ihm geht es auch nicht mehr. Er macht unsicher, er macht Arbeit, er macht Angst. Als Stylistin kenne ich Freudlosigkeit an der eigenen Erscheinung auch von meinen Kundinnen und Kunden ohne Stoma. Die Nase ist zu gross, der Busen zu klein und die Schultern sind zu schmal. Und ich stelle immer wieder fest: Auch ein Couture-Kleid macht

nicht schön, wenn man sich selber nicht schön fühlt.

Sich gut und schön fühlen beginnt im Kopf. Bei der Eigenliebe.

Wenn man in den Spiegel schaut und sich selbst sagt: «Ja, das bin ich. Ich trage Kleider, in denen ich mich wohl fühle. Farben, die mir stehen und mich vital wirken lassen. Und ich habe einen Modestil, der zu mir passt und mir und anderen gefällt.»

Darum ist gutes Aussehen so wichtig – es stärkt das Selbstbewusstsein, Lebensfreude entwickelt sich, Ausstrahlung entsteht.

Gerne begleite und unterstütze ich Sie mit meinem Wissen und meiner Erfahrung bei Ihren Fragen rund um Ihre Garderobe und Ihr Äusseres. Vor Ihrem Schrank daheim, als Beraterin wenn es um Frisur, Brillen oder Make-up geht. Oder als Einkaufsbegleiterin an Ihrer Seite.



Meine Person

Als Redaktorin von vielen «Vorher-Nachher»-Beiträgen und persönliche Stylistin von Privatkunden bin ich (48) immer wieder fasziniert von der Wirkung, die Materialien, Farben, Schnitte und Proportionen haben können. Ein paar gute Basisteile, die perfekt sitzen, und eine schöne Qualität sind die Zutaten für gutes Aussehen. Und lassen sich mit etwas Kreativität vielseitig kombinieren. Auch mit einem Stoma.

Meine Leitgedanken und meine Partner

Das Äussere eines Menschen ist das Spiegelbild seiner Seele. Geht es ihm nicht gut, sieht man ihm das an. Und umgekehrt: Bin ich mit mir und meinem Spiegelbild zufrieden, fühle ich mich gleich besser. Und das ist die beste Medizin. Mein Angebot richtet sich nach den individuellen und speziellen Bedürfnissen meiner Kundinnen und Kunden. Meine Arbeit ist diskret, Angaben

bleiben vertraulich, ich arbeite selbstständig und unabhängig.

Fachlich begleitet und unterstützt werde ich bei meiner Arbeit von der Schweizerischen Vereinigung der StomatherapeutInnen SVS, Patienten-Organisationen wie der ILCO und den führenden Herstellern von Medizinalprodukten für Stomaver-sorgungen.

Denise Yannoulis
Sillerwies 14
8053 Zürich
Tel. 044 381 00 10
www.meine-tasche-und-i.ch

SALTS-Stomaversorgungsprodukte ab sofort exklusiv in Deutschland!

Die Stomatec GmbH – Vertriebspartner für Stomaexperten in Ibbenbüren übernimmt ab sofort bundesweit den exklusiven Vertrieb der Stomaversorgungsprodukte der Fa. SALTS Healthcare in Birmingham, UK.

SALTS Healthcare ist ein in Birmingham (United Kingdom) ansässiges Familienunternehmen mit einer langjährigen Expertise in der Herstellung von Versorgungsprodukten für stoma-betroffene Menschen.

In engem und vertrauensvollem Kontakt zu Pflegefachkräften, Medizinerinnen und Betroffenen ist im Laufe der Jahrzehnte ein umfangreiches und vielseitiges Produktangebot entstanden, welches bislang in Deutschland nicht zur Verfügung stand.

