

MagSi®

M A G A Z I N



STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Das Thema

Adhärenz in der
Kompressionstherapie

Pflegepreis

Versorgung eines
Laparostoma mit
Dünndarmfistel

Weiterbildung Aktuell

Erster Urotherapie-Verein
am Universitätsklinikum
Bonn (UKB)



JETZT NEU! Starker Schutz

Esteem™  Beutel mit der modellierbaren Technologie von ConvaTec.
Gegen Undichtigkeiten und Hautirritationen.



SICHER:

Der modellierbare Hautschutz passt sich individuell der Größe und Form des Stomas an und deckt die stomaumgebende Haut sicher ab. Das bedeutet weniger Undichtigkeiten und eine gesunde, geschützte Haut.



EINFACH:

Nur rollen und modellieren, um den Hautschutz an die Stomagröße und -form anzupassen. Kein Zuschneiden, kein Dehnen, keine aufwändige Vorbereitung.



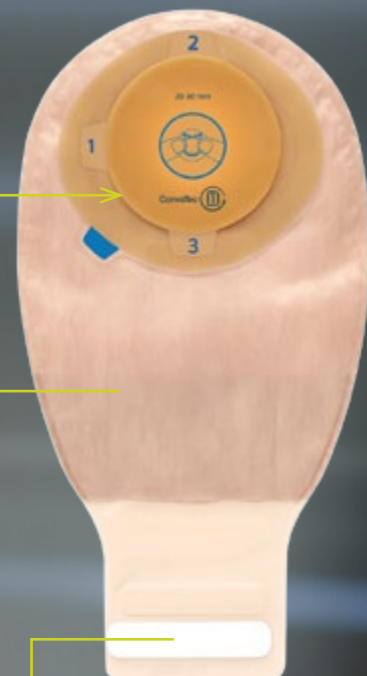
KOMFORTABEL:

Das dünne und flexible Design ist dafür gemacht, den Bewegungen des Körpers zu folgen. Diese innovativen Beutel haben ein weiches Beutelvlies, ein Sichtfenster und die Ausstreifbeutel den integrierten InvisiClose Verschluss mit praktischer Einstecktasche.

Modellierbare
Hautschuttscheibe

Weiches Vlies

Integrierter InvisiClose™
Verschluss





Ausblick

Liebe Leserinnen und Leser der **MagSi®**,

mit dieser Ausgabe beenden wir das Jahr und wir starten natürlich nächstes Jahr wieder durch. Mal schauen, was das Jahr so bringt.

Im Gesundheitswesen bleibt es spannend. Nächstes Jahr wird zum Beispiel die neue "Pflegeversicherung" auf den Weg gebracht. Der Pflegebedürftigkeitsbegriff wird erneuert, fünf Pflegegrade sollen eingeführt werden, die Leistungen werden neu bemessen und die Höhe der Eigenleistungen neu definiert. Desweiteren soll es eine bessere soziale Absicherung für Pflegepersonen geben und der Beitragssatz wird angehoben.

Nicht immer sind Neuerungen positiv in ihrer Auswirkung auf die einzelnen Menschen, die es betrifft. Und dennoch ... wir leben in Sicherheit und guter sozialer Absicherung. Dafür sollten wir dankbar sein, denn die Ereignisse im weltpolitischen Geschehen zeigen uns, dass dieses Leben, welches wir in Deutschland führen können, durchaus nicht selbstverständlich ist.

In diesem Sinne wünschen wir Ihnen viele schöne und besinnliche Stunden in der Adventszeit und zu Weihnachten und einen sehr schönen und guten Start ins neue Jahr.

Ihr Redaktionsteam

Das Thema

- 4 „Lachen ohne Grund“
- 8 Darmprobleme bei Querschnittslähmung – ist das Stoma ein Weg aus dem Dilemma?
- 12 Respectum viridis – Chirurgie mal anders
- 15 Adhärenz in der Kompressionstherapie
- 22 Immunonutrition – eine besondere Form der Ernährungstherapie

Fachgesellschaft Aktuell

- 26 Termine/Kongresse
- 27 Kooperationspartner/Mitgliedsverbände

Pflegepreis

- 26 Pflegepreis 2014
- 27 Versorgung eines Laparostoma mit Dünndarmfistel

Weiterbildung Aktuell

- 39 Herzlichen Glückwunsch an die Absolventen der Weiterbildung Pflegeexperte Stoma, Kontinenz und Wunde
- 40 Erster Urotherapie-Verein am Universitätsklinikum Bonn (UKB)
- 41 1. Stomatag am Exzellenzzentrum für chirurgische Koloproktologie in Regensburg
- 42 ASBH Pflegetagung Stoma, Kontinenz, Wunde 09.–10.10.2015 in Gera

Schaufenster

- 44 Neuigkeiten bei Produkten und Dienstleistungen

Frohe Weihnachten

- 48 Buchvorstellung "Unvergessene Weihnachten"

Impressum

- 50 Impressum/Vorschau nächste Ausgabe

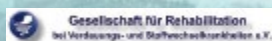
Herausgeber

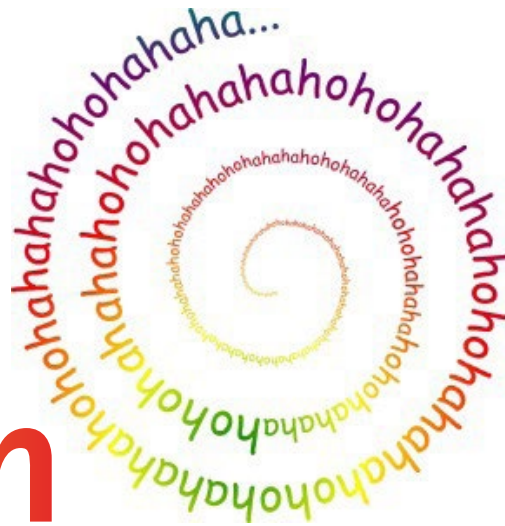


Kooperationspartner



Mitgliedsverbände





„Lachen ohne Grund“

Lachlehrerin.de

Was ist Lachyoga?

Als ich im Juli auf der Tagung der CWO in Salzburg eingeladen wurde mit einem Kurzvortrag über „Lach-Yoga“, fragte ich mich, ob der Personenkreis von Ärzten und Pflegefachpersonal sich wohl auf diese Thematik einlässt. Ich war überrascht, wie toll das Engagement und die Bereitschaft mitzumachen war. Zu guter Letzt lachte der ganze Saal und ich hatte den Eindruck gewonnen, dass das ein sehr befreiendes Lachen war.

„Fake it, till you make it“ heißt das Zauberwort, dazu aber später mehr. Was hat es auf sich mit dem Lachen ohne Grund, wo kommt es ursprünglich her und hat es Auswirkungen auf unsere Gesundheit?

Lachyoga ist ein einzigartiges Training, welches „Lachen ohne Grund“ mit der „Yoga-Atemtechnik“ des PRANAYAMA Yoga kombiniert. Jeder Mensch kann lachen, aber wussten Sie, dass Kinder am Tag bis zu 400-mal und Erwachsene nur max. 15-mal (ca. 6 Min.) am Tag lachen?

Wir lachen alle irgendwann über einen Witz oder eine komische Situation.

Aber wie begann das mit dem Lachyoga eigentlich ...

Herr Dr. Madan Kataria ist ein indischer Arzt, der aus einer großen Bauernfamilie stammt. Er hat für ein Gesundheitsmagazin, dessen Herausgeber er war, einen Artikel zum Thema: „Lachen ist die beste Medizin“ geschrieben. 1995 wurde in einem öffentlichen Park in Mumbai mit nur fünf Leuten der erste Lachclub gegründet. Heute gibt es mehr als 800 Lachclubs weltweit in Ländern wie Italien, Singapur, Deutschland, Schweden, Norwegen, Dänemark und Dubai. Sie haben den Zweck, Lachtechniken, die auf der Technik der Yoga-Atmung basieren, mit Dehnübungen zu verbinden.



Woher kommt der Name „Lachyoga“?

Der Begriff „Yoga“ hat seine Wurzeln etymologisch im Sanskrit: 'YUJ' bedeutet: „bewusst werden, integrieren, in Einklang bringen“. Das bedeutet, sich des eigenen Lebens bewusst zu werden, alle Aspekte des Lebens einzubeziehen, unseren Körper mit Seele, Geist und Gesellschaft in Einklang zu bringen. (*Laughter Yoga International, 2008*)

Die Namensgebung Lachyoga wählte Herr Kataria aufgrund der Kombinationen der Lachübungen mit der Yoga – Atemtechnik. Der Atem ist essentiell, im Yogi sagt man, dass durch unseren Atem die kosmische Energie des Universums in unseren Körper fließt. Diese Energie bezeichnet man als Lebenskraft oder „Prana“. Durch Stress, Reizüberflutung und negative emotionale Erlebnisse kommt es zu einem unregelmäßigen und flachen Atem. Dieser beeinflusst das Fließen des PRANA negativ in unserem Körper. Denken Sie an eine unangenehme Situation, z.B. vor einer Prüfung oder einem unangenehmen Gespräch. Ihr Puls rast, die Atmung wird flach, Sie können

Bilder: www.lachlehrerin.de; www.aok-gesundheitspartner.de; www.superforest.org



Die Sanitätshaus Aktuell AG ist ein modernes, national und international tätiges Dienstleistungsunternehmen der Gesundheitsbranche mit über 300 Partnerbetrieben an über 700 Standorten. Unsere Gemeinschaft umfaßt eine Mitarbeiterzahl von über 7.000 Fachkräften. Mit über 500 Mitarbeitern, die als Spezialisten auf dem Gebiet der Homecare-Versorgung in über 100 care teams bundesweit tätig sind, zählen wir in Deutschland zu den führenden Versorgern im Homecare-Markt.

Sanitätshaus Aktuell AG
Auf der Höhe 1 53560 Vettelschoß
www.sanitaetshaus-aktuell.de



Die Veränderung der persönlichen Lebenssituation durch ein Stoma stellt für die Betroffenen eine enorme Belastung dar.
BESSER, man hat dann einen Partner vor Ort, dem man vertrauen kann.

plötzlich nicht mehr klar denken oder es schnürt Ihnen förmlich die Luft ab. Hieran erkennt man das Ungleichgewicht unser Körper ist nicht in der Balance.



Wie ist eine Lachyoga Stunde aufgebaut, kann ich überhaupt Lachen ohne Grund?

Eine Lachyoga Einheit beginnt mit einer Aufwärmübung wie Stretching, rhythmisches Sprechen, Klatschen und verschiedenen Bewegungen. Atemübungen werden gemacht, um die Lungen für das Lachen vorzubereiten. Mit diesen Übungen baut der Teilnehmer Hemmungen ab, um ein Gefühl für kindlich-spielerische Verhaltensweisen zu entwickeln. Der Blickkontakt ist der Schlüssel, wenn wir unserem Gegenüber

in die Augen schauen, dann geschieht etwas mit ihm. Jeder hat seinen eigenen Lachstil, das erhöht den Reiz und fördert das natürliche Lachen. Beim Lachyoga beginnt die Gruppe mit den ersten Übungen und kommt darüber ins echte, ansteckende Lachen.

Es ist wissenschaftlich erwiesen, dass unser Körper nicht zwischen echtem und simuliertem Lachen unterscheiden kann. 15–20 Minuten Lachen sind ausreichend für den ganzen Tag, es sorgt dafür, dass sie den ganzen Tag guter Stimmung sind. Lachyoga wird in Gruppen angeboten, unter Leitung einer ausgebildeten Lachyoga-Leiterin. Jede Lachyoga Übung dauert 30–40 Sekunden, zwischen den Übungen werden immer 2–4 tiefe Atemzüge genommen.

Im Anschluss einige Lachyoga Übungen:

Ho-Ho-Ha-Ha-Übung

Die Teilnehmer singen gemeinsam Ho-Ho-Ha-Ha und klatschen rhythmisch in die Hände. Durch das Klatschen in die Hände werden Akupressur Punkte stimuliert, das fördert die Durchblutung.
Stress Wegwerfen Übung
Die Teilnehmer stehen im Kreis, hüft-

breit, locker in den Knien. Beide Arme werden ausgebreitet, mit einem Ha-Ha-Ha werden nun die Arme in die Mitte zusammen gebracht und dann mit einem HAAAAHA über den Kopf nach hinten geworfen. Assoziation man bündelt den Stress in der Mitte, um ihn dann über den Kopf wegzuworfen.

Diskussionslachen

Die Teilnehmer laufen durch den Raum und gestikulieren mit den Händen, so als ob sie in einer regen Diskussion wären. Dabei fällt das Sprechen aus und stattdessen wird sich angelacht. Es gibt eine Fülle von verschiedenen Übungen, wichtig bei einer Lachyoga Stunde ist die Balance zwischen Lachen- und Ruhe-Übungen. Eine Lachübung sollte nicht länger als 5–7 Minuten in Anspruch nehmen. Es wird nicht durchgelacht, zwischen den Lachyoga-Seasons fließen kurze Meditations-übungen ein.

Welche Auswirkungen hat Lachen auf die Gesundheit?

Das Lachen ist so alt wie die Menschheit, aber es kommt in unser Kultur viel zu kurz, da wir mehr kopfgesteuert sind; uns fällt es schwer im „Hier und Jetzt“

zu agieren, weil wir uns lieber im „Dort und Dann“ aufhalten. Es gibt tatsächlich einen medizinischen Nutzen, der wissenschaftlich erforscht wurde. Hans Selye beschrieb das Lachen als Eustress, also positive Auswirkungen. Beim Lachen kommt es zu einem Ausgleichsmechanismus, durch die Freisetzung von Adrenalin und Noradrenalin erfolgt eine zweistufige Aktion von Stimulation und Entspannung. Ein Wohlgefühl entsteht, Ängste werden abgebaut, Anspannung reduziert und dadurch trägt es zu einer Linderung von Krankheiten bei. Durch die Ausschüttung von Katecholaminen wird der Blutfluss gefördert, dies verringert die Gefahr von Entzündungen und trägt zur Linderung von Spondylitis, Myofasziitis und anderen entzündlichen Erkrankungen bei. Weiterhin werden durch das Lachen zwei Neuropeptide freigesetzt, Endorphine und Enkephalin (Opiate), welche natürliche schmerzunterdrückende Mittel aus unserem Körper sind. Somit wird durch das Lachen Muskelspannung abgebaut und das sympathische Nervensystem beruhigt sich,

Schmerzen können kontrolliert werden. Das Lachen kann stressabhängige Hormone verringern und die Aktivität natürlicher Killerzellen verändern, das fand Lee Berk (1989) heraus. Auf diese Feststellung gestützt, fand Labott 1990 heraus, dass das Lachen unser Immunsystem stärkt. Die kanadische Universität Waterloo bekräftigte diese Feststellung, in einer Studie wurde dokumentiert, dass durch das Lachen die Menge der Immunglobuline IgA und IgG ansteigen. Lachen steigert unsere Abwehrkräfte, dies stellt Norman Cousins fest, somit können eine ganze Reihe von chronischen Krankheiten entschärft werden.

Lachen als Aerobic Übung, wer 100-mal am Tag lacht, ersetzt ca. 10 Minuten Rudern oder Joggen, das sagt Dr. W. Frey. Durch die Kombination aus tiefem Einatmen und vollständigem Ausatmen findet ein ausgezeichneter Luftwechsel in unserem Körper statt. Was zur Folge hat, dass wir in einen ruhigen und entspannten Zustand kommen. Das Lachen erhöht unsere Lungenskapazität und fördert somit die Versor-

gung mit Sauerstoff in unserem Körper. Last but not least, kann man als Fazit zusammenfassen, dass Lachen eine ganze Reihe medizinischer, gesellschaftlicher und präventiver Vorteile bietet. Lachen führt zur Verbesserung unserer Lebenssituation und kann zur Linderung von Krankheiten beitragen. Lachen hilft beim Stressabbau und führt zur Entspannung.

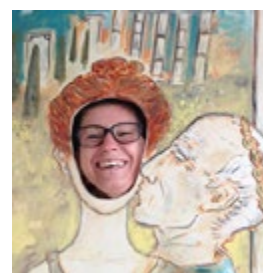
Um an den Ausgangspunkt zurück zu kehren, was meine ich mit der Aussage: „Fake it, till you make it“?

So tun, als ob, trauen Sie sich es zu tun und Sie werden die Veränderung erleben.

Es ist nicht wichtig, dabei zu denken, wie verrückt oder komisch das für die anderen aussieht, sondern wie Sie sich danach fühlen.

In unserem Beruf sind Wörter wie Stress, Multitasking und Burnout an der Tagesordnung. Lassen Sie sich mit Ihren Kollegen auf ein Lachyoga-Seminar ein. Sie werden im täglichen „to do“ merken, wie leicht und gelassen sie mit den täglichen Anforderungen umgehen können. Der Teamgeist wird gestärkt, da sie sich auf einer anderen Ebene begegnen, somit können sie unbeschwerter miteinander arbeiten. Ich verbleibe mit einem HoHoHaHaHa

Ihre



Karin Hölzel-Piontek
Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz, Wunde ICW
Entspannungspädagogin
Lachyoga Leiterin (Laughter Yoga International University)

Literatur

- Lachen ohne Grund
Dr. Madan Kartaria Gründer der Lachclub-Bewegung
Vianova, 2002, Petersberg
- Laughter Yoga International
Handbuch für die Ausbildung zum zertifizierten Lachyoga Leiter CLYL
Deutsche Übersetzung von Ines Schwarz, 2008

Bild: Autorin



Akademie für Gesundheitsberufe

Unser Bildungsangebot für Sie:

- Hygienefachkraft
- Techn. Sterilisationsassistentin
- Anästhesie- und Intensivpflege
- Diabetesberater/in DDG
- Diabetesassistent/in DDG
- Diabetes Pflegefachkraft Klinik DDG
- Wundmanagement
- Case Management
- Schmerzmanagement
- Palliative Care

Anmeldungen und Anfragen richten Sie bitte an:

Sekretariat:
Marga Schwab
Akademie für Gesundheitsberufe
Frankenburgstr. 31
48431 Rheine
Tel.: 05971 42 1111
E-Mail:
info@afg-rheine.de

Wir suchen interessierte Pflegekräfte, die sich einer neuen Herausforderung stellen möchten.

Wir bieten Ihnen im Juni 2016 eine berufsbegleitende, modulare Weiterbildung zur / zum

Pflegeexpertin / Pflegeexperten Stoma-Kontinenz-Wunde (FgSKW)

nach dem Curriculum der Fachgesellschaft Stoma-Kontinenz-Wunde (FgSKW)an.

Ziele der Weiterbildung:

Unsere Weiterbildung wird Sie qualifizieren, Menschen aller Altersgruppen mit Stomaanlage, Inkontinenz und/oder Wunde individuell zu beraten und bedarfsorientiert pflegerisch zu versorgen.

Voraussetzungen:

- Erlaubnis zum Führen der Berufsbezeichnung
- Gesundheits- und Krankenpfleger/in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in oder
- Altenpfleger/in
- Berufserfahrung wird empfohlen

Gerne beraten wir Sie zu Ihrem individuellen Weiterbildungsverlauf.

Weitere Fort- und Weiterbildungen finden Sie auf unserer Homepage

www.afg-rheine.de



NEU

„Muss **Konvexität**
immer starr sein?“



Weicher
Einlagering



Flexibles,
anschmiegsames Material



Integrierte
Gürtelhalterung



Mit
Sichtfenster

„**Nein,** denn
NovaLife **Soft Convex** sorgt für

- weiche Konvexität,
- optimale Abdichtung,
- Vermeidung von Hautschäden und Drucknekrosen.“

Die Innovation von Dansac



Darmprobleme bei Querschnittlähmung – ist das Stoma ein Weg aus dem Dilemma?

Der folgende Beitrag fokussiert das Darmmanagement von Menschen mit Querschnittlähmung, bei denen weder Verhaltensänderungen hinsichtlich Bewegung und Ernährung noch ein individuell festgelegtes Abführschema zu einem zufriedenstellenden Ergebnis der Verdauung führen. Diskutiert wird, inwieweit eine Stomaanlage als invasiver Eingriff die Darmfunktionsstörung positiv beeinflussen kann.

Warum Unterstützung bei der Ernährung & Verdauung?

Durch Verletzungen des vegetativen Nervensystems treten bei Menschen mit Querschnittlähmung Störungen der Blasen- und Darmfunktion auf. Während sich die Blasenfunktion durch standardisierte Vorgehensweisen mittlerweile gut behandeln und kontrollieren lässt, treten beim Darmmanagement oftmals massive Schwierigkeiten auf. Das bedeutet, dass ca. 90% der Querschnittgelähmten ihre Stuhlausscheidung unterstützen müssen (Coggrave et al., 2009). Stundenlanges auf der Toilette Sitzen oder am Abführtag nicht mehr aus dem Haus gehen – diese Probleme kennen viele Menschen mit neurogenen Darmfunktionsstörungen und viele fühlen sich mit dem Problem allein gelassen. Um die Situation für den Betroffenen zu verbessern, brauchen sie professionelle Beratung zu Einflussgrößen auf die Verdauung, wie die Ernährung, Flüssigkeitszufuhr, das Abführen und eine ausreichende Bewegung, siehe Abbildung 1. Im Beratungszentrum Ernährung & Verdauung Querschnittgelähmter in der Manfred-Sauer-Stiftung in Lobbach werden die Klienten von einem dreiköpfigen Team nach diesen Gesichtspunkten pflegefachlich

beraten und betreut. Nach dem genauen Schildern der jeweiligen Situation bzw. der Anamnese können dem Ratsuchenden zu diesen Punkten individuelle Tipps und Tricks gegeben werden, die die Darmsituation positiv beeinflussen.



Abbildung 1: Einflussgrößen auf die Verdauungssituation, eigene Darstellung

Was gehört zu einem Darmmanagement?

Das Darmmanagement hat ein regelmäßiges und planbares Abführen in einem angemessenen Zeitumfang zum Ziel (ADQ, 2011). Wie bereits beschrieben, muss aufgrund der Lähmung die Stuhlausscheidung gesteuert oder unterstützt werden. Die angewandte Entleerungs-

technik orientiert sich dabei an der vorliegenden Höhe der Rückenmarksschädigung und dem damit einhergehenden Grad an Selbstständigkeit. Dabei handelt es sich bei jeder Person um eine Einzelfallentscheidung. Oftmals werden verschiedene Abführtechniken miteinander kombiniert, das heißt, entweder verschiedene rektale Maßnahmen oder orale Abführmittel in Ergänzung mit rektalen Maßnahmen (Abbildung 2). Berücksichtigt werden vorwiegend Medikamente, die sich für den Langzeitgebrauch eignen und gut verträglich sind. Je nach Schweregrad der Darmfunktionsstörung sind intensivere Maßnahmen nötig. Die Problematik liegt im Risiko, dass die bislang angewandten

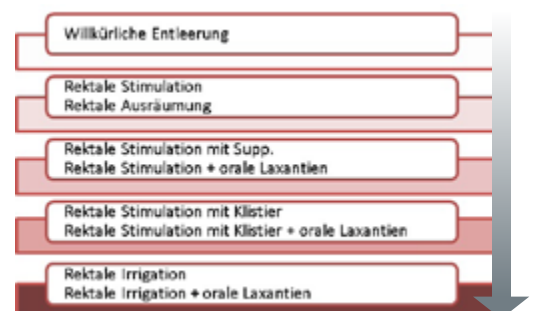


Abbildung 2: Stufenschema Abführtechniken, eigene Darstellung

Abführmaßnahmen nicht mehr so gut greifen, weil das Querschnittereignis bereits viele Jahre zurückliegt. Dieses Phänomen wurde in Studien erkannt. Hier muss auf die nächsthöhere Stufe umgestellt werden.

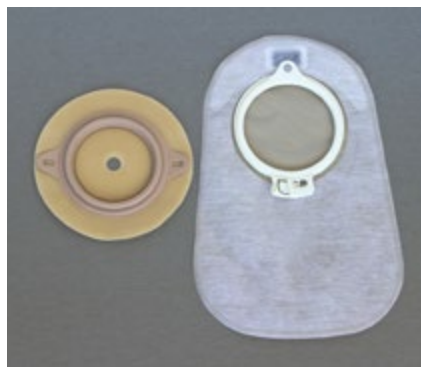
Wann wird eine Stomaanlage in Erwägung gezogen?

Aussichtslos erscheint die Situation, wenn sich das Abführen über Stunden hinweg zieht oder mehrmals täglich ungeplante Entleerungen das Verlassen der Wohnung unmöglich machen. Dann wird nicht nur der Lebensalltag, sondern die gesamte Lebensqualität maßgeblich beeinflusst. Daneben gibt es medizinische Komplikationen, die mit jahrelangen Problemen beim Abführen oder aufgrund des ständigen Sitzens gehäuft auftreten. Dies sind im Speziellen Entzündungen und Verletzungen im Analbereich aufgrund von Hämorrhoiden oder Fissuren bis hin zu Druckgeschwüren am Gesäß durch die Stuhlinkontinenz, die die empfindliche Haut angreift. Aber auch lange Sitzepisoden und der damit erzeugte Druck auf die Haut beim Sitzen auf der Toilette können Druckgeschwüre begünstigen. In diesen genannten Fällen wird in der Literatur ein operatives Vorgehen in Erwägung gezogen. Eine Möglichkeit stellt die Anlage eines künstlichen Darmausgangs dar. Dies ist bei weitem bislang kein etabliertes Verfahren. Nichtsdestotrotz stellt sich die Frage, ob ein Stoma hilft, die Schwierigkeiten zu bewältigen und welche Erfahrungen Betroffene gemacht haben. Aus diesem Grund wurde im Beratungszentrum der Manfred-Sauer-Stiftung eine Literaturrecherche durchgeführt, mit dem Ziel diese Therapieoption neu zu diskutieren und womöglich Betroffenen eine Möglichkeit zu bieten, aus ihrem Dilemma zu entkommen.

Was ist ein Stoma?

Ein Stoma kann an verschiedenen Stellen im Darm angelegt werden und wird über die Bauchwand nach außen geleitet, so dass der Stuhlgang sich nicht mehr im Enddarm sammelt. Mit speziellen selbstklebenden Hilfsmittelsystemen wird der Stuhlgang in einem Beutel aufgefangen und regelmäßig entleert. So befindet sich bspw. das Kolostoma auf Höhe des Dickdarms und würde auf dem rechten oder linken Oberbauch austreten, während ein Ileostoma ein

Dünndarmstoma darstellt. Je nach Beschwerdebild gibt es verschiedene Anlageformen eines Stomas. Es kann „doppelläufig“ angelegt werden, das heißt, der Darm wird schlingenförmig aus der Bauchdecke herausgezogen und fixiert. Mit dieser Methode wird ein Rückverlegen möglich gemacht. Bei einer „endständigen“ Anlage wird nur ein Ende des Darms nach außen ausgeleitet und das andere blind verschlossen. Die Stuhlkonsistenz ist von der Austrittsstelle des Darms abhängig. Das Ileostoma (Dünndarmausgang) fördert flüssigen bis breiigen Stuhlgang, da im Dünndarm das Wasser nicht vollständig resorbiert werden kann. Im Kolon (Dickdarmausgang) ist der Stuhl bereits breiig bis geformt, das ermöglicht entleerungsfreie Intervalle, die mit gezielten Abführmaßnahmen verlängert werden können.



Ein Leben mit Stoma

In Deutschland wird die Zahl der Stomaträger auf 160.000 geschätzt. Wie viele davon querschnittgelähmt sind, ist nicht erfasst. Menschen mit Querschnittslähmung scheinen sich von nichtgelähmten Stomaträgern zu unterscheiden. Denn

während ein Stoma bei vielen Menschen das Körperbild negativ beeinflusst und wenig akzeptiert wird, wird vom Querschnittgelähmten ein Stoma meist gut angenommen (Coggrave et al., 2009), da es einen entscheidenden Vorteil mit sich bringt. Das stundenlange auf der Toilette Sitzen und Warten hat ein Ende. Untersuchungen zeigen, dass sich die Abführzeiten deutlich reduzieren, wie auch in der Übersicht verschiedener Studien dargestellt. Über viele Jahre der Verzweiflung und des Leidens zeigt sich somit eine deutliche Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen. Gestützt wird diese Aussage von dem Wunsch Betroffener, die das Stoma schon zu einem früheren Zeitpunkt hätten haben wollen.

Auswirkungen des Stomas

Insgesamt wird in der Literatur das Abführen als „einfacher“ beschrieben. Dies erklärt sich durch mehrere Gründe: Gegenüber der Abführposition auf Toilette oder dem Toilettenstuhl in oftmals beengten Räumlichkeiten ist die Versorgung der Stuhlausscheidung über den Darmausgang auf der Bauchdecke von vorne sowohl für den selbstständigen Betroffenen als auch die Pflegeperson einfacher zu handhaben. Dies ermöglicht auch mehr Flexibilität, da Restaurants, Hotels und Freizeitaktivitäten besucht werden können, die über keine barrierefreie Toilette verfügen. Für die empfindliche Haut des Rollstuhlfahrers stellt das Ausbleiben von Sitztransfers für Toilettengänge und langes Sitzen auf dem Toilettensitz eine Entlastung dar, somit kann sowohl das Sturz- als auch Dekubitusrisiko durch ein Stoma gesenkt werden (Luther et

Abführzeiten in Minuten vor/nach Stoma

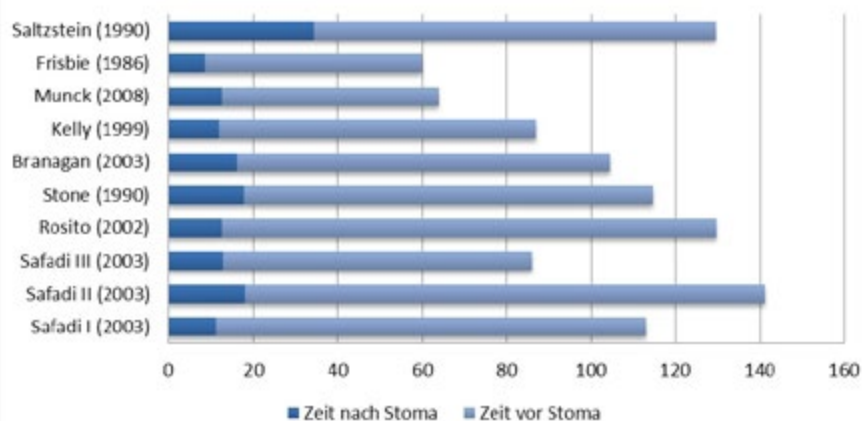


Abbildung 3: Abführzeiten vor und nach Stomaanlage im Vergleich, eigene Darstellung



al., 2005). In einigen Fällen erfolgte die Stomaanlage zur Entlastung des Gesäßes und Förderung der Wundheilung aufgrund eines Dekubitalulzeras im Analbereich. Neben dem Wunsch der Teilnehmer, das Stoma nach Abheilen nicht wieder rückverlegen zu lassen, sank mit einem Stoma auch das Wiederauftreten der Dekubitalulzera. Auch autonome Dysreflexien bzw. Gutmann Reflexe waren rückläufig (Rosito et al., 2002). Diese können bei Rückenmarksverletzungen mit einem Lähmungsniveau oberhalb thorakal 6 auftreten, wenn bspw. Organe wie Blase oder Darm gefüllt sind und sich überdehnen (ADQ, 2011:20). Die Symptome einer autonomen Dysreflexie äußern sich häufig in Form von Schwitzen, Kopfschmerzen und Blutdruckerhöhung und gehen mit Gefahr der Hirnblutung einher, so dass der Druck durch die Füllung umgehend zu beseitigen ist. Bei starker Verstopfung kann das überfüllte Rektum oder Kolon bereits eine autonome Dysreflexie auslösen. Da mit dem Stoma der Stuhlgang besser gefördert wird, gingen die Beschwerden zurück. Insgesamt ließ sich festhalten, dass die Anzahl der Krankenhauseinweisungen aufgrund Beschwerden wie Darmverschluss oder rektalen Problemen zurückgingen.

Komplikationen durch das Stoma

Doch neben vielen Vorteilen soll im Folgenden auch auf die Schattenseiten eines künstlichen Darmausgangs eingegangen werden. Denn natürlich gehen auch Komplikationsrisiken mit einer Stomaanlage einher. Ein in der Literatur häufig beschriebenes Problem sind

rektale Schleimabgänge durch Entzündungen des Enddarms. Mitunter kommt es zu Dranggefühl oder ungewollten Abgängen und die Entzündung muss mit therapeutischen Einläufen behandelt werden oder führt zur Rektumsentfernung (Stone et al., 1990). Daneben entstehen häufig Komplikationen wie Darmverschluss, Hernienbildung (Bruch) und Prolapse (Vorfall). Unklar ist bislang, ob eine Person mit Querschnittslähmung aufgrund ihres Krankheitsbildes ein höheres Komplikationsrisiko trägt als ein Nichtgelähmter. Auch wenn es kein Schwerpunkt der Untersuchungen in den Studien war, muss eingeräumt werden, dass die Stomaversorgung auch eine Herausforderung darstellen kann. Hierzu zählen das Risiko der Hautinfektionen oder Unverträglichkeiten mit den selbstklebenden Versorgungssystemen. Die Lage des Stomas und die Statur der Person beeinflussen die Haftfähigkeit der Produkte. Nicht zuletzt sind Gase und Gerüche durch ein Stoma nur bedingt in Form von Kohlefiltern zu beeinflussen. Dies wird mit undichten Basisplatten als großes Problem in der weiterführenden Literatur beschrieben.

Das Stoma – eine Behandlungsoption?

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Studienlage zum Stoma bei neurogenen Darmfunktionsstörungen sehr dünn ist und weit in die Vergangenheit reicht, so dass die Aussagen unter Vorbehalt zu treffen sind. Es können derzeit keine konkreten Aussagen getroffen werden, ob das Stoma eine Behandlungsempfehlung darstellt. Sicherlich ist es auch nur für eine bestimmte Patientengruppe geeignet. Trotz vieler offener Fragen, eine Tendenz lässt sich jedoch erkennen: Mit dem Stoma verkürzt sich die Abführzeit deutlich und trotz aller Komplikationen damals wie heute sagen Betroffene aus, sie wollten das Stoma nicht rückverlegen lassen, im Gegenteil, sie wollten es bereits früher haben. Hierbei handelt es sich um Interpretationen und Vermutungen, die sich nur bestätigen lassen, wenn die Forschung sich dieser, wenn auch kleinen, Zielgruppe annimmt und durch aktuelle Ergebnisse einen wesentlichen Teil zur Lebensqualität von Menschen mit Querschnittslähmung mit schweren neurogenen Darmfunktionsstörungen beiträgt.



Kerstin Gitschel
Pflegewissenschaftlerin MA,
Urotherapeutin, Expertin für neurogene
Darmfunktionsstörung
E-Mail: Kerstin.gitschel@msstiftung.de
Tel.: 06226 960 2534

Veronika Geng,
Pflegewissenschaftlerin MSc

Manfred-Sauer-Stiftung
Beratungszentrum Ernährung &
Verdauung Querschnittgelähmter
Neurott 20
74931 Lobbach

Quellen

Arbeitskreis Darmmanagement Querschnittgelähmter (2011): *Kompandium Neurogene Darmfunktionsstörungen bei Querschnittlähmung*. 1. Auflage. Lobbach: Manfred Sauer Stiftung.
Coggrave, M.; Norton, C.; Wilson-Barnett, J. (2009): *Management of neurogenic bowel dysfunction in the community after spinal cord injury: a postal survey in the United Kingdom*. *Spinal cord* 47 (4), 323-30
Luther, S.L.; Nelson, A.L.; Harrow, J.J.; Chen, F.; Goetz, L.L. (2005): *A comparison of patient outcomes and quality of life in persons with neurogenic bowel: standard bowel care program vs colostomy*. *Journal of Spinal Cord Medicine* 28 (5), 387-393
Rosito, O.; Nino-Murcia, M.; Wolfe, V.A.; Kiratli, B.J.; Perkash, I. (2002): *The effects of colostomy on the quality of life in patients with spinal cord injury: a retrospective analysis*. *Journal of Spinal Cord Medicine* 25 (3), 174-183
Stone, J.M.; Wolfe, V.A.; Nino-Murcia, M.; Perkash, I. (1990): *Colostomy as treatment for complications of spinal cord injury*. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 71 (7), 514-518
<http://presse.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Presseportal/Subportal/Presseinformationen/Archiv/2013/130918-Heil-und-Hilfsmittelreport/teaserlink-PDF-Heil-und-Hilfsmittelreport-2013,property=Data.pdf>
abgerufen am 09.07.2014



Geschichte einer Wunde

Es war einmal eine Wunde, die hatte viel zu erzählen. Die Wunde sagte: „Hilf mir, ich möchte abheilen, aber alleine kann ich es nicht. Ich erzähle Dir, wie alles seinen Anfang genommen hat.“

Eines Tages war das Bein meines Trägers geschwollen und die Haut bekam einen Riss. Ein wenig Flüssigkeit trat aus. Mein Träger versorgte die Wunde mit einem Pflaster und kümmerte sich nicht weiter darum.

Jedoch im Laufe der Zeit vergrößerte ich mich und mit der Zeit stellte sich eine gewisse Traurigkeit ein, ich begann zu weinen. Meinem Träger war dies nicht wichtig.