Ab sofort ist dieses Produktangebot durch den Vertrieb der Firma Stomatec

GmbH – Vertriebspartner für Stomaexperten in Ibbenbüren als exklusivem Vertriebspartner der SALTS-Healthcare Produkte für Deutschland zu erhalten. Was ist das Besondere an diesem Produktsortiment? Betroffene und Pflegefachkräfte finden hier im Produktangebot der SALTS Stomaversorgungsprodukte ein umfangreiches Sortiment an Versorgungsprodukten für die unterschiedlichsten Versorgungsanforderungen. Die Versorgung einer Kolostomie, Ileostomie oder Urostomie erfolgt entweder einteilig mit Produkten der Marken Confidence®, Confidence® Natural und Confidence® Comfort oder aber zweiteilig mit Produkten der Marke Harmony® Duo. Erfordert die Versorgungssituation am Bauch der Betroffenen den Einsatz konvex geformter Produkte, so stehen hier die Produkte der Marke Confidence® Convex Supersoft als einteiliges System zur Verfügung.

Für Stomabetroffene mit sehr empfindlicher Haut stehen die Produkte der Serie Confidence® Natural und Harmony® Duo zur Verfügung.

Der Hautschutz enthält bei diesen Produkten anteilig Aloe Vera, was zu einer besonders hautfreundlichen Verwendung beiträgt. Das Prüfsiegel der British Skin Foundation bestätigt die hautfreundlichen Eigenschaften dieser besonderen Versorgungsprodukte, die nun endlich auch im deutschen Markt verfügbar sind.

Speziell zur Überwindung größerer Vorwölbungen an der stomaumgebenden Haut stehen die Produkte der Marke Confidence® Natural auch zur Verfügung. Sie erlauben durch die vorgestanzten Einkerbungen im Hautschutz ein angepasstes Aufbringen des Hautschutzes an vorgewölbten Hautpartien und ermöglicht hier eine sichere Haftung auch bei unebenen Hautarealen. Insbesondere kann dies hilfreich sein bei Vorliegen einer parastomalen Hernie mit einer entsprechenden Vorwölbung der Bauchdecken und den damit verbundenen Schwierigkeiten in der Stomaversorgung.

SALTS-Stomaversorgungsprodukte bieten eine Fülle von interessanten Produktvariationen für eine individuelle Versorgungsmöglichkeit.

Testen sie die Produktvielfalt und das spezielle Versorgungsangebot! Gerne stellen wir Ihnen auf individuelle Anfrage auch Produktmuster zur Verfügung, um die anwenderfreundliche Handhabung der SALTS-Stomaversorgungsprodukte und deren hautfreundliche und zuverlässigen Produkteigenschaften direkt in der Versorgung erproben zu können.

Weiterführende Informationen und Beratung zu den SALTS-Stomaversorgungsprodukten erhalten Sie durch unsere erfahrenen Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde unter:

*Stomatec GmbH
Rudolf-Diesel-Str. 24a
49479 Ibbenbüren
Geschäftsführer
Wolfgang Schilling
Tel.: 054 51/5 01 51 20
Fax: 054 51/89 51 42
info@stomatec.de
www.stomatec.de*

Stomatec GmbH – Vertriebspartner für Stomaexperten in Ibbenbüren möchte als exklusiver Vertriebspartner der SALTS-Healthcare Produkte für Deutschland Ihr Partner in der Stomaversorgung werden!



Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin

Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im Dezember 2013

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
Internet: www.fgskw.org

ISSN 1863-1975

Erscheinungsmonate

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

Gestaltung

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

Druck

HEWEA-Druck GmbH
Haldenstraße 15, 45966 Gladbeck
Tel.: (020 43) 46006
Fax: (020 43) 47434
E-Mail: 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
Internet: 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 Jahresabschluss gekündigt werden.