So konnte und wollte ich nicht abheilen, da sich langsam viele Bakterien auf mir sehr wohl fühlten. Gleichzeitig konnte ich nicht mit ausreichender Nahrung versorgt werden, da der Nachschub nicht mehr gewährleistet war. Der Transport wurde durch Plaques (Ablagerungen), zu enge Adern oder Thromben unterbrochen, die dem Blut den Weg zu mir versperren. Also musste sich das Blut einen neuen Weg suchen.

Dies dauerte und dauerte. So entschied ich mich zu stagnieren. Ich konnte einfach nicht mehr, da ich keine Kraft mehr hatte. Jetzt wartete ich auf Hilfe von außen.

Mein Träger ging eines Tages ins Krankenhaus, da er große Schmerzen verspürte. Die Ärzte im Krankenhaus stellten fest, dass eine Infektion und eine Durchblutungsstörung mir zu schaffen machten. Ich weinte sehr, da ich große Schmerzen hatte. Meine Wundränder waren dadurch sehr gerötet und geschwollen. Meine Fläche war schon sehr verklebt. Erst als der Verband abgenommen wurde, wurde das Ausmaß meiner Größe sichtbar. Da sagte ich zur Krankenschwester: „Schau mich genau an, dann weißt Du, was Du zu tun hast!“

Ruth Fellner-Pigato

DEUTSCHE ANGESTELLTEN-AKADEMIE

Pflegeexperte Stoma-Kontinenz-Wunde

In Kooperation mit der FgSKW, sowie WCET und ICW

09.05.2016 – 30.06.2017 • 06.02.2017 – 23.03.2018

Mit nur einem Fachmodul möglich. Die Weiterbildung ist nach dem neu erarbeiteten Curriculum der FgSKW ausgerichtet. Wundexperte ICW/TÜV sowie das evidenzbasierte Beckenbodentraining sind integriert.

Sie erhalten die von der FgSKW, dem WCET und der ICW anerkannten Zertifikate.

Deutsche Angestellten-Akademie Kassel
Fachbereich Gesundheit und Soziales
Angersbachstraße 4 | 34127 Kassel
Telefon: 0561 80706-0/-153
E-Mail: andrea.schmidt-jungblut@daa.de



www.daa-kassel.de



Respectum viridis – *Chirurgie mal anders*

**Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie,
Direktor: Prof. M. Glanemann**

Wie alles begann

Am Anfang stand der Wunsch, einen kreativen Beitrag zur „Langen Nacht der Wissenschaften“ des Universitätsklinikums des Saarlandes in Homburg-Saar zu leisten.

Grazijana Clemenz, Case Managerin der Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie, strengte Überlegungen an, wie man das Umweltbewusstsein der Mitarbeiter und Besucher des UKS anregen könnte. Ein zentrales Problem vor allem der Industrienationen der Welt ist der Anfall von Müll. Und gerade in einem Krankenhaus entsteht sehr viel davon, beispielsweise durch den Verpackungsaufwand bei medizinischen Produkten, insbesondere wegen der teilweise geforderten Sterilität, also Keimfreiheit. Rechts nebenstehend sehen Sie den Müllberg einer einzigen Station, der sich in nur einer Woche sinnbildlich 'anhäuft'. Und dabei handelt es nur um den 'sauberen', nicht kontaminierten Müllanteil. Umweltschützer aller Welt fordern deswegen die Müllvermeidung, wo sie möglich ist, aber auch ein konsequentes Recycling der benutzten Rohstoffe. Müll-Recycling ist nichts Neues, und Herstellung von Alltagsgegenständen und Kleidung aus beispielsweise Kunststoffmaterial (z.B. Handtaschen

aus Tetrapaks) ist auch schon erfunden. Aber Mode aus Krankenhausmüll? Grazijana Clemenz kam diese interessante Idee. Und geboren war ein unglaubliches Projekt: „*Respectum viridis*“, frei übersetzt: „*Respekt vor dem Grün*“.

Warum sollte die Vielzahl an Materialien, die täglich anfällt, nicht einmal für einen solchen Zweck genutzt werden, nämlich, um zu zeigen, dass wir uns der Problematik bewusst sind und, wo es geht, mit Recycling ein gutes Beispiel geben möchten.

Das Material ...

Was wurde nun verwendet? Wie bereits gesagt, konnte für eine solche Aktion natürlich nur der „saubere“ Abfall verwendet werden, also Material vor dem Patientenkontakt. Das gebietet der Infektionsschutz und die Hygiene. Ansonsten gab es keine Einschränkung, und so wurde über einen Zeitraum von einer Woche der Müll einer einzelnen Station exemplarisch zusammengetragen. Das Ergebnis sehen Sie auf dem Bild rechts oben. Sie erkennen dort zum Beispiel Kartonagen, Umverpackungen von Medizinprodukten aus Papier, aber auch etliche Folienverpackungen und Polsterungen (Detailansicht rechts). Es wurden aber auch Kleinteile gesammelt, wie Verschlusskappen von

Infusionssystemen, Deckel von Medikamenten-Ampullen, etc. So ergab sich eine Fülle aus gestaltbarem Material, das die Fantasie von Frau Clemenz beflügelte.

Woman at work ...

Ab diesem Zeitpunkt ging die Arbeit erst richtig los ... Grazijana designte, komponierte, kombinierte, experimentierte, schnitt, nähte, klebte, stickte, knüpfte und vieles mehr. Parallel mussten Models gefunden werden. Diese fanden sich in allen Mitarbeitergruppen (Pflege, Ärzteschaft, Sekretärinnen, ...) fast aller Bereiche der Chirurgischen Klinik (Station, OP, Ambulanz, Sekretariat, ...). Monatelange Arbeit war nötig, um sie heute hoffentlich mit dieser Modenschau zu begeistern.

Fazit

Jeder von uns sollte und muss seinen eigenen Beitrag zum Umweltschutz im Kleinen leisten. Denn nur so und nur gemeinsam können wir etwas verbessern. „Es passiert nichts Gutes, außer man tut es!“ Dabei kann man aber auch Spaß haben. Lassen Sie sich inspirieren. Werden Sie kreativ.

Margit K. Weiß



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

Diakonisches Institut für Soziale Berufe

Frau Brigitte Sachsenmaier

Bodelschwingweg 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

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



10. Deutscher Wundkongress 2016 gemeinsam mit
26. Kongress der European Wound Management
Association und 2. WundD•A•CH-Kongress

EWMA 2016

DEUTSCHER WUNDKONGRESS



Europäischer Wundkongress 2016

11. - 13. Mai
Bremen · Deutschland

WundD•A•CH

PATIENTEN · WUNDEN · RECHTE

Bremen

www.deutscher-wundkongress.de
www.ewma2016.org
www.wund-dach.org

Exklusive
Sonderpreise für
ICW-, AWA- und
SAfW-Mitglieder

ZWEISPRACHIG
DEUTSCH
ENGLISCH





Adhärenz in der Kompressionstherapie

Es ist ein Vorgang, wie er so oder ähnlich jeden Tag in unzähligen Einrichtungen der stationären Pflege erlebt wird.

Eine Heimbewohnerin, weiblich, 78 Jahre, adipös mit 128 kg bei einer Körpergröße von 1,62 m und massiv gestauten Beinen am Abend, die Knöchel sind kaum noch sichtbar, klagt über schwere Beine und Spannungsschmerzen.

Das Pflegepersonal wendet sich an den Hausarzt, der nach kurzer Begutachtung die Globalverordnung „Kompressionsstrümpfe“ trifft und mündlich mitteilt, dass übergangsweise ein Kompressionsverband angelegt werden soll, Bandagen werden nicht verordnet, da nach landläufiger Meinung jede halbwegs gut sortierte Pflegeeinrichtung über einen ausreichenden Fundus an „kaum gebrauchten“ Materialien verfügt.

Die Bewohnerin ist von der Vorstellung Kompressionsverband oder -strumpf zwar wenig begeistert, erhofft sich aber eine deutliche Linderung ihrer Be-

schwerden. Sie verlangt aber, dass der ästhetische Gesichtspunkt nicht zu kurz kommt und sie zumindest ihre geliebten Ballerina tragen kann.

In ihrem zum Scheitern verurteilten Versuch, die Quadratur des Kreises zu erreichen und die Interessen aller Involvierten zu berücksichtigen, greift die verantwortliche Pflegekraft zu mäßig ausgeleierten Binden in halbwegs brauchbarem Zustand, wickelt die Beine einlagig und fixiert die Bandage mit sog. Schwiagemüttern.

Das Ergebnis ist wie eigentlich vorhersehbar mehr als mangelhaft, bereits nach weniger als zwei Stunden hängt der komplette Verband am Knöchel. Nachmittags kommt eine Mitarbeiterin des Sanitätshauses, um für die Kompressionsstrümpfe Maß zu nehmen. Konfrontiert mit der Globalvorgabe und mangels konkreter, einzelfallorientierter Fachkenntnisse, entscheidet sie eigenständig auf einen rundgestrickten Kompressionsstrumpf von der Stange,

Kompressionsklasse 2 mit offenen Spitzen und Länge Kniekehle.

Um den Fehler vom Morgen zu vermeiden, bindet die PK den Kompressionsverband nach 30 min Ruhephase liegend deutlich fester. Die Patientin klagt im Lauf der nächsten Stunden mehrfach über Schmerzen, wird aber mit den Worten: „Ist vom Arzt so verordnet“ abgetan. Am Abend sind deutlich sichtbare Einschnürungen an den Beinen zu erkennen, die tiefen Rillen sind bereits leicht bläulich verfärbt. Am nächsten Tag werden die Kompressionsstrümpfe vom Sanitätshaus geliefert. Trotz Anziehhilfe in Form von einem Unterziehstrumpf ist die Patientin alleine nicht in der Lage, die Strümpfe anzulegen. Selbst für die PK ist es ein morgendlicher Kraftakt (auch mit Gummihandschuhen), nach der Morgentoilette die Kompressionsstrümpfe anzuziehen. Bereits zu diesem Zeitpunkt ist es deutlich, dass die Strümpfe in die Kniekehle einschneiden. Nach ein paar

Stunden bettelt die Patientin, sie von diesen Kompressionsstrümpfen zu befreien!

Es hatte sich eine Stauungsdermatose und Hypodermatitis der Unterschenkel als Folge des Tragens von rundgestrickter Kompressionsware mit geringer Materialfestigkeit am Lipolymphödem gebildet.

Seitdem liegen die Kompressionsstrümpfe im Schrank und die Bewohnerin ist wegen dieser Erfahrungen nicht mehr zur Kompressionstherapie bereit.

Was ist hier falsch gelaufen?!

Ich bin mir sicher, dass vielen von Ihnen diese Situation bekannt vorkommt und Sie noch wesentlich mehr solcher Beispiele auflisten könnten. Leider ist das die traurige Wahrheit.

Die Adhärenz in der Kompressionstherapie ist anfänglich bei jedem Patienten vorhanden. Er möchte ja Erleichterung erfahren.

Das Problem sehe ich im Vorfeld, bereits bei der Verordnung und der adäquaten Aufklärung des Patienten.

Als Pflegetherapeut Wunden können wir durch unser umfassendes Wissen über die Einsatzgebiete zur Verbesserung der Adhärenz der Kompressionstherapie einwirken. Dazu gehören auch regelmäßige Fortbildungen, nichts entwickelt sich schneller, als die medizinische Forschung und Koordination von interdisziplinären Berufsgruppen.

Kleine Geschichte der Kompressionstherapie:

Seit Jahrhunderten wurden Materialien und Produkte gesucht, die komprimieren. Im Mittelpunkt stand dabei immer die medizinische Kompressionstherapie für die venösen Erkrankungen.

Doch in den letzten Jahren wurden die Vorzüge in den kosmetischen und sportlichen Bereichen entdeckt und genutzt. Sportbekleidungen, Neoprenanzüge, Badeanzüge, Socken und Jeans mit Elastikanteilen sind nur ein kleiner Teil davon.

Es gab damals aus textiltechnischer Sicht zwei Hauptrichtungen, die Maschenware und die Webware, die Maschenware setzte sich für die Kompressionstherapie durch. Dem Engländer William Brown gelang es als erstem 1857 (Patent), Gummi mit in die Maschenware zu verarbeiten. Der Deutsche Römpler baute sein Produkt darauf auf.

Was ist Kompression:

Die Kompressionstherapie (zusammen-drücken/verdichten) gilt als Grundlage der konservativen Behandlung in der Versorgung von phlebologischen und lymphologischen Erkrankungen.

Sie kann eigenständig oder auch in Kombination mit operativen, interventionellen Verfahren kombiniert werden. Der Kompressionsdruck soll bei der phlebologischen Kompressionstherapie in der Knöchelregion am höchsten sein und nach proximal hin gleichmäßig und sukzessiv abnehmen.

Es gibt unterschiedliche Maßnahmen (Kurzzugbinden, Langzugbinden, Mehrkomponentenverbände, Kompressionsstrümpfe, intermittierende pneumatische Kompression), um eine Kompression durchzuführen.

Die Wirkung der Kompressionstherapie beruht darauf, dass der venöse Querschnitt sowohl in Ruhe als auch unter Muskelkontraktion effektiv vermindert und so der Rückstrom gesteigert wird. Außerdem kann die Funktionsfähigkeit von relativ insuffizienten Venenklappen bei dilatierten Venen wieder hergestellt werden. Sie ist sogar in der Lage, das venöse Ödem zu reduzieren und pathologische Makro- und Mikrozirkulationsveränderungen zu verbessern. Die venöse Wiederauffüllzeit verbessert sich signifikant, es kommt zu Schmerzlinderung und Volumenreduktion.

Infolge des erhöhten Gewebedrucks kommt es zu Erhöhung der Rückresorption von Gewebsflüssigkeit im venösen Schenkel der Mikrozirkulation.

Die Blutströmung in den erweiterten Kapillarschlingen wird durch die Kompression beschleunigt, die kapillare

Filtration wird eingeschränkt und die Reabsorption gesteigert. Zudem wird die parazelluläre Barriere verändert und dadurch die Ödembildung vermindert. Studien zeigen, dass es zu einer Steigerung des zellulären Blutflusses, zu einer Reduktion der minimalen Epidermisdicke sowie zu einer Abnahme der Entzündungsaktivität kommt. Außerdem ließ sich in der Haut eine Verbesserung der Flussgeschwindigkeit und der Gefäßmuskulaturaktivität feststellen. In der Folge wird eine Minderung der Progression der chronisch venösen Insuffizienz (CVI) sowie eine beschleunigte Abheilung venöser Ulzerationen bewirkt. Diese Ergebnisse sind erzielbar durch eine vertrauensvolle Patient-Arzt-Pflege-Beziehung, adäquate Aufklärung des Patienten, interprofessionelle Kommunikation, regelmäßige Rückmeldung vom Patienten sowie ärztliche Kontrolle über die richtige Durchführung der verordneten Kompressionstherapie. Die Basis für einen solchen Austausch ist eine gegenseitig wertschätzende und sensibel geführte Kommunikation unter Einbeziehung sämtlicher relevanter Einflussgrößen, insbesondere des biografischen Hintergrunds sowie der persönlichen Lebensführung des Patienten. Erst wenn der Patient, die Angehörigen und PK adäquat aufgeklärt und geschult wurden, kann die Kompressionstherapie erfolgreich sein.

Qualitätsstandard:

Medizinische Kompressionsstrümpfe gehören gemäß §3 des Medizinproduktegesetzes (MPZ) zur Kategorie der Medizinprodukte, im MPZ wird die europäische Richtlinie MDD 93/42/EWG

DEUTSCHE ANGESTELLTEN-AKADEMIE

Refresher – Rezertifizierung

- für weitergebildet Pflegeexperten Stoma-Kontinenz-Wunde
- für Wundexperten ICW/TÜV

4 Tage – alle Punkte – 32 P. FgSKW + 8 P. ICW

17.03. – 20.03.2016 • 23.06. – 26.06.2016 • 27.10. – 30.10.2016

Do: Wundtag • Fr: Stomatag • Sa: Kinderstomatag • So: Kontinenztag

Tage können auch einzeln gebucht werden

Deutsche Angestellten-Akademie Kassel
Fachbereich Gesundheit und Soziales
Angersbachstraße 4 | 34127 Kassel

Telefon: 0561 80706-0/-153

E-Mail: andrea.schmidt-jungblut@daa.de



www.daa-kassel.de

in deutsches Recht umgesetzt.
Diese Produkte werden von den Krankenkassen gänzlich oder teilweise erstattet, sie sind im Hilfsmittelverzeichnis aufgelistet. Die Kosten dieser Produkte belasten das Budget eines Arztes in keiner Weise!

Verordnung:

- Von besonderer Bedeutung ist bei der Verordnung die Diagnose, denn das entscheidet über die Erstattungsfähigkeit, aber auch über die Auswahl des korrekten Kompressionsmaterials.
- Es besteht keine Budgetierung oder Richtgrößenbestimmung, es handelt sich um ein therapeutisches Hilfsmittel (Merkmal 7 ankreuzen)
- Es können alle Kompressionsklassen verordnet werden
- Bei Erstverordnung können zwei Versorgungen rezeptiert werden (Bsp. aus hygienischen Gründen, Erstversorgung)
- Eine weitere Versorgung ist in der Regel alle 6 Monate möglich
- Polstermaterial und Schlauchverbände sind aktuell nicht verordnungsfähig, auch nicht als Bestandteil der Lymphsets! Hier droht Regressgefahr!
- Eine vorzeitige Neuverordnung bedarf einer Begründung (Bsp. erhebliche Umfangsreduktion, Materialunverträglichkeit)
- Spezielle Anziehhilfen können zusätzlich auf einem gesonderten Rezept mit entsprechender Begründung (Bsp. Bewegungseinschränkung durch altersbedingte Kraftminderung, Adipositas per magna) rezeptiert werden. Die Anziehhilfe sollte möglichst präzise benannt werden (Bsp. doppellagige Gleitsocke, Stoff-Anziehhilfe, Gestell-Anziehhilfe mit langem Griff, ...)
- Auch die Verordnung ambulanter Pflege kommt in Betracht

Beispiel einer korrekten Verordnung:
1 Med. Kompressionsstrumpf, Kompressionsklasse 2, Länge AG, geschlossene Fußspitze, mit Haftband, Flachstrick, Maßanfertigung erforderlich
Diagnose: Lymphödem des rechten Beines

1 Paar Med. Kompressionsstrümpfe, Kompressionsklasse 2, Länge AG, offene Fußspitze, mit Haftband, geringe Materialfestigkeit
Diagnose: CVI, Stadium C3

Innovativ!

Cohesive StomaWrap™ Modellierbarer Hautschutz

Eine weitere Innovation vom Erfinder der modellierbaren Hautschutzringe: ein völlig neuartiger Ring, der sich auch anwenden lässt wie ein Streifen. Die ovale Form, eine bereits vorhandene Vario-Öffnung und mehr Hautschutzmaterial als beim traditionellen Ring machen den modellierbaren Eakin Cohesive **StomaWrap™** zu einem wahren Verwandlungskünstler.

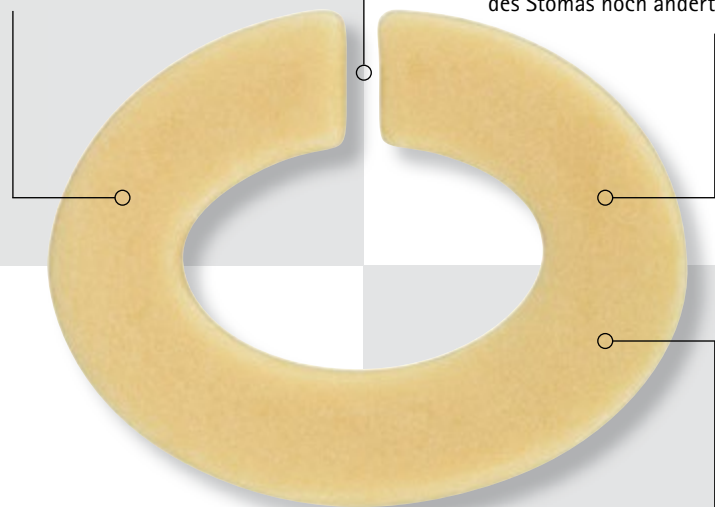


StomaWrap™: Die ideale Symbiose aus Ring und Modellierstreifen

Vario-Öffnung:
Einfach überlappend anmodellieren

Passgenauer Hautschutz,
z.B. bei ovalen, großen oder
pilzförmigen Stomata

Flexibler Hautschutz für alle
Stomaarten, insbesondere
wenn sich der Durchmesser
des Stomas noch ändert



Zuverlässiger Hautschutz gegen
Unterwanderung und Leckagen,
bei geschädigten Hautzuständen,
bei nässenden Hautdefekten



Fragen, Muster,
Bestellungen:

0800-22 440 22
(gebührenfrei)

Eakin GmbH · Feringastrasse 6
85774 München-Unterföhring
Tel. 089 - 99 216 256
Fax 089 - 99 216 200
info@eakin.de · www.eakin.de

Material:

Flachgestrick und Rundgestrick:
Das Einsatzgebiet von flachgestrickten medizinischen Kompressionsstrümpfen (MKS) kennt fast keine Grenzen, weder bei der zu versorgenden Anatomie von Beinen oder Armen, noch hinsichtlich der üblichen Druckbereiche. Leider sind sie nicht besonders ästhetisch, der Tragekomfort ist stark, der Preis relativ hoch.

Besondere Einsatzbereiche findet man ausschließlich bei der Versorgung von Lymph- und Lipödemen.

Rundgestrick: Die Merkmale sind:

- eine Naht (meist) an der Strumpfseite
- ca. 30-40% größeres Maschenbild und damit auch dicker gestrickt
- festes, wenig elastisches Material
- fast ausschließlich Maßanfertigung
- Rundgestrickte MKS dominieren aufgrund ihrer guten Adhärenz. Bei venösen Erkrankungen ist diese Kompressionsversorgung die Regel. Ausnahme: wenn der Umfang des Oberschenkels im Verhältnis zur Fessel zu groß ist (4:1 und größer).

Die Merkmale sind:

- gleiche Maschenanzahl von unten bis oben
- nahtlos
- das Material ist dünner und hochelastisch
- Vielfalt an Farben und Mustern möglich
- Maßanfertigungen und Serienprodukte möglich

Maßanfertigung oder Standard:

Zur Kompressionsversorgung mit Kompressionsstrumpf gehört immer das Messen der betroffenen Extremität. Die Maßanfertigung ist von Standardmaßen abzugrenzen. Bei phlebologischen Indikationen kann überwiegend auf Standardware zurückgegriffen werden, bei Lymphödemen und Extremen (Oberschenkel/Fessel > 4:1, Länge, Dicke) sind Maßanfertigungen vorzuziehen. Es ist kostspieliger und sollte durch eine Diagnose begründet sein.

Kompressionsklasse:

Klasse 1-Intensität: leicht,
Druck: 18-21 mmHg
Klasse 2- Intensität: mittel,
Druck: 23-32 mmHg

Klasse 3- Intensität: kräftig,
Druck: 34-46 mmHg

Klasse 4 - Intensität: sehr kräftig,
Druck 49 mmHg-höher
Die Kompressionsklasse 4 wird heute kaum noch verordnet und ist nicht bei allen Strumpftypen und Herstellern lieferbar. Die Kompressionsklasse 1 benötigt eine zusätzliche Begründung (Bsp. Kompression bei peripherer arterieller Verschlusskrankheit, ...), sonst könnte es Probleme bei der Kostenübernahme geben, meist wird Kompressionsklasse 2 verordnet.

Länge und Ausführung:

Indikation, Lokalisation sowie Alter, Kraft, Beweglichkeit des Patienten haben Einfluss auf die erforderliche Länge des Kompressionsstrumpfes. Es gibt sie mit offener und geschlossener Fußspitze.

AD-Strumpf: Kniestrumpf

AG-Strumpf: Strumpf bis zur Leiste

AT-Strumpf: Strumpfhose

Kombinierte Versorgungen:

AD-Strumpf und Caprihose

AG-Strumpf und Radlerhose

Halterung:

Die Verordnung eines Kompressionsstrumpfes beinhaltet immer eine adäquate Befestigung. Nur in Sonderfällen ist die Art der Befestigung wie z. B. Haftband, Haftband, Hautkleber oder Hüftbefestigung, gesondert auf dem Rezept anzugeben.

Besondere Konstruktionsausführungen:

Insbesondere in Flachstrickware können eingenähte Pelotten, Reißverschlüsse, Stomaöffnungen, Klettverschlüsse, Materialmix oder schräge Abschlüsse verordnet werden.

Für Patienten mit Ulcus cruris gibt es seit einigen Jahren spezielle Unterschenkel-Kompressionsstrümpfe.

Diese bestehen aus einem einlagigen System, alle anderen Produkte aus zwei Lagen, einem Unterstrumpf aus weichem, hautschonendem Material mit geringem Anpressdruck, der als Gleitschiene dient und einen Oberstrumpf aus größerem Gestrickten mit höherem Anpressdruck und hoher Materialfestigkeit. Hier kann das Anlegen des äußeren Strumpfes durch einen Reißverschluss vereinfacht werden.

Dehnbarkeit:

- Je fester und kurzzügiger ein Material ist, desto höher steigt der Arbeitsdruck im Vergleich zum Ruhedruck, es resultiert eine hohe Stiffness. Ein dehnbares Material bewirkt eine nur geringe Druckdifferenz zwischen Ruheanpressdruck und Bewegung. Erstaunlich ist, dass durch die Steigerung der Materialfestigkeit bei gleicher Kompressionsklasse deutliche bessere Ergebnisse erzielt werden.

- Anpressdruck: dynamische Druckgröße in Abhängigkeit von Vorspannung, Materialeigenschaften und funktionellem Zustand (Kraft/Fläche).

- Ruhedruck: permanenter Druck von außen bei körperlicher Inaktivität (Ruheanpressdruck)

- Arbeitsdruck: temporärer Druck, der von innen kommt und vom Muskel erzeugt wird, wenn er sich gegen den Widerstand der Bandage anspannt.

- Wichtig ist die Art der Anpassung, Maßkonfektion oder Maßanfertigung, die Festigkeit des Materials (Stiffnes, Slopewert) und die Strumpflänge (Strumpfhose, Oberschenkelstrumpf, Kniestrumpf, oder geteilte Versorgung, etc.). Für die korrekte Anwendung der Kompression als suffiziente Therapie-modalität ist die Kenntnis dieser Unterschiede essentiell und sollte bei der Auswahl des geeigneten Materials für den jeweiligen Patienten beachtet werden.

- Eine zur Diagnose zugeteilte Kompressionsklasse oder -material gibt es nicht, aber entsprechende Empfehlungen in den Leitlinien und Hilfsmittelrichtlinien.

Die Kompressionstherapie gilt als relativ harmlose und ungefährliche Therapie, wenn sie korrekt angewandt wird. Dennoch gibt es Fälle, in denen Kompressionstherapie entsprechend Leitlinie kontraindiziert ist. Sie gelten für Kompressionsstrümpfe und Kompressionsverbände.

Absolute Kontraindikation:

- Fortgeschrittene periphere arterielle Verschlusskrankheit
- Dekompensierte Herzinsuffizienz
- Septische Phlebitis
- Phlegmasia coerulea dolens

Relative Kontraindikation:

- Nässende Dermatosen
- Schwere Sensibilitätsstörungen der Extremitäten



Durchblutung der Haut bei Wärme/Hitze kann es zu Verschlimmerung der Erkrankung und Symptomverstärkung kommen. Intensive Patientenaufklärung und Adhärenz liegen in seiner Hand und bestimmen seine Lebensqualität. In Zukunft kann nur eine Verbesserung der Materialeigenschaften vom Hersteller Besserung schaffen.

Nebenwirkung durch schlechten Sitz und falsche Anpassung der Kompressionsmittel:

Was ist schlimmer als Kompressionsstrümpfe die nicht richtig sitzen, ständig rutschen, einschnüren oder einklemmen? Meist sind adipöse Patienten davon betroffen, denen ein rundgestrickter Kompressionsstrumpf, der sich dem variablen Umfang eines Beines schlecht anpassen lässt, verordnet wird. Besser wäre hier ein flach gestrickter Strumpf, der sich besser anpasst.

Aber auch sehr magere Patienten leiden durch das Herunterrutschen oder Herunterrollen der Strümpfe, hier können Druckschäden auf periphere Nerven (N. Peroneus) und Hautnekrosen entstehen.

Diese Schädigungen sind sehr oft auch Anlegefehler, wie zum Beispiel bei der Wickeltechnik, fehlender Unterpolsterung oder falscher Materialwahl.

Aber auch Messfehler, die Auswahl einer falschen Kompressionsklasse und die Verwendung von Konfektionsgrößen statt Maßstrümpfen sind Ursache für den schlechten Sitz. Oftmals mangelt es an gut geschultem Personal und an praktischen Fertigkeiten.

Gute Sanitätshäuser kommen morgens oder nach der Lymphdrainage zum Patienten um Maß zu nehmen und achten darauf das die Beine entstaubt sind. Sie setzen sich bei Unklarheiten mit dem verordneten Arzt auseinander. Bei der Wahl der Kompressionsart ist es essentiell wichtig, den Patienten in die Entscheidungsfindung einzubeziehen, ihm die verschiedenen Möglichkeiten aufzuzeigen, Vor- und Nachteile zu erläutern und seinen Lebensstil zu berücksichtigen.

Die korrekte, individuelle und leitlinien-gerechte Anpassung und Durchführung der Kompressionstherapie durch gut geschultes und regelmäßig trainiertes Personal sowie adäquate Aufklärung und Schulung von Patienten und ihrer Angehörigen durch Demonstration und

- Kompensierte arterielle Verschlusskrankheit
- Kompensierte Herzinsuffizienz
- Unverträglichkeit und allergische Reaktionen auf Kompressionsmaterial
- primäre chronische Polyarthritis
- Es gibt sehr wenig Erkrankungen oder Zustände, die eine Kompressionstherapie nicht zulassen.

Dagegen sind eine Vielzahl von Nebenwirkungen bei der Anwendung von Kompressionsstrümpfen und -verbänden möglich, wie Verschlechterung von Wunden, Schwitzen, Thrombose, Ineffektivität, fehlende Adhärenz, Ödeme, Bewegungseinschränkungen, Allergien, Schmerzen, Ulkus, Hautirritationen (Kontaktekzem, Juckreiz, Hauttrockenheit, Mazeration), Nervenschädigung, Nekrose/Ulcus, Schnürfurchen, Blasenbildung, Lungenembolie, kardinale Probleme, Amputationen, Schuhprobleme, Durchblutungsstörungen.

All diese Nebenwirkungen werden hauptsächlich durch falsche Handhabung, Durchführung, Leichtsinngigkeit und Unwissenheit verursacht, gelegentlich auch durch die Kompressionstherapie selbst.

Nebenwirkung an der Haut:

Besonders häufig vor zu finden sind Hauttrockenheit, Juckreiz, Ekzembildung und Hautrötungen, die häufig auf nicht

durchgeführte oder schlechte Hautpflege zurück zu führen sind. Hier ist es besonders wichtig, den Patienten, Angehörigen, PK über die notwendige und korrekte Hautpflege und Körperhygiene unter der Kompressionstherapie aufzuklären. Dies ist besonders bei Patienten mit langfristiger Indikation relevant. Kenntnisse über geeignete Hautpflegeprodukte, wie rückfettende Salben, Cremes und Schäume, werden oftmals bereits von den Kompressionsmittelherstellern angeboten und vermittelt.

Weiterhin kann es bei starker Behaarung oder unzureichender Hygiene unter der Kompressionstherapie zu rezidivierenden Follikulitiden vor allem an der Schienbeinkante kommen. Helfen kann hier eine antiseptische Begleittherapie (polihexanid - od. octenidinhaltige Waschlotionen), regelmäßiges Waschen des Kompressionsmaterials oder eine Rasur.

Wärmegefühl und Schwitzen:

Durch Kompression kommt es zu einem Ansteigen der Hauttemperatur, des transepidermalen Wasserverlustes und der Hautfeuchtigkeit.

Im Sommer entsprechend stärker, daher werden die Kompressionsstrümpfe hier selten oder gar nicht getragen. In Kombination mit der verstärkten

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 1.900 Mitarbeitern.

Eine Auswahl unserer Therapiebereiche auf einen Blick

Stoma



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

Inkontinenz



- 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
- Therapieklärung 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

Einübung der Anziehtechnik sollte uns am Herzen liegen, damit die Kompressionstherapie eine Chance hat.

Kleine Checkliste

- An welchen Stellen und wann wurde Maß genommen?
- Ist nach Erhalt der Kompressionsstrümpfe das An- und Ausziehen der Strümpfe erklärt, gezeigt und unter Aufsicht durchgeführt worden?
- Ist der Patient alleine in der Lage, die Kompressionsstrümpfe an- und auszuziehen oder benötigt er eine Anziehhilfe oder eine PK?
- Hat der Patient eine Einweisung in der Handhabung der Kompressionsstrümpfe erhalten? (Feinwaschmittel 30°C, kein Wollwaschmittel/Weichspüler, nicht an der Heizung oder im Trockner trocknen)
- Ist die optimale Hautpflege mit den zugehörigen Produkten während der Kompressionstherapie besprochen worden?
- Sind Wasch und -Pflegeanleitungen erklärt worden?
- Ist besprochen worden, dass Nagelpflege und die Verwendung geeigneter Haushaltshandschuhe eine Beschädigung der Kompressionsstrümpfe vermeiden?
- Ist ihm bekannt das er regelmäßig alle 6 Monate neue Kompressionsstrümpfe erhält, da die alten keine ausreichende Kompressionswirkung mehr zeigen?

Nach der Verordnung der Kompressionstherapie sind Kontrolluntersuchungen zur Effektivität der Therapie sinnvoll. Leichte Nebenwirkungen lassen sich umso leichter therapieren, je schneller die Korrektur erfolgt. So können wir die Adhärenz der Kompressionstherapie erhalten und fördern, immer im Sinne des Patienten und seiner selbstbestimmenden Lebensqualität!

Quellen/Literatur bei der Autorin



Sherren-Ann Walter

Bild: Autorin



Softima® 3S. Simpel. Sicher. Soft.

Flexibles zweiteiliges Stomasystem mit Sicherheits„klick“



- **Simpel.** Das „Guiding System“ ermöglicht ein einfaches Positionieren des Beutels auf der Basisplatte. Dank des untergreifbaren Rastrings erfolgt das Einrasten des Beutels ganz leicht und ohne Druck auf den Bauch.
- **Sicher.** Der zusätzliche Sicherheitsverschluss gibt dem Beutel mehr Halt und vermittelt dem Träger ein größeres Sicherheitsgefühl.
- **Soft.** Der neue Rastring ist flexibel auch wenn der Beutel aufgesetzt ist. Die neue Folie passt sich perfekt der Körperkontur an, dadurch wird eine hohe Diskretion erreicht.

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Melsungen AG | OPM | 34209 Melsungen | Deutschland
Tel. (0 56 61) 71-33 99 | www.ambulant-bbraun.de | www.stomacare.bbraun.de



Einfach den QR-Code mit der Kamera Ihres Smartphones und einer geeigneten Reader-Applikation einscannen und den Softima® 3S Film direkt auf Ihrem Handy ansehen.

Immunonutrition

eine besondere Form der Ernährungstherapie

Die Bezeichnung Immunonutrition wird für klinische Ernährung benutzt, die neben ihrem Gehalt an allen vorgeschriebenen Nährstoffen zusätzlich Substanzen (=Immunonutrients) enthalten, die das Immunsystem stärken und so zu einer besseren Abwehrlage beisteuern.

Zu diesen sogenannten Immunonutrients zählen nach momentanem Stand der Wissenschaft verschiedene Aminosäuren (Arginin, Glycin, Glutamin), RNS-Nukleotide sowie omega-3-Fettsäuren aus Fischöl. Diese Substanzen sind in der Lage, ein „entgleistes“ Immunsystem ins Gleichgewicht zurück zu bringen. Ein paar Details zu den einzelnen Substanzen:

- **Aminosäuren:** Am besten untersucht und belegt in seiner Wirksamkeit ist die unter normalen Umständen nicht-essentielle Aminosäure Arginin. In katabolen Stoffwechsellagen, die gekennzeichnet sind durch hormonelle und immunologische Veränderungen, entsteht ein erhöhter Argininbedarf. Somit wird Arginin zur essentiellen (lebensnotwendigen) Aminosäure.
- **RNS-Nukleotide:** Nukleotide sind die Bausteine der Nukleinsäuren, der Kernsäuren, die in den Zellen aller Lebewesen vorkommen. Einige Nukleotide spielen als Koenzym im Zellstoffwechsel eine wichtige Rolle. Sie sind Energieüberträger und –speicher der Zelle, liefern z. B. Purinbasen, die für den Neuaufbau von Zellen notwendig sind. Gerade die schnell wachsenden Zellen (Darmzellen, Immunzellen) profitieren daher in besonders hohem Maße von einer zusätzlichen Gabe an Nukleotiden.
- **Omega-3-Fettsäuren:** Omega-3-

Fettsäuren gehören zu den mehrfach ungesättigten Fettsäuren, die sich inzwischen sowohl als Bestandteil der normalen Nahrung wie auch als Nahrungsergänzungsprodukt den Ruf einer wahren Wunderwaffe erworben haben. Sie spielen bei lebenswichtigen Körperabläufen eine Schlüsselrolle – von der Regulierung des Blutdrucks und der Blutgerinnung bis zur Stärkung des Immunsystems – und sind zur Vorbeugung und Behandlung vieler Erkrankungen und Beschwerden nützlich. Durch die entzündungshemmenden sowie durchblutungsfördernden Eigenschaften wird das Gewebe besser mit Nährstoffen versorgt und schädliche Substanzen schneller abtransportiert.