Zielgruppen

- Pflegende mit der Qualifikation Stomapflege, Kontinenz und Wundversorgung mit spezieller Ernährungsberatung.
- Pflegende und andere Berufsgruppen in klinischen und ambulanten Bereichen, Rehabilitationseinrichtungen, Sozialstationen, im Sanitätsfachhandel und in der Industrie.
- Pflegende und andere Berufsgruppen in Alten-, Senioren- und Pflegeheimen sowie in Kranken- und Altenpflegeschulen und in Weiterbildungseinrichtungen.
- Homecarebereich
- Ärzte
- Therapeuten
- Betroffene.

Ein zum Abonnenten-Versand zusätzlich durchgeführter zielgruppenorientierter Wechselerwerb 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 der FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V. Die Mediadaten, Anzeigenpreisliste und Geschäftsbedingungen können gerne bei der Redaktion oder beim Herausgeber angefordert werden. Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr. Gerichtsstand ist der Sitz der Geschäftsstelle.

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

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

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt.

Jede Verwertung außerhalb der Grenzen des Urhebergesetzes ist ohne Zustimmung des Herausgebers unzulässig und strafbar. Dies gilt besonders für Vervielfältigungen, Übersetzungen und Mikroverfilmung, Einspeicherung und Bearbeitung in elektronischen Systemen.

Für unaufgefordert eingesandte Manuskripte und Unterlagen lehnt der Herausgeber die Haftung ab.

Die GHD GesundHeits GmbH Deutschland

Ihr Partner für Dienstleistungen im Gesundheitswesen



Die **GHD GesundHeits GmbH Deutschland** ist das größte ambulante Gesundheits-, Therapie- und Dienstleistungsunternehmen Deutschlands für eine ganzheitliche Betreuung von Kunden und Patienten mit über 1.700 Mitarbeitern.

Unsere Therapiebereiche auf einen Blick

Stoma



- Individualanpassung und Sonderanfertigung
- Einführung von Versorgungsstandards
- Stomamarkierung und präoperatives Patientengespräch
- Ganzheitliche Beratung und Anleitung

Kontinenz



- Materialmanagement (auch EDV-gestützt)
- Anleitung zum Versorgungswechsel für alle an der Versorgung Beteiligten
- Einführung von Versorgungsstandards
- Training und Anleitung zum Katheterismus

Wunde



- Materialmanagement (VW-Set, MRSA-Set)
- Organisation von regelmäßigen Wundvisiten
- Therapieempfehlung
- Therapiekklärung mit dem Verordner inkl. Rezeptmanagement
- Anleitung zum Verbandswechsel
- Einführung von Versorgungsstandards für alle an der Versorgung Beteiligten
- EDV-gestützte Verlaufsdokumentation

GHD GesundHeits GmbH Deutschland

Fritz-Reuter-Straße 2
22926 Ahrensburg
www.gesundheitsgmbh.de

Unsere kostenlose Service-Hotline
0800 - 362 73 78

**GHD** | **GesundHeits**
GmbH Deutschland

Stomacare

Bandagen für Stomaträger

HMV Pos.-Nr.: 05.11.03.2008

Die Stomacare-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 Bandagen-Modelle jeweils in verschiedenen Höhen, Farben und mit verschiedenen Stomaöffnungen zur Verfügung.

Indikationen

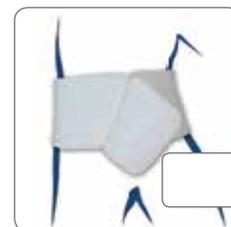
- Bauchdeckenschwäche
- Hernie im Narben- und Stomabereich
- Ileo-/Kolo-/Urostomie
- Ileum-/Kolon-Conduit
- Prolaps



EasyOpener



Standard-Fertigfabrikat



Irrigation

Bandagen-Zubehör

Stomacare-Protector

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

Stomacare-Beuteltasche

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



Protector



Beuteltasche



Detaillierte Info
unter basko.com



Basko Healthcare

Gasstraße 16 | 22761 Hamburg
Tel.: +49 (0) 40 85 41 87-0 | Fax: +49 (0) 40 85 41 87-11
E-Mail: verkauf@basko.com | Internet: www.basko.com