Nahrungen, die diese Spezialsubstanzen enthalten, werden vorrangig bei 2 Patientengruppen eingesetzt – bei Intensivpatienten und bei Menschen mit Dekubitus.

Es ist bekannt, dass nach einer schweren Operation das Immunsystem stark geschwächt wird und die immunologischen Laborwerte von Intensivpatienten stark absinken. Es dauert einige Tage, bis diese Talfahrt wiederum überwunden ist. In dieser kritischen Zeit ist das Risiko hoch, dass sich Infektionen entwickeln, die sich wiederum auf den gesamten klinischen Verlauf negativ auswirken. Daher hat es sich bewährt, den Patienten nach der Operation nicht nur mit Nahrung zu versorgen, sondern sein Immunsystem gezielt mit zusätzlichen Immunonutrients zu unterstützen. Es setzt sich in der Intensivmedizin mehr und mehr durch, Patienten direkt (innerhalb von 12 – 24 Stunden) nach

dem operativen Eingriff enteral mit Nahrungen inklusive Immunonutrients zu ernähren.

Da die Magenmotilität (Bewegungsfähigkeit des Magens und damit die Fähigkeit den Mageninhalt weiterzutransportieren) in der Regel eingeschränkt ist, empfiehlt sich eine jejunale Ernährung (Sonde, die direkt im Dünndarm liegt), die kontinuierlich per Pumpe verabreicht wird.

Die Zufuhr rate sollte am ersten Tag gering sein (15–20 ml/h) und nur langsam, alle 1–2 Tage je nach Verträglichkeit gesteigert werden.

In zahlreichen klinischen Studien ist dokumentiert, dass sich eine Dreierkombination der Immunonutrients Arginin, RNS-Nukleotide sowie omega-3-Fettsäuren aus Fischöl auf das Immunsystem positiv auswirkt. Die Immunparameter der therapierten Patienten erholen sich im Vergleich zu mit Standardnahrung ernährten Patienten wesentlich schneller. Die Auswirkungen der Spezialernährung auf den klinischen Verlauf äußern sich in geringeren Komplikationsraten, geringere Krankenhausaufenthaltsdauer und damit auch in einer deutlichen Kosteneinsparung.

Da die postoperative Immunonutrition nur eine schnellere Regeneration er-niedrigter Immunparameter bewirken kann, bietet sich neben der postoperativen Ernährung mit Spezialsubstanzen an, wenn möglich, den Patienten auf eine bevorstehende Operation optimal vorzubereiten. Eine trinkbare Form der Immunonutrition bietet sich zur Vorbereitung auf einen großen chirurgischen Eingriff bei Tumorerkrankungen (HNO, Gesichts-, Kiefer-, Mundchirurgie,

Magen-Darm-Trakt, Herzchirurgie) an. Mit der präoperativen Ernährung sollte 3–5 Tage vor dem Eingriff begonnen werden und diese nach der Operation möglichst 7 Tage fortgesetzt werden. Die positiven Erfolge äußern sich neben einem besseren Ernährungsstatus in der schnelleren Erholung zahlreicher Immunparameter sowie in einem besseren klinischen Verlauf: Wunden heilen besser und die Infektionsgefahr ist geringer. Über die positiven Wirkungen der Immunonutrition auf Immunsystem und outcome-Parameter berichten zahlreiche klinische Studien, die mittlerweile mit über 2500 Patienten durchgeführt wurden.

Menschen mit Dekubitus können ebenfalls von einer Immunonutrition profitieren. Die Entwicklung und Heilung eines Dekubitus hängt natürlich von mehreren Faktoren ab. Eine entscheidende Rolle spielt hierbei die Druckeinwirkung auf das Gewebe durch das Liegen. Begleitend jedoch zu den entsprechenden Pflegemaßnahmen ist dabei die Ernährung wichtig. Menschen mit Dekubitus sollten bedarfsgerecht mit allen Nährstoffen sowie eiweißreich ernährt werden. Es ist eine Studie an bettlägerigen Personen mit Dekubitus bekannt, bei denen eine erhöhte Proteinzufuhr (24 % statt 14 % der Energiezufuhr) zum schnelleren Abheilen des Dekubitus führte. Da beim Dekubitus neben der bedarfsgerechten Ernährung zusätzlich das Entzündungsgeschehen reduziert und Wundheilungsprozesse verbessert werden sollten, hat sich die Immunonutrition in der Praxis bewährt. Patienten, denen neben der optimalen Wundversorgung anstelle einer Standard-Ernährung eine spezielle Immunonutrition gegeben wurde, reagierten mit einem sichtbaren Abheilen des Dekubitus. Diese Erfolge lassen sich dadurch erklären, dass Arginin als Immunonutrient neben der Stärkung der Immunzellen über eine Förderung der Kollagensynthese die Wundheilung verbessert. Der Entzündungsprozess wird positiv beeinflusst durch die omega-3-Fettsäuren aus Fischöl, die in der Lage sind, entzündliche Prozesse abzuschwächen.

Die Immunonutrition wird in der veröffentlichten „Leitlinie Enterale Ernährung“ der DGEM (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin) unter anderem vor und nach großen Operationen mit höchstem Evidenzgrad empfohlen.

Sicher und hautfreundlich versorgen:

Eakin Cohesive® alkoholfreie Hautschutzpaste

Dank ihrer einzigartigen Zusammensetzung verfügt die Eakin Cohesive® Paste über spezielle hautregenerative Eigenschaften. Ein entscheidender Vorteil, insbesondere wenn irritierte oder entzündete Haut geschützt werden muss.



Maximale Hautverträglichkeit

- **Alkoholfrei!** Brennt nicht! Auch nicht auf geschädigter Haut!
- Reizfreier Hautschutz
- Ideal für Patienten mit empfindlicher Haut

Medizinisch notwendig:

- Bei unebener Haut, z.B. rund um ein Stoma
- Bei geschädigter Haut und aggressiven Ausscheidungen
- Bei gereizter oder irritierter Haut
- Bei nässenden Hautdefekten
- Bei sensibler Haut
- Bei der Versorgung von Kindern

Fragen, Muster,
Bestellungen:

0800-22 440 22
(gebührenfrei)

Eakin GmbH · Feringastrasse 6
85774 München-Unterföhring
Tel. 089 - 99 216 256
Fax 089 - 99 216 200
info@eakin.de · www.eakin.de



22. und 23. Januar in Berlin

Kongresses Pflege 2016

Springer-Verlag GmbH

Heidelberger Platz 3

D-14197 Berlin

Tel.: 0 80 07 78 07 77 (kostenfrei)

+49 (0) 30 88 42 93 - 6 00

Fax: 0 30 88 42 93 - 9 40

E-Mail: kundenservice@springermedizin.de

www.springermedizin.de



10.-12. März 2016 in Würzburg

7. ICW-Süd / HWX-Kongress

Institut Schwarzkopf GbR

Mangelsfeld 16

97708 Bad Bocklet

Veranstaltungsmanagement

Tel.: 0 97 08 / 7 05 96 - 7 32 und -7 33

Fax: 0 97 08 / 7 05 96 - 7 39

E-Mail: kongress@institutsschwarzkopf.de

www.institutsschwarzkopf.de



10.-12 März 2016 in München

Deutscher Pflegetag 2016

Deutscher Pflegerat e.V. - DPR

Alt-Moabit 91

10559 Berlin

Tel. + 49 30 1398 77 303

Fax: + 49 30 1398 77 304

E-Mail: info@deutscher-pflegerat.de

www.deutscher-pflegetag.de



12.-14. März 2016 in München

17th International EAUN Meeting

EAUN Central Office

PO Box 30016

NL-6803 AA Arnhem, The Netherlands

Tel.: + 31(0) 2 63 89 06 80

www.eaun16.org



11.-13. Mai 2016

Deutscher Wundkongress

WFB Wirtschaftsförderung Bremen GmbH

Messe Bremen & ÖVB-Arena

Findorffstraße 101

28215 Bremen

Tel.: +49 (0) 4 21 35 05 - 0

Fax: +49 (0) 4 21 35 05 - 3 40

E-Mail: info@messe-bremen.de

MagSi®

MAGAZIN

FgSKW
STOMA
KONTINENZ
WUNDE

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. 69 · 12/2015



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



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



DAA Deutsche Angestellten Akademie
Angersbachstr. 4, 34127 Kassel
E-Mail: information@daa.de
www.daa.de



Stoma-Welt.de
Am Bettenheimer Hof 26
55576 Sprendlingen
info@stoma-welt.de / www.stoma-welt.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:
Friedrichstraße 15, 60323 Frankfurt
Tel.: 069 – 79588393
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



STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Pflege Preis

Die FgSKW e.V. vergab in diesem Jahr zum dritten Mal den Pflegepreis für die drei besten Facharbeiten, die als Bestandteil der Abschlußprüfung im Jahre 2014 im Rahmen der Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde erarbeitet wurden.

Die Preisverleihung fand in einem feierlichen Rahmen am 21.10.15 in Königswinter statt. Besonders schön war erneut die Anwesenheit von Familienmitgliedern und Freunden der Preisträger, die dadurch Ihre besondere Wertschätzung der geleisteten Arbeit zum Ausdruck brachten.

Eingerahmt von zwei Vorträgen von Hr. Werner Droste und Hr. Christian Limpert (Selbsthilfe- Stoma- Welt e.V.) hatten unsere drei Preisträger die Möglichkeit, Ihre Facharbeit dem anwesenden und interessierten Publikum zu präsentieren.

Wir als FgSKW e.V. sagen

„Willkommen in der 'Hall of fame'!"

Wir sind sehr stolz und glücklich Ihnen die diesjährigen Preisträger mit dem jeweiligen Thema ihrer Facharbeit zu präsentieren:

Hr. Bernhard Hoffmann

Versorgung eines Laparostoma mit Dünndarmfistel

Hr. Peter Schinkel

Das präoperative Gespräch im Spannungsfeld zwischen Krebsdiagnose und Stomaanlage,-
Eine retrospektive Studie zur psychischen Belastung von Darmkrebspatienten

Hr. Frank Blumberg

Evaluation der Implementierung des Expertenstandards „ Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“
am Katholischen Klinikum in Koblenz Montabaur

Die FgSKW e.V. sagt: Herzlichen Glückwunsch!

Wir als FgSKW e.V. werden die Facharbeiten nach und nach über unsere Facebook-Seite und unsere Homepage der Öffentlichkeit zugänglich machen.

Also,- see you on facebook!

Zum Ende der Veranstaltung bedankte sich Hr. Droste im Namen der Fachgesellschaft für die gelungene Veranstaltung. Bei einem gemeinsamen Abendessen wurde die Gelegenheit ausgiebig genutzt, um die drei Preisträger im Kreise der Kolleginnen und Kollegen zu feiern und diesen Abend ausklingen zu lassen.

Anja Tork



Versorgung eines Laparostoma mit Dünndarmfistel



Universitätsklinik Bonn AÖR
Chirurgisches Zentrum/Stomatherapie
Bernhard Hoffmann
Sigmund-Freud-Str. 25
53127 Bonn

Die Thematik wurde anlässlich meiner Abschlussarbeit der Weiterbildung Stoma, Kontinenz und Wunde in Herne erarbeitet. Mit dieser Arbeit möchte ich für das Thema „Versorgung eines Laparostoma mit Dünndarmfistel“ sensibilisieren und das Interesse an der komplexen Versorgung wecken. Mithilfe dieser Arbeit sollte die Entstehung und Vermeidung von Dünndarmfisteln verstanden werden. Weiter möchte ich die Problematik der Versorgung von Laparostomiewunden mit Dünndarmfisteln, aber auch die möglichen Versorgungsmethoden, deren Grenzen und Einsatzmöglichkeiten aufzeigen. Anhand der Fragestellung ist das Ziel auf die Vorstellung von Methoden gerichtet, falls die Versorgung über Vakuumtherapie und Fistelseparierung mittels Fisteladaptern nicht möglich ist. Mit einer „Anleitung zum Anbringen eines Wund- und Fistelbeutels“ möchte ich einen Lösungsvorschlag zur Verbesserung der Versorgung vorstellen.

„Unter einem Laparostoma (griechisch: lapára – der Leib; stoma – Öffnung, Mund) versteht man eine geplante, operativ hergestellte Verbindung zwischen Bauchraum und Außenwelt zur Durchführung einer sogenannten offenen Bauchbehandlung. Bei schwerwiegenden Erkrankungen des Peritoneums oder Retroperitoneums besteht so ein einfacher Zugangsweg zu den erkrankten Organen, um beispielsweise Spülungen vorzunehmen oder auch den abdominalen Druck zu entlasten. So können häufige Laparotomien vermieden werden. Synonym werden auch die Begriffe offenes Abdomen und geplante ventrale

Hernie verwendet.“ ([Herrle et al. 2011]) (<https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1325037>)

„Als Dünndarmfisteln bezeichnet man Verbindungen des Dünndarms zu anderen Hohlorganen (= innere Dünndarmfistel) bzw. zur Haut (= äußere Fistel). Fistelgang epithelialisiert (Lippenf.) oder ausgekleidet durch Granulationsgewebe (Röhrenfistel)“ <http://www.med2click.de/duenndarmfisteln-2525/>)

„Eine Fistel (von lateinisch fistula = Pfeife, Röhre) ist eine unnatürliche röhrenartige Verbindung zwischen einem inneren Hohlorgan und anderen Organen oder der Körperoberfläche.“ (<http://www.krankheiten.de/Krankheiten/fistel.php>)

Die Motivation zu dieser Thematik entspringt aus der eigenen Erfahrung, dass sich häufig unter der Vakuumtherapie von offenen Bauchwunden nach Laparostoma Dünndarmfisteln ausbilden. Die Versorgung dieser Dünndarmfisteln war stets eine große Herausforderung. Die Fisteln lagen meist in ungünstigen Bereichen der offenen Bauchwunde, waren zu groß oder zu tief für die Fisteladapter, die Fistelausscheidung zu hoch, sodass die die Vakuumtherapie mit Fisteladaptern, wegen häufiger Undichtigkeiten der Fistelseparation, verlassen werden musste. Alternativ wurde auf die Versorgung mittels Wund- und Fistelbeutel, die sehr aufwendig war, umgestiegen.

Für ein Laparostoma werden, wie bei einer Laparotomie, alle Schichten des gedeckten Abdomens, von den Haut-

schichten bis über die Faszie, eröffnet. Im Gegensatz zu einer Laparotomie wird diese Eröffnung jedoch nicht wieder direkt verschlossen. Somit wird der Zugang zu den Bauchorganen hergestellt, worüber eine Druckentlastung sichergestellt, die Bauchhöhle gespült werden und eine Zustandskontrolle der Organe bezüglich Schwellung, Perfusion, Entzündung und anderer Parameter erfolgen kann.

Als Indikationen zur Anlage eines Laparostoma sind die akute nekrotisierende Pankreatitis und die eitrige Peritonitis mit den daraus entstehenden vielfältigen Problemen zu benennen. Die Ursachen für eine Peritonitis sind vielfältig. Die Ursachen einer primären Peritonitis sind solche, die nicht durch Perforation eines Hohlorgans entstehen. Dazu gehören Keimeinbringungen auf dem hämatogenen oder lymphogenen Weg. So können z. B. Pneumokokken, diverse andere Keime bei der Leberzirrhose, bei verminderter Abwehrlage, bei Diabetes mellitus, Urämie oder gar einer Peritonealkarzinose, einwandern, oder sogar Entzündungen ohne Keimnachweis entstehen. Zu der sekundären Peritonitis gehören Ursachen wie Perforationen von Hohlorganen (Magen, Dünndarm, Dickdarm), Durchwanderung (Ileus, entzündl. Darmerkrankung, Megakolon), posttraumatische, postoperative (Anastomoseninsuffizienz, „Platzbauch“, Kontamination) und retroperitoneale Ursachen wie durch eine Pankreatitis. (vgl. Jaehn 2011, S. 11-12). Des Weiteren sind die Behandlung von erhöhten intraabdominellen Drücken (IAD, oder IAP), die Vermeidung von abdominalen Kompart-

mentsyndromen (AKS), Schwellung innerer Organe, Faszienverhältnisse, Erhalt der viszeralen Perfusion und Zirkulation und rezidivierende Lavage der Bauchhöhle als Indikationen, sowie zur Vermeidung häufiger Re-Laparotomien zu erwähnen. (vgl. Jaehn 2011, S. 40–41). Das primäre Laparostoma ist die operative Anlage und Modifikation der offenen Bauchbehandlung ohne Hinzunahme von weiteren Maßnahmen, wie Spülungen. (vgl. Jaehn 2011, S. 40). Diese Art der primären Laparostomien wurde in der aktuellen Gegenwart gerne verlassen, um die Komplikationen mit häufiger Fistelbildung und Multiorganversagen zu umgehen. (vgl. Jaehn 2011, S. 41). Die Anwendungen sonstiger Laparostomien, die zur Vermeidung häufiger Re-Laparotomien angewendet werden, stiegen durch bessere Möglichkeiten der Verhinderung von Keimeinbringungen und verbesserter Intensivmedizin. Für die Behandlung der nekrotisierenden Pankreatitis stieg ebenfalls die Anwendung des Laparostomas im Beobachtungszeitraum von 1982 bis 1992 (vgl. Smektala 1994, S. 117). Diese Art der Behandlung senkt das Risiko der Sepsis, der Pneumonie, des SIRS, des ARDS, des Multiorganversagens bei der nekrotisierenden Pankreatitis. Die Letalität sank dabei von anfangs 40% auf 19,6% (vgl. Smektala 1994, S. 118).

Versorgungsproblematik

Komplikationen bei der Laparostomie sind außer der Fistelbildung und Multiorganversagen, der Wechsel des Keimspektrums auf Hospitalkeime nach 4–5 Tagen, der hohe Flüssigkeitsverlust, hoher Eiweißverlust, die Einschränkung der Lagerung oder Mobilität, die Erhöhung des Dekubitusrisikos und die Erhöhung des Pneumonierisikos. Verdunstung über die große offene Wunde, das Austrocknen der Darmwände und Organoberflächen sind weitere Probleme. (vgl. Jaehn 2011, S. 40–50). Da Patienten mit Laparostoma in der Regel Analgo-sediert sind, müssen diese beatmet werden. Wegen der Analgo-Sedierung steigen das Dekubitus- und das Pneumonierisiko. Aufgrund moderner Beatmungsgeräte mit speziellen Beatmungsmodi kann heutzutage die Analgo-Sedierung reduziert werden, wodurch die Patienten „wacher“ sind, am Beatmungsgerät spontan hinzutreten können, womit das Pneumonierisiko etwas gesenkt werden konnte. (vgl. Larsen 1997, S. 772 bis 773).

Mithilfe verschiedener Arten des temporären Bauchdeckenverschlusses, des möglichst frühen sekundären Bauchdeckenverschlusses und der abdominalen Vakuumtherapie (AVT), welche im Kapitel 2.1.5.1 näher beschrieben werden, sind die Komplikationsrisiken reduzierbar. (vgl. Jaehn 2011, S. 7).

Sonderform sogenannter „Platzbauch“ oder „burst abdomen“

Als Sonderform zu einem offenen Bauch ist der sogenannte „Platzbauch“ zu nennen, welcher aktuell aber auch gerne als Ursache für eine offene Bauchbehandlung genannt wird. In der Literatur werden Synonyme für die Bezeichnung „Platzbauch“ wie Wunddehiszenz, Wundruptur, Eventration oder Eviszeration verwendet. Der Begriff „Platzbauch“ ist jedoch im deutschsprachigen chirurgischen Sprachgebrauch etabliert. (vgl. Schneider 1991, S. 3). In der englischsprachigen Literatur ist auch der Begriff „burst abdomen“ zu finden. Der Begriff „abdomen apertum“ ist ebenfalls in Gebrauch, leitet sich aus dem lateinischen (abdomen = Bauch, Eingeweide; apertus, -a, -um = offen, freigelegt) ab und wird im allgemeinen für die sogenannte „offene Bauchbehandlung“ oder den „offenen Bauch“ eingesetzt.

Pathogenese

Der sogenannte „Platzbauch“ ist im Gegensatz zu dem operativ angelegten Laparostoma eine Komplikation nach abdominalen Operationen. Ein Platzbauch ist eine aus einer Wundheilungsstörung entstandene Nahtdehiszenz einer abdominalen Operationsnaht, welche eine Eröffnung aller Wundschichten und damit eine Eröffnung des Bauchraumes zur Außenwelt ist. (vgl. Schneider 1991, S. 1).

Diese Form imponiert durch seine anfängliche Symptomlosigkeit mit darauf folgenden meist nur unspezifischen Frühsymptomen wie Schmerzen, Übelkeit, Stuhlverhalt. Unterscheiden lassen sich aseptische, in der keinerlei Entzündungszeichen erkennbar sind, und septische Formen, die mit teilweise nur geringer Sekretion aus oberflächlichen Dehiszenzen erkennbar sind. Das Ausmaß der Dehiszenzen der unteren Schichten wird meist erst nach Entfernung der Hautnaht erkannt. (vgl. Schneider 1991,

S. 2–3). Das Auftreten der Ruptur liegt zwischen dem vierten und dem zehnten post-operativen Tag, wobei der Peak des Auftretens zwischen dem sechsten und neunten post-operativen Tag liegt. (vgl. Hein 1984, S. 18). Schneider hingegen hat in seiner Dissertation das Auftreten der Ruptur zwischen dem fünften und zehnten postoperativen Tag, mit dem Gipfel am siebten Tag, beschrieben. (vgl. Schneider 1991, S. 27).

Ätiologie

Als Ursachen sind die Peritonitis mit 43,3%, die Wundinfektion mit 40%, Erkrankungen der Atemwege mit Husten, Pressen, Asthma mit 23,4% als auch zeitweise verstärkte Bauchdeckenspannung mit 18,4% zu nennen. Ileus, Darmatonie und Meteorismus sind mit 17,2% ebenfalls häufige Ursachen. Weitere Ursachen sind Relaparotomien, Abszesse, Beatmung, Serome, Hämatome und Sepsis. (vgl. Hein 1984, S. 17). Prädisponierende Faktoren sind Diabetes mellitus, Adipositas, Eiweißmangel, Faktor XIII Mangel und andere. (vgl. Schneider 1991, S. 15–21).

Therapie des Laparostoma

Das Laparostoma dient selbst als Therapiemaßnahme zur offenen Bauchbehandlung und wird daher in der Regel nicht mit einer Primärnaht verschlossen. Daher werden hier andere Maßnahmen herangezogen zur Verminderung von Komplikationen, wie der temporäre Bauchdeckenverschluss. Da meist ein kompletter sekundärer Bauchverschluss über Nähte aller Schichten nicht durchzuführen ist, wird hier der Kompletverschluss über Etappen erreicht. Somit wäre in der Kaskade der Therapie als nächstes Ziel zumindest der definitive Faszienverschluss zu benennen. Ein Verschluss der Hautschichten ist in den meisten Fällen wiederum zu einem anderen Zeitpunkt möglich. Daher ergibt sich hier die Aufteilung in die folgenden Stadien der Therapie.

Maßnahmen zum temporären Bauchdeckenverschluss

Zum temporären Verschluss der Bauchdecke haben sich verschiedene Maßnahmen bewährt. Zu den etablierten Maßnahmen zählen die temporären Verschlüsse mithilfe der folgenden Methoden.

- Tücher und Folien

Hier wird das offene Abdomen mit feuchten Bauchtüchern abgedeckt, anschließend eine Opsite® Folie über diese Tücher und den Bauch aufgebracht. Bei größerer Sekretion jedoch kommt es zu Mazerationen der Wundumgebung.

- Reißverschluss

Hier kommt der Verschluss mithilfe einer Schienengleitverschlusstechnik namens Ethizip® zum Einsatz. Dieser kann an Folien angenäht werden, die wiederum an den Wundrändern fixiert werden und somit ein wiedereröffnenbaren temporären Verschluss erstellen.

- Bogota Bags

Hier verwendet man einen vorgefertigten sterilen Plastikbeutel, welcher von Dr. Oswaldo Borraez in Bogota (Kolumbien) angewendet wurde und daher als Bogota Bag bezeichnet wird. Auch dieser Beutel wird an den Faszien- oder Wundrändern angenäht.

- Towel Clip Closure

Hierbei wird der Verschluss mittels Tuchklemmen an den Wundrändern fixiert, woraus aber aufgrund der Zugkräfte an den Eintrittstellen der Tuchklemmen Nekrosen entstehen können.

- VAC (Vakuum) Pack

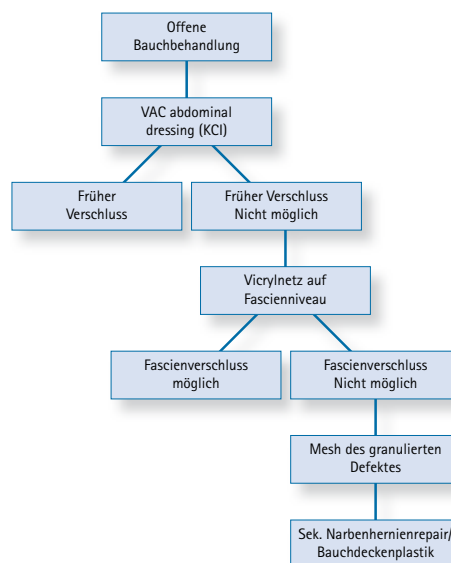
Dieses stellt den Vorläufer des heutigen V.A.C.®-Verbandes dar, wurde 1995 zuerst beschrieben und besteht aus einem sterilen Tuch welches mit einer Folie abgeklebt und an Vakuum angeschlossen wurde.

- Abdominelle Vakuumtherapie

Dies stellt die heutige V.A.C.®-Therapie dar, die um 1980 in den USA entwickelt wurde und seit ca. 1990 in Deutschland angewandt wird. Sie basiert auf den Einsatz von Polyvinylalkoholschwämmen mit einer Porengröße von 400µm für tiefe Wunden oder 200µm für oberflächliche Wunden, die mit einer keimdichten PU-Folie abgedeckt werden und mit vordefinierten Sog von 75 mmHg bis 175 mmHg auf die Wundfläche wirken (vgl. Jaehn 2011, S. 42ff).

Definitiver Verschluss der Faszie

Der Zeitpunkt des definitiven Verschlusses der Faszie ist abhängig von dem Abklingen der Peritonitis, dem Abschwellen der Organe, dem Normalisieren des intraabdominellen Druckes und der Annäherbarkeit der Faszienränder, ohne den intraabdominellen Druck wieder zu erhöhen, weshalb der IAD weiter kontrolliert werden muss. Bei einigen Verläufen gelingt der Verschluss der Faszie innerhalb weniger Tagen. Wenn jedoch der Verschluss nicht innerhalb von 5-7 Tagen gelingt, dann bildet sich über den Bauchorganen im weiteren Verlauf Granulationsgewebe. Dabei bilden sich Adhäsionen der Darmwände und der Bauchorganoberflächen mit dem Granulationsgewebe und/oder mit der Bauchdecke, welches zu dem Zustand des sogenannten „frozen abdomen“ führt. Eine Deckung des Defektes wird dann im weiteren Verlauf mit einer Meshgraft-Deckung oder im späteren Verlauf mittels eines Verschiebelappens gedeckt. Der definitive Faszienverschluss wird dann in der Regel 9-12 Monate später durchgeführt. (vgl. Jaehn 2011, S. 50). Im Anschluss an einen nicht gelungenen frühen Faszienverschluss wird heutzutage aber auch eine alternative Methode mittels Einbringen eines Vicryl Netzes auf Faszieniveau durchgeführt. Diese Methode ist ein Teil des sogenannten „Koblenzer Algorithmus zur offenen Abdominalbehandlung“ mit dem sich die Fistelbildung deutlich verringern ließ.



Koblenzer Algorithmus zur offenen Abdominalbehandlung (aus Willms et al. 2011, S. 593).

Von 2004 bis 2009 wurde eine Studie über die offene Bauchbehandlung von Willms et al. am Bundeswehr-Zentral-Krankenhaus Koblenz durchgeführt. Dort wurde ab 2006 der eigens entwickelte „Algorithmus zur offenen Abdominalbehandlung“ (siehe Abbildung 1) in die Studie integriert. Das Ergebnis zeigte, mittels Vicryl Netzeinlagen auf Faszieniveau und Vakuumtherapie die primäre Faszien-Verschlussrate auf 87% gesteigert werden und die Fistelbildung hingegen auf 0% abgesenkt werden konnte. Dabei stellt der Schutz der vulnerablen Darmwände durch eine inerte Folie zwischen diesen Darmwänden und der Abdeckung einen wesentlichen Faktor zur Fistelvermeidung dar (vgl. Willms et al. 2011, S. 593-596).

Sekundärer Verschluss

Wie in der Abbildung 1 des „Koblenzer Algorithmus zur offenen Abdominalbehandlung“ zu erkennen ist, ist ein Kompletverschluss der Hautschichten höchstens in der frühen Phase als „früher Verschluss“ in einer späte- oder verzögert-primäre Bauchnaht möglich (bis zum 4ten Post-OP-Tag). In den anderen Fällen ist jedoch ein Etappenverschluss über eine sekundäre Narbenhernienreparatur mit definitivem Faszienverschluss oder gar einer Bauchdeckenplastik notwendig. Der Verschluss über eine sekundäre Bauchnaht erfolgt über Exzision der Wundränder mit dem anschließenden schichtweisen Verschluss über Nähte aller Schichten. Die Sekundärnaht ist per Definitionem eine Naht in der Reparationsphase der Wundheilung (ab dem 8ten Tag) (vgl. <http://flexikon.doccheck.com/de/Sekund%C3%A4rnaht>).

Wundbehandlung

Zusätzlich zu den bisher genannten Therapiemethoden sind in den Wundbehandlungsphasen ohne Vakuumtherapie die Standards der phasengerechten Wundbehandlung nach den anerkannten Richtlinien der ICW, DgFW anzuwenden. Die Aufführung der phasengerechten Wundversorgung würde an dieser Stelle den Rahmen dieser Arbeit zu sehr ausdehnen, weshalb dieses Thema in einer anderen Arbeit beschrieben werden müsste, wird aber der Vollständigkeit halber erwähnt.

Therapie des „Platzbauches“

In der älteren Literatur wird die Therapie des „Platzbauches“ als möglichst rascher Wiederverschluss des geöffneten Bauchraumes beschrieben. Dieses wurde in den 1980er Jahren gerne mit Unterstützungsfäden und Unterlegplatten aus Blei oder später aus Kunststoff gewährleistet (vgl. Jaehn 2011, S. 42). Laut Schneider wurden über 80 % der Wunden mit einer frühen Sekundärnaht verschlossen, von denen wiederum 18,3 % mit Unterstützungsfäden versehen wurden (vgl. Schneider 1991, S. 29). In der aktuelleren Literatur wird der Platzbauch eher als eine Ursache für eine offene Bauchbehandlung angesehen und damit auch die aktuellen Therapien, angepasst an die individuelle Situation des Patienten, wie in den vorherigen Kapiteln 2.1.5.1 bis 2.1.5.3 beschrieben wurden, verwendet (vgl. Krahel 2007, S. 6ff).

Dünndarmfistel

Allgemein stellen Dünndarmfisteln eine große Herausforderung an die Behandlung dar. Es gibt bisher wenige Therapiealgorithmen, die Krankheitsverläufe sind langwierig und komplex, die psychische Belastung der Patienten ist enorm und stationäre Aufenthalte sind oft von langer Dauer (vgl. Polifka 2002, S. 7). Die Inzidenz der Dünndarmfisteln bei offener Bauchbehandlung wird in der Literatur zwischen 5–50 % angegeben, variiert stark in Abhängigkeit von anderen Grunderkrankungen und beträgt bei Sepsis bis zu 25 % und bei Pankreatitis bis zu 50 % (vgl. Willms et al. 2011, S. 593). Die Mortalitätsraten bei offener Bauchbehandlung mit Dünndarmfisteln ist in den letzten Jahren durch verbesserte Intensivmedizin und chirurgische Techniken von vorher 40 %–65 % auf aktuell 5,3 % bis 21,3 % gesunken (vgl. Willms et al. 2011, S. 593).

Fisteln können nach Flüssigkeitsverlustmenge nach Medeiros in drei Kategorien eingeteilt werden:

1. „high output“ (>500 ml / Tag)
2. „middle output“ (200–500 ml / Tag)
3. „low output“ (<200 ml / Tag)“ (Weier 2007, S. 9)

Pathogenese

Entero-kutane Fisteln entstehen häufig durch Mikroverletzungen an den

Darmwänden. Diese können sowohl über die Manipulation bei einer Operation, bei Maßnahmen der offenen Bauchbehandlung, Adhäsionen mit Granulationsgewebe, oder durch Kontakt mit Fremdmaterial (z. B. bestimmte Netze) entstehen. Über solche Mikroverletzungen kann sich das fistuläre Gewebewachstum mit Ausbildung eines Zuganges zu der Außenwelt bilden (vgl. Hüttel 2012, S. 12).

Ätiologie

Entero-enterale und entero-kutane Fisteln entstehen in mehr als 90 % aus postoperativen Komplikationen. Als zweithäufigste Ursache gelten postradiogene Entstehungsmechanismen bei Patienten mit Tumorleiden. Posttraumatische Ursachen hingegen sind eher selten. Andere Erkrankungen, wie Morbus Crohn können eine Fistelbildung hingegen begünstigen (vgl. Polifka 2002, S. 8).

Versorgungsproblematik

Dünndarmfisteln haben eine hohe Komplikationsrate alleine durch die Absonderung aggressiven Dünndarmstuhlganges, welcher alkalisch ist und, je nach Höhe des betroffenen Darmabschnittes, mit mehr oder weniger Verdauungsenzymen versetzt ist. Abhängig von der Höhe des enteralen Endes der Fistel ist mit großen Flüssigkeitsverlusten oder Absorptionsstörungen bis zum Kurzdarmsyndrom zu rechnen (vgl. Polifka 2002, S. 11). Es ist mit erheblichen Hautirritationen zu rechnen und eine adäquate Versorgung mit Stomamaterial ist schwierig (vgl. Weier 2007, S. 10). Die V.A.C.[®]-Therapie bei der Behandlung des offenen Abdomens ist in einer Studie von 2007 mit einer Ausbildungsrate von Dünndarmfisteln in 5 % beschrieben. Bei anderen Autoren gilt das Verfahren als Ursache zur Ausbildung von Dünndarmfisteln. Bee et al. stellten fest, dass die Fistelbildung unter der Vakuumtherapie 25 %, wogegen unter dem temporären Verschluss mittels Polyglactin-Netze nur 5 % betrage (vgl. Willms et al. 2011, S. 593). Wie bereits unter 2.1.5.2 über die Studie von Wilms et al. vom BWZK-Koblenz von 2004 bis 2009 beschrieben, hat sich der Einsatz einer inertten Folie zwischen Darmwänden und Bauchdecke oder eines Vicryl-Netzes auf Faszienniveau als Fistelprotektiv erwiesen (vgl. Wilms et al. 2011, S. 596).

Therapie von Dünndarmfisteln

Die Therapiemöglichkeiten von Dünndarmfisteln sind begrenzt und sehr individuell einzusetzen. Die Therapien reichen von konservativen Verfahren über operative Verfahren oder Kombinationen beider Verfahren.

Konservative Therapie

Als konservative Therapien kommen folgende Möglichkeiten in Betracht. Die Spontanverschlussrate von Dünndarmfisteln wird mit unterschiedlichen Zahlen angegeben und beträgt laut Siewert bis zu 70 % (vgl. Siewert 2002, S. 447). Laut Schmidt et al. hingegen liegt diese Spontanverschlussrate zwischen 6–27 %. (vgl. http://www.phametra.de/pdf/poster_fisteladapter_koeln.pdf). Die Versorgung einer Fistel ist individuell angepasst an die vorhandene Situation ggf. mit Stoma- oder Wund- und Fistelbeuteln, bei Bedarf auch mit Behandlungsfenster, möglich (vgl. Boelker/Webelhuth 2003, S. 82). Mit dem Einsatz von vollresorbierbarer Nahrung oder die passagere Ausschaltung des enteralen Systems mit passagerer parenterale Ernährung bieten sich zwei weitere Möglichkeiten an (vgl. Polifka 2002, S. 46). Die Instillation von Milchsäure 4,5 % mit einem pH von 4,8 kann zur Pufferung der Dünndarmausscheidung eingesetzt werden (vgl. Schumpelick et al. 2010, S. 318). Alle diese genannten Möglichkeiten sind auch ggf. miteinander zu kombinieren.

Operative Therapie

Als operative Therapien sind sowohl minimalinvasive als auch invasive Therapien möglich. Die Einsatzart ist wiederum sehr individuell anhand der vorliegenden Gegebenheiten auszuwählen. Zu den minimalinvasiven Möglichkeiten zählt das Übernähen der Fistel. Diese Art der Therapie bleibt kleinen und geringproduzierenden Fisteln vorbehalten, ist aber teilweise mit geringem Erfolg behaftet (vgl. Polifka 2002, S. 47–48). Als invasive Methoden bieten sich sowohl das Anlegen eines passageren Ileostomas, als auch die Fistelsegmentektomie mit End-zu-End-Anastomose, welche auch ggf. mit der Anlage eines protektiven Ileostomas kombiniert werden kann, an. Diese Möglichkeiten sind ebenfalls von der individuellen Situation und der Höhe des enteralen Fistelanteils abhängig, zeigen

aber generell bessere Erfolgsaussichten als die minimalinvasiven Verfahren (vgl. Polifka 2002, S. 46 ff). Diese operativen Methoden sind auch zur Ergebnisoptimierung oder zur individuellen Anpassung an die Patientensituation mit konservativen Methoden kombinierbar.

Konservative Wund- und Fistel-Versorgungsmöglichkeiten der Kombination von Laparostoma mit Dünndarmfistel

Angelehnt an die Therapiemöglichkeiten des Laparostoma und der Dünndarmfistel sind hier die kombinierten konservativen Wund- und Fistelversorgungsmöglichkeiten aufgeführt. Diese Möglichkeiten begrenzen sich auf ein zumindest teilverschlossenes Abdomen. Hierzu müssen zumindest die Bauchorgane mittels Granulationsgewebe, ggf. mit Netzverstärkung, bedeckt, oder idealerweise die Faszie verschlossen sein. Eine konservative Therapie von Dünndarmfisteln im offenen Abdomen ist nicht möglich. Dünndarmsekrete würden sich in diesem Fall in die Bauchhöhle ergießen. Zusätzlich sind hierbei keine Fixationsflächen für Beutelsysteme, zur Verhinderung der Kontamination des Bauchraumes mit Dünndarmsekreten, vorhanden.

Vakuumtherapie mit Fistelseparation mittels Fisteladaptern

Bei einer offenen Bauchbehandlung stellt die Vakuumtherapie neuerdings eine präferierte Therapieform dar. Eine Abgrenzung von Vakuumzone und Fistelzone müsste hergestellt werden. Der Einsatz von Fisteladaptern bietet sich dabei zur Fistelseparation an (vgl. Jannasch 2011, S. 1-2). Eine Vakuumtherapie mit Fistelseparation über Fisteladapter ist eingeschränkt bis nicht möglich bei Fisteln mit großen Sekretionsmengen, oder bei Kolonfisteln. Dasselbe gilt für Fisteln, welche am Rand der offenen Bauchwunde liegen, wo ein Fisteladapter nicht abdichtend einsetzbar ist (vgl. http://www.phametra.de/pdf/poster_fisteladapter_koeln.pdf). Des Weiteren ist eine derartige Fistelseparation abhängig von der Wundtiefe und der Fistelgröße. Bei Wundtiefen bis 3 cm sind Fistelgrößen bis 45 mm, bei Wundtiefen von bis zu 6 cm sind Fisteldurchmesser kleiner als 15 mm mit den Fisteladaptern zu versorgen (vgl. http://www.phametra.de/pdf/fisteladapter_dez_2012.pdf).

Vakuumtherapie mit Fistelseparation mittels Stomamaterial und Zusatzmaterial aus der Stomaversorgung

Ebenfalls ist eine Separation von Fisteln bei Vakuumtherapie über den Einsatz von Stomapaste, Hautschutzringen, Stomabeutelssysteme und ggf. mit Stomagürteln möglich (vgl. Schwindling/Schlettig 2013, S. 94 und 95).

Wundtherapie mit Fistelseparation mittels Stomamaterial und Zusatzmaterial aus der Stomaversorgung

Die Kombination aus phasengerechten Wundverbänden mit einer Fistelseparation mittels Stomamaterial und Zusatzmaterial aus der Stomaversorgung stellt eine weitere Möglichkeit dar. Hierfür kommen ebenfalls Stomapaste, Hautschutz-Platten, Hautschutzringe und Stomabeutelsysteme zum Einsatz.

Wundtherapie unter Einbeziehung der Fistel mittels Wund- und Fistelbeutel

Die Einbeziehung der Fistel in die Wundversorgung unter Zuhilfenahme von speziellen Wund- und Fistelbeuteln stellt

eine weitere Möglichkeit der Versorgung dar. Solche Wund- und Fistelbeutel gewährleisten eine Ableitung und Bilanzierung von größeren Ausscheidungsmengen, Schutz der Umgebungshaut und ggf. eine Wundversorgung über sogenannte Behandlungsfenster (vgl. Boelker/Webelhuth 2003, S. 82).

Beschreibung der Ist-Situation

Aufgrund von eigener Erfahrung besteht der Verdacht, dass durch den präferierten Einsatz der Vakuumtherapie die Kenntnisse über andere Versorgungsmöglichkeiten der offenen Bauchwunde mit Dünndarmfistel nicht ausreichend sind. Mithilfe einer Fragebogenaktion soll diese Erfahrung überprüft werden.

Fragebogenaktion

Die Fragebogenaktion wurde mittels Verteilung von Fragebögen an eine ausgewählte Zielgruppe von zukünftigen Pflegeexperten Stoma-Kontinenz-Wunde durchgeführt. Diese Aktion geschah vollkommen anonym und freiwillig. Die Verteilung der Fragebögen erfolgte am 16.12.2014 in dem Kurs „Pflegeexperte Stoma-Kontinenz-Wunde 2012/2014“ am Bildungszentrum Ruhr in Herne.

Soll-Zustand	Ist-Zustand
1. Enterokutane Fisteln entstehen in 5-50% bei offenem Abdomen (vgl. Willms et al 2011, S. 593) und die Fistelrate ist abhängig von der Therapie (vgl. http://www.phametra.de/pdf/poster_fistel_adapter_koeln.pdf) und ließ sich mithilfe des Koblenzer Algorithmus auf 0% senken (vgl. Willms 2011, S. 592)	1. 78,95% der Kursteilnehmer geben an, dass offene Bauchwunden mit Dünndarmfistel nach Laparostoma mit Teilverschluss oder Deckung mit Granulationsgebe in deren Tätigkeitsbereich vorkommen
2. Der Einsatz von Fisteladaptern bietet sich zur Fistelseparation unter Vakuumtherapie an (vgl. Jannasch 2011, S. 1-2)	2. 73,33% geben an, dass die Versorgung mit Fisteladaptern nicht funktioniert oder insuffizient ist
3. Fistelseparation kann mithilfe von Stomamaterial und Zubehör aus der Stomaversorgung in Kombination mit der Wundversorgung mit modernen Wundverbandmitteln durchgeführt werden (vgl. Gruber/Droste 2013, S. 21)	3. 93,33% geben an, dass sich Fisteln bei offenen Bauchwunden nach Laparostoma mit Dünndarmfisteln auch mit anderen Methoden nicht von der Wundversorgung separieren lassen
4. Die Pflegefachkraft verfügt über aktuelles Wissen zur Behandlung von spezifischen Einschränkungen und spezifischen Maßnahmen zur Wundbehandlung (vgl. DNQP 2009, S. 40-41)	4. 57,89% sind mit der Versorgung unter Einbeziehung der Fisteln in die Wundversorgung mittels Wund- und Fistelbeutel vertraut und sicher

Der Rücklauf war für denselben Tag terminiert und erfolgte in verdeckter Abgabe auf einem Stapel. Der Fragebogen bestand aus einem Zettel mit Ansprache, kurzer Erläuterung und vier Fragen, welche nur mit ja oder Nein beantwortet werden sollten.

In dieser Kritischen Analyse werden die gewonnenen Erkenntnisse aus der Fragebogenaktion gegen die als Soll-Zustand getroffenen Aussagen verglichen und analysiert. Die direkte Gegenüberstellung können Sie aus der vorherigen Tabelle entnehmen.

In der Frage 1 haben 78,95 % der Kursteilnehmer angegeben, dass offene Bauchwunden mit Dünndarmfistel nach Laparostoma mit Teilverschluss oder Deckung mit Granulationsgebe in deren Tätigkeitsbereich vorkommen. Dieser Aussage steht gegenüber, dass die Inzidenz der entero-kutanen Fisteln bei der offenen Bauchbehandlung zwischen 5 und 50 % besteht (vgl. Willms et al. 2011, S. 593). Die Spannweite zeigt, dass hier nicht eine generelle Aussage getroffen werden kann, da die Ausprägungsrate unter anderem von der Therapieform abhängig ist (vgl. http://www.phametra.de/pdf/poster_fisteladapter_koeln.pdf). Weiterhin gibt es Aussagen, dass unter Einhaltung bestimmter Voraussetzungen und Algorithmen, wie dem „Koblenzer Algorithmus“ die Ausprägungsquote bis gegen 0 % geht. Andere Studien behaupten, dass unter der Benutzung bestimmter Netze, oder unter Vakuumtherapie die Ausbildung von Fisteln gefördert wird.

In der Frage 2 haben 73,33 % der Befragten angegeben, dass die Versorgung mit Fisteladaptoren nicht oder insuffizient möglich sei. Dem gegenüber steht die Aussage, dass zur Versorgung von Fisteln bei offener Wundbehandlung bei Zustand nach Laparostoma Fisteladapter sich anbieten würden (vgl. Jannasch 2011, S. 1-2). Fisteladapter sind in 4 Größen erhältlich, in der Höhe von 3 cm bis zu einem Durchmesser von 45 mm, bei der Höhe von 6 cm bis zu einem Durchmesser von 15 mm (vgl. http://www.phametra.de/pdf/fisteladapter_dez_2012.pdf). Die Anwendbarkeit der Fisteladapter ist bei Fisteln mit hohen Flüssigkeitsverlusten, mit großen Durchmessern, bei Lage in Wundrandnähe und bei Kolofisteln nicht gegeben (vgl. http://www.phametra.de/pdf/poster_fisteladapter_koeln.pdf).

In der Frage 3 geben 93,33 % der Befragten an, dass sich Fisteln bei offenen Bauchwunden nach Laparostoma mit Dünndarmfisteln auch mit anderen Methoden nicht von der Wundversorgung separieren lassen. Die Kombination von Wundverbänden mit Fistelseparierung als Versorgungsmöglichkeit gilt als Option (vgl. Gruber/Droste 2013, S. 21).

In der Frage 4 geben 57,89 % der Pflegefachkräfte an, dass Sie mit der Versorgung unter Einbeziehung der Fisteln in die Wundversorgung mittels Wund- und Fistelbeutel vertraut und sicher seien. Laut Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ sollen Pflegefachkräfte über aktuelles Wissen zu spezifischen Einschränkungen und zu spezifischen Maßnahmen zur Wundbehandlung (vgl. DNQP 2009, S. 40-41). Die Versorgung von Fisteln unter Einbeziehung dieser in die Wundversorgung mittels spezieller Wund- und Fistelbeutel ist möglich (vgl. Boelker/Webelhuth 2003, S. 82).

Lösungsvorschläge

Die Fragebogenaktion hat folgende Ist-Situation hervorgebracht: Offene Bauchwunden nach Laparostoma mit Dünndarmfisteln kommen in nahezu 80 % der Tätigkeitsbereiche vor. Die Kombination von offener Bauchwunde mit Dünndarmfisteln ist mittels V.A.C.®-Therapie und Fisteladaptoren in ca. 73 % nicht oder insuffizient zu versorgen. Innerhalb dieser ist dieses mit anderen Methoden der Fistelseparation in Kombination mit der Wundversorgung zu ca. 93 % nicht zu versorgen. Der Grad des Kenntnisstandes über die Versorgung unter Einbeziehung der Fisteln in die Wundversorgung mittels Wund- und Fistelbeutel liegt bei nahezu 58 %. Dieses Ergebnis zeigt, dass hier ein Ungleichgewicht zwischen Soll- und Ist-Zustand besteht. Insbesondere besteht ein hohes Maß an Unkenntnis über die Versorgung mittels Wund- und Fistelbeutel. Aufgrund dieses Ergebnisses können die folgenden Lösungsvorschläge zur Verbesserung der Ist-Situation beitragen.

Schulungen über konservative Therapie mit Wund- und Fistelbeutel

Schulungen über die konservative Therapie mit Wund- und Fistelbeutel können in unterschiedlichen Arten und Methoden erfolgen. Die Inhalte sollten

hier deutlich über das anatomische und physiologische Grundverständnis, welches bei Pflegefachkräften vorausgesetzt wird, hinweg erfolgen. Das Verstehen der Zusammenhänge, Erfassen von Risiken, Erkennen von Grenzen, Ressourcen, Möglichkeiten und die Materialauswahl sollten dabei im Fokus stehen (vgl. DNQP 2009, S. 40). Grundvoraussetzungen für einige dieser Punkte ist die Produktkenntnis und Kenntnis der Versorgungsprinzipien in der Stoma- und Wundtherapie. Fortbildungen können an Institutionen von Fachverbänden, Fort- und Weiterbildungsstätten, durch Materialhersteller und in innerklinischen Schulungen erfolgen (vgl. Gruber/Droste 2010, S. 26-27). Die Produktkenntnis wird im folgenden Kapitel angesprochen.

Versorgungsprinzipien der Stomatherapie

- Vermeidung von Kontakt der Ausscheidung mit der Haut

Folgende Maßnahmen sollten dazu getroffen werden, wie eine passende Ausschnittgröße für Stoma, Fistel oder offene Bauchwunde, Abdichtung der Ausschnittöffnung, Ausgleich von Falten und Narben, an die Ausscheidung und Stoma-, Fistel- oder Wundart angepasstes Versorgungsmaterial, angepasste Tragezeit der Versorgungssysteme (vgl. Gruber/Droste 2013, S. 22).

- Pflege von Umgebungshaut

Zur Pflege und Erhalt oder Wiederherstellung der intakten Umgebungshaut, die für einen sicheren Sitz des Versorgungssystems eine Fläche von mindestens 100 cm² empfohlen wird, sind folgende Maßnahmen zu ergreifen (vgl. Gruber/Droste 2013, S. 19). Zur Reinigung der Umgebungshaut empfiehlt sich Wasser, ggf. ist der Einsatz von Hautschutzfilm oder spezielle Hautschutzlotion notwendig und ggf. ist der Einsatz von Hautschutzplatten (Hydrokolloid) ratsam (vgl. Droste/Gruber 2013, S. 21-22).

- Erfassen von Risiken

Zur Erfassung von Risiken sind folgende Maßnahmen, wie die Inspektion der Umgebung von Stoma, Fistel oder offener Bauchwunde, das Erkennen von Falten, Narben, Bauchnabel, Wunden in der Umgebung, das Erkennen von Veränderungen der Umgebung bei Bewegung, im

Sitzen, bei Umlagerung wichtig. Die Menge der Ausscheidung und Sekretion, sowie die Aggressivität der Ausscheidung muss ebenfalls beachtet werden (vgl. Gruber/Droste 2013, S. 21–22).

- Erkennen von Grenzen

Zum Erkennen von Grenzen der Einsatzfähigkeit eines Versorgungssystems erfordert es Wissen über dessen Flexibilität, Aufnahmefähigkeit von Flüssigkeit, Reservoirmenge, Ableitmöglichkeit, Größe, Handhabbarkeit, Kosten, Haltbarkeit und über das Kosten-Nutzen-Verhältnis.

- Erkennen von Ressourcen

Zum Erkennen von Ressourcen sollte die Mobilität des Patienten unter optimalen Bedingungen, die Möglichkeit der Selbstversorgung des Patienten (Beutelentleerung, Anschluss an Zusatzbeutel), dass der Patient die Gefährdung der Haltbarkeit des Systems selbst erkennt und vermeidet, überprüft werden (vgl. Gruber/Droste 2010, S. 55).

- Erkennen der Möglichkeit an Materialauswahl

Für diesen Punkt sind Kenntnisse über Materialauswahl verschiedener Hersteller, sowie über Materialbeschaffenheit und Materialeigenschaften nötig. Die Anpassung an Lage, Ausscheidung, Form, Größe der Fistel oder Wunde, Beschaffenheit der Umgebungshaut sind nötig. Die Wünsche, Fähigkeiten und Ressourcen der Betroffenen sind hierzu ebenfalls zu berücksichtigen (vgl. Gruber/Droste 2010, S. 54–55).

Materialschulungen über Wund- und Fistelbeutel und Stomazubehör

Produktvorstellungen von Herstellern bieten sich als eine Art der Materialschulungen an. In Unterrichten von Weiter- oder Fortbildung können selbst gewonnene Erfahrungen oder eigene Vergleichstests von Materialien eingebracht werden (vgl. Pietzonka 2013, Unterricht am BZR vom 19.12.2013).

Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit

Zur Optimierung der Versorgung der teils recht komplexen Zusammenhänge unterschiedlicher Fachrichtungen ist die

Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit ratsam. Unter anderem könnte die dermatologische, psychologische, ökotrophologische, onkologische und andere Beratung oder Therapie nötig sein, die eine Überweisung und der Zusammenarbeit bedarf (vgl. Gruber/Droste 2013, S. 23).

Algorithmus für Versorgungsmethoden

Für die Pflege ist in der Literatur bisher kein Algorithmus zur Auswahl oder für den Einsatz bestimmter Stoma-, Fistel- oder Stomazubehörprodukte zu finden. Dies könnte zum Anlass genommen werden einen solchen Algorithmus zu entwickeln.

Anleitung für Pflegefachkräfte zum Wechsel oder Anbringen einer Versorgung mittels Wund- und Fistelbeutel bei offenen Bauchwunden mit Dünndarmfisteln nach Laparostoma

Eine Anleitung zum Wechsel oder zur Anbringung eines Wund- und Fistelbeutels könnte für die Einbindung der Pflegefachkräfte zur Hilfestellung erstellt werden. Dieses Instrument kann bis zur Erlangung von Sicherheit oder zur Anleitung von neuen Mitarbeitern eingesetzt werden. In dieses Instrument kann auch ein Algorithmus für Versorgungsmethoden integriert werden.

Zusammenfassung

Diese Abschlussarbeit hat das Thema „Versorgung eines Laparostoma mit Dünndarmfistel“. Die Fragestellung zu diesem Thema ergab sich aus der eigenen Erfahrung, als Stomapflegerberater in einer großen Klinik, heraus und wurde zur Eingrenzung der Arbeit gestellt. Zur Begriffsklärung wurde eine Recherche zu Definitionen durchgeführt, dann über eine ausführliche Literaturrecherche das Basiswissen zur Thematik der Laparostomie und Dünndarmfistel ausgearbeitet. Zur näheren Begriffsklärung wurde die Thematik des sogenannten „Platzbauches“ eingearbeitet. Die ausführliche Literaturrecherche erfolgte über medizinische, chirurgische Fachbücher, pflegerische Fachbücher, ein Fachbuch zur pflegerischen Weiterbildung zur Fachpflegekraft für Intensivpflege und Anästhesie. Andere Quellen waren eine Habilitationsschrift, Dissertationen zur

Erlangung der Doktorwürde, Expertenstandards der DNQP, der Sektorenübergreifender Leitfaden der Stomatherapie, Auszüge aus dem Zentralblatt für Chirurgie, Beiträge aus dem Forum Onkologiepflege, aus dem KCI Journal, der Zeitschrift Magsi® der FgSKW. Infomaterial von sämtlichen Materialherstellern, eine umfangreiche Internetrecherche und Unterrichtsinhalte aus der Weiterbildung zum Pflegeexperten Stoma-Kontinenz-Wunde an dem Bildungszentrum Ruhr sind bei der Themenbearbeitung ebenfalls mit eingeflossen. Bei dieser Recherche war ein historischer Verlauf mit Veränderung von Behandlungsabläufen, Komplikationen, Therapieerfolge und Prognosen aufgefallen. Über die Weiterentwicklung von Versorgungsmöglichkeiten fiel zusätzlich die Begrenzung der Möglichkeiten von modernen Behandlungsmethoden auf, die wiederum mit anderen Weiterentwicklungen von Wund- und Fistelversorgung behandelt werden konnten. In einer kleinen Fragebogenaktion wurde ein Ist-Zustand erfragt, der die begrenzte Einsetzbarkeit von Vakuumtherapie mit Fisteladaptoren bestätigte. Weiterhin ergab die Fragebogenaktion ein Wissensdefizit im Bereich anderer Versorgungsmöglichkeiten außerhalb der Fisteladapter. Lösungsvorschläge, wie die Erstellung einer Anleitung und Schulungen, wären für die Verbesserung des Ist-Zustandes wünschenswert und wurden erarbeitet. Als wichtig wurde für die Schulungen die Weitergabe den Versorgungsprinzipien der Stomatherapie herausgearbeitet.

Theoretische Bewertung

Aus der umfangreichen Literaturrecherche ist zu vermerken, dass zu dem Thema Laparostoma sowie Dünndarmfisteln bei Laparostoma sehr stark variierende Aussagen über Zahlen der Inzidenz vorliegen. Die Therapieform der Vakuumbehandlung ist in vielen Untersuchungen als eine mit großen Vorteilen in der Wundtherapie angepriesene Therapie-Methode beschrieben, wird in anderen Untersuchungen hingegen als fistelfördernd eingestuft. In einer Studie wird unter Einhaltung des sogenannten „Koblenzer Algorithmus“ behauptet, dass die Inzidenz unter Vakuumtherapie bis gegen 0% gefallen sei (vgl. Wilms et al. 2011, S. 596). Der Vergleich dieser Aussagen mit dem Ergebnis der Frage 1 der Fragebogenaktion, wonach bei ca.

78% der Pflegefachkräfte in ihren Tätigkeitsbereichen offene Bauchwunden mit Dünndarmfisteln vorkommen, zeigt, dass sich diese Aussagen sehr unterscheiden und damit gezielteren Untersuchungen hinterfragt und spezieller aufgelistet werden müssten. Auch die Frage 1 aus der Fragebogenaktion gibt nur einen groben Anhalt der Häufigkeit des Auftretens an und müsste in einer weiteren Arbeit näher definiert, unterteilt und hinterfragt werden.

Die Recherche zur Versorgung des Laparostomas mit Dünndarmfistel ergab eine große Anzahl an Publikationen zur Vakuumtherapie und zur Fistelseparation mittels Fisteladaptoren. Die Begrenzung der Fisteladapter wird bei der Beschreibung der einzelnen Adaptergrößen erwähnt. Bei einer Beschreibung wird über die schlechten Erfolgsaussichten des Einsatzes bei High-Output-Fisteln, großen und/oder tiefen Fisteln, Lokalisation in Wundrandnähe und bei Kolonfisteln hingewiesen (vgl. http://www.phametra.de/pdf/poster_fisteladapter_koeln.pdf). Das Ergebnis der Frage 2 der Fragebogenaktion ergab, dass bei über 73% der Befragten die Versorgung von offenen Bauchwunden mit Dünndarmfisteln mittels Vakuumtherapie und Fisteladaptoren nicht oder insuffizient wären. Der Vergleich dieser Ergebnisse zeigt ebenfalls, dass der Einsatz von Fisteladaptoren aufgrund vieler Faktoren und einer begrenzten Auswahl an Adaptergrößen die Einsatzmöglichkeiten begrenzt ist. Alternativ ergab die Literaturrecherche über die Versorgungsmethoden eines Laparostoma mit Dünndarmfistel eine sehr geringe Anzahl an Beschreibungen anderer Methoden zur Vakuumtherapie. Einige Hersteller von Wund- und Fistelbeuteln haben Beschreibungen von Versorgungsmöglichkeiten mittels deren Produkten veröffentlicht. Ein Hersteller hat ein Video als Anleitung zum Wechsel oder Aufbringen eines Wund- und Fistelbeutels im Internet veröffentlicht. In einer Aussage sind sich sämtliche Veröffentlichungen einig, dass die Versorgung von Laparostomawunden mit Dünndarmfisteln eine Herausforderung für die Pflegenden und die Patienten sei. Zur Versorgung werden spezielles pflegerisches Fachwissen, hochwertige Produkte und eine multidisziplinäre Zusammenarbeit benötigt (vgl. Gruber/Droste 2013, S. 22). Die Herkunft sämtlicher Literatur ist von hoher Qualität. Die Veröffentlichungen in dem

Bereich der Vakuumtherapie sind sehr häufig, geben aber teils unterschiedliche Ergebnisse aus. Eine Zusammenfassung der verschiedenen Ergebnisse oder eine Großstudie mit zusammenfassender Fragestellung wäre von großem Nutzen. In dem pflegerischen Bereich der Fistel- und Wundversorgung oder der Stomathe- rapie sind die Veröffentlichungen sehr rar. Die oben benannten Defizite in den Aussagen der Literatur können über die 4 Lösungsvorschläge qualitativ ausgeglichen werden. Schulungen über die konservative Therapie mit Wund- und Fistelbeuteln können die bestehende Wissenslücke bei der gleichzeitig bestehenden Einsatzbeschränkung der präferierten Vakuumtherapie mit Fisteladaptoren ausgleichen. Materialschulungen über die Wund- und Fistelbeutel sowie über Zubehör aus der Stomaversorgung können die fehlende Sicherheit im Umgang optimieren. Die Entwicklung eines Algorithmus kann ein Auswahlverfahren standardisieren und die Erstellung einer Anleitung kann die Aus- und Weiterbildung von Pflegefachkräften unterstützen.

Praktische Bewertung

Wie im vorherigen Punkt beschrieben, ist es nötig, aufgrund der Erkenntnisse aus der Fragebogenaktion und dem Vergleich zur Literaturrecherche, die Kenntnisse im Bereich der Versorgung von offenen Bauchwunden mit Dünndarmfisteln zu verbessern. Die in der Literatur beschriebene Einsetzbarkeit der Fisteladapter wird, durch das Ergebnis der Frage 2 der Fragebogenaktion und aufgrund der Anzahl an Einsatzbeschränkungen in der Praxis, als häufig nicht einsetzbar erkennbar. Die Umsetzung der Lösungsvorschläge aus dem Punkt 2.7 bietet die Möglichkeit der Verbesserung der Ist-Situation, ist aber stark von den Gegebenheiten der betroffenen Kliniken und anderen Abteilungen abhängig. So schreibt für alle Bereiche der Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ vor, dass eine Pflegefachkraft das nötige Wissen zur Versorgung solcher Wunden haben muss. Die Praxis, mit der stetig wachsenden Personalknappheit und den steigenden Anforderungen an das Pflegepersonal, steht jener Vorschrift entgegen. Die Ressourcen an Zeit, dass Personal zur Schulung gehen kann, nehmen ständig ab. Aufgrund der finanziellen Lage vieler Einrichtungen wird die Durchführung von

Schulungen zusätzlich eingeschränkt, weshalb sich momentan die Umsetzung in Klein- oder Kurzschulungen anbietet. Da das Wissen über die aktuellen Methoden vorgeschrieben ist, wäre die Vermittlung der beschriebenen Grundsätze der Stomatherapie, mit Verfeinerung auf die Wund- und Fistelversorgung, in Kurzschulungen anzustreben. Die in Punkt beschriebenen Materialschulungen können von Herstellern in Kleinschulungen oder in Form von Produktschulungen für bestimmte Mitarbeiter, wie Stomabeauftragte oder Pflegeexperten durchgeführt werden. Über solche Schulungen kann das Verständnis für die Einsatzfähigkeit von Materialien gesteigert werden. In Produktschulungen für ausführende Pflegefachkräfte sollten grundsätzliche Produkteigenschaften und Einsatzzwecke weitergegeben werden. Auch dieses Wissen über einzusetzendes Material ist wie in dem Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ vorgeschrieben. Aus allen vorher beschriebenen Gründen ist auch hier eine Umsetzung in Kleinschulungen auf den Stationen anzustreben.

Die beschriebene Förderung der interdisziplinären Zusammenarbeit stellt den nächsten Punkt dar, auf die die Umsetzbarkeit in der Praxis zu überprüfen ist. Diese Zusammenarbeit wird in der Praxis teilweise bereits gefördert. Das Verständnis für die Möglichkeit der Optimierung des Gesamtprozesses wie in dem Sektorenübergreifenden Pflegeprozess „Rehabilitation des Stomaträgers“ ist teilweise vorhanden und wird deshalb auch teilweise bereits umgesetzt (vgl. Gruber/Droste 2010, S. 17). Zu diesem Pflegeprozess kommen noch andere Berufsgruppen wie Physiotherapeuten, Psychoonkologen, Psychologen, Ökotonophologen hinzu. Auch dieses Verständnis und die Anforderung anderer Berufsgruppen durch die behandelnden Ärzte nehmen zu, wodurch dieser Prozess der interdisziplinären Zusammenarbeit wächst. Dieser Vorgang kann durch ständiges Mitdenken in den einzelnen Berufsgruppen über deren eigene Profession hinaus noch gesteigert werden. Der Punkt Algorithmus für Versorgungsmethoden stellt eine Möglichkeit dar, ähnlich dem „Koblenzer Algorithmus der offenen Abdomenbehandlung“, einen Leitfaden zu entwickeln, der die Versorgung auf der Basis der Grundlagen der Stomaversorgung optimiert. Dieser Algorithmus kann als

Hilfsmittel für ausführende Pflegefachkräfte angewandt werden, um Unsicherheiten zu überbrücken und diese durch Übung mit diesem Hilfsmittel zu beseitigen. Weiterhin kann solch ein Algorithmus als Vorbereitung zu einer „Standard Operating Procedure“ (SOP) dienen, welches in dem Vorgang zur Zulassung weiter bearbeitet werden muss.

Die beschriebene Anleitung kann eine in DIN A4 Größe laminierte Anleitungstafel sein. In dieser sollten sämtliche Schritte mit Fotos und Kurztexten einen Wegweiser darstellen, wie solch ein Wechsel oder Anbringen eines Wund- und Fistelbeutels abläuft. Solch ein Instrument ist recht kostengünstig zu erstellen, kann auf der Rückseite mit einem Algorithmus für Versorgungsmethoden kombiniert werden, und in laminierter Form angewendet werden.

Die Erstellung eines Algorithmus in Kombination mit einem Bildablauf zeigt einen Lösungsvorschlag als multifunktionelles Tool, mit der Möglichkeit der Vorbereitung einer SOP. Mit diesem Instrument kann die Auswahl an Material und Methodik situationsgerechter anpassbar werden, was zu längerer Dichtigkeit und geringerem Materialverbrauch führt.

Eigene Stellungnahme

Die Bearbeitung des Themas „Versorgung eines Laparostoma mit Dünndarmfistel“ gestaltete sich im Verlauf als sehr umfangreich und war letztendlich eine Herausforderung, welche bereits mit der Begriffsklärung begann. Der ursprüngliche Gedanke, dass ein Laparostoma eine offene Bauchbehandlung oder eine sogenannte Platzbauchversorgung sei, stellte sich in der Literaturrecherche als nicht korrekt heraus. Die in der Literatur beschriebenen Definitionen ergaben, dass das Laparostoma ein mittels Laparotomie, eröffnetes Abdomen ist, welches zur Behandlung von hohen intraabdominellen Drücken und zur Vermeidung von häufigen Relaparotomien offen belassen wird (vgl. <https://www.thieme-connect.com/ejournals/abstract/10.1055/s-0032-1325037>). Die daraus resultierende Frage nach der Definitionsklärung des sogenannten „Platzbauches“ ergab, dass hierbei die Bauchnaht, aufgrund der Ausbildung einer Nahtdehizens aller abdominalen Wundschichten, sich eröffnet (vgl.

Schneider 1991, S. 1). Die Klärung dieser Begriffe stellt somit ein primäres Ziel dieser Arbeit dar. Weiterhin ist die Weitergabe der Erkenntnis, dass der Begriff „Platzbauch“ im deutschsprachigen Raum der medizinischen Fachsprache als etabliert gilt, durch diese Arbeit möglich. Die in der Literatur hohe Anzahl an Beschreibungen über die Vakuumtherapie und Fisteladapter darf nicht mit genereller Einsetzbarkeit gleichgesetzt werden. Auf die begrenzte Anwendbarkeit der Fisteladapter muss deutlicher hingewiesen werden. Die in den Lösungsvorschlägen aufgeführten Schulungen sollten von Pflegeexperten durchgeführt werden, die in der Thematik auf dem aktuellen Wissensstand sind und über ein großes Praxiswissen verfügen um die Inhalte wertneutral weiter zu geben. Schulungen sollten in sämtlichen Bereichen, vielleicht vorrangig in der Form „Train the Trainer“ durchgeführt werden. Diese Trainer sollten dem Bedarf und den Ressourcen angepasste Schulungen durchführen, weshalb dieses mit den Pflegebereichsleitungen oder Pflegedienstleitungen abgesprochen oder geplant werden müsste. Eine Pflegeberatung kann eine Form einer Kleinschulung sein. Hierbei wird aufgrund eines aktuellen Problems eine Beratung direkt am Patienten durchgeführt. Hierzu sollte ein zeitnaher Termin mit einer Pflegefachkraft, die mit dem akuten Problem vertraut sein sollte, ausgemacht werden. Idealerweise wäre dies der Melder des Problems. Eine Beurteilung der Wund- und Fistelverhältnisse erfolgt mittels Wechsel des Versorgungssystems und endet in der Beratung über Möglichkeiten und Festlegung auf einen Behandlungsvorschlag. Weil dieser einem behandelnden Arzt zur Genehmigung vorgestellt werden muss, wäre im Idealfall zum Verbandwechsel dieser hinzuzuziehen.

Die Ergebnisse der Fragen 2 und 3 aus der Fragebogenaktion zeigen die Begrenzung der Einsatzmöglichkeit von Fisteladaptoren und der Separierung mittels Stomamaterial und Zubehör aus dem Bereich der Stomaversorgung. Der Verdacht, dass in diesen Bereichen die Kenntnisse und die Sicherheit aus fehlender Übung zu gering sind und daraus die Undichtigkeiten herrühren, sollte überprüft werden. Die Fort- und Weiterbildung sollte sich aber daher nicht nur auf die Wund- und Fistelbeutel

konzentrieren, sondern wäre ebenfalls in den anderen Bereichen zu empfehlen. Da Material zur Versorgung einer Laparostomawunde kostenintensiv ist, kann über die Umsetzung der Lösungsvorschläge eine deutliche Kostenreduktion durch effektiveren Einsatz bewirkt werden. Die Umsetzung der Lösungsvorschläge kann zusätzlich die Situation der betroffenen Patienten verbessern. Eine daraus resultierende Verlängerung der Dichtigkeit kann Hautläsionen verhindern, Gerüche reduzieren, die Mobilität erhöhen, zu einer Aufrechterhaltung sozialer Kontakte beitragen und das Wohlbefinden steigern.

Schlussbetrachtung

Im Rahmen der Bearbeitung des Themas dieser Abschlussarbeit „Versorgung eines Laparostoma mit Dünndarmfistel“ wurde die Fragestellung: „Welche Möglichkeiten der Versorgung eines Laparostoma mit einer Dünndarmfistel stehen außerhalb der intensivmedizinischen Stationen zur Verfügung, wenn Methoden, wie V.A.C.®-Therapie oder V.A.C.®-Therapie mit Fisteladaptoren, nach dem definitiven Faszienverschluss oder nach Überwucherung mit Granulationsgewebe nicht möglich oder insuffizient sind?“ erarbeitet.

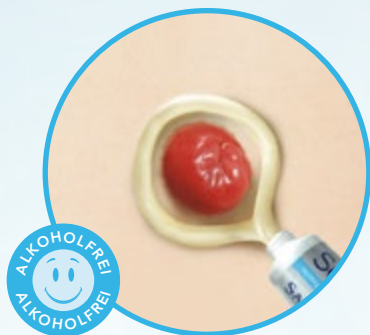
Beantwortung der Zielfrage

Zu der Beantwortung der Zielfrage ergab die Literaturrecherche folgende Methoden zur Versorgung, wenn eine Versorgung mit Vakuumtherapie oder Vakuumtherapie mit Fisteladaptoren nicht möglich oder insuffizient ist:

- Wundversorgung unter Fistelseparation mittels Stomamaterial und Zubehör aus der Stomaversorgung
- Wundversorgung unter Einbeziehung der Fistel mittels Wund- und Fistelbeutel

Aus der Literaturrecherche und der Fragebogenaktion wurde der Anfangsverdacht, dass die „Versorgung mit Fisteladaptoren und Vakuumtherapie“ lediglich begrenzt einsetzbar sei, bestätigt. Die „Wundversorgung unter Fistelseparation mittels Stomamaterial und Zubehör aus der Stomaversorgung“ ist grundsätzlich möglich, erweist sich als schwierig und ist häufig ebenfalls nur begrenzt einsetzbar. Die „Wundversorgung unter Einbeziehung der Fistel

EXTRA SICHERHEIT FÜR JEDE ANFORDERUNG – SecuPaste®

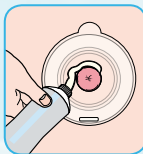


Ist die Haut im unmittelbaren Bereich um das Stoma uneben und weist Falten auf, kann dies einen perfekten Halt der Stomaversorgung beeinträchtigen. Dies führt dann leicht zu Undichtigkeiten und daraus resultierend zu Hautirritationen und Schädigungen.

SecuPaste® ist speziell dafür entwickelt, Falten aufzufüllen und die Haut auf einen idealen Halt der Stomaversorgung vorzubereiten – so hilft sie Leckagen und Hautirritationen vorzubeugen.

SecuPaste® ist alkoholfrei. Im Gegensatz zu herkömmlichen Stomapasten mit Alkohol, ist SecuPaste® besonders hautfreundlich ohne Reizungen oder ein Brennen auf der Haut zu verursachen. Dies gilt besonders wenn die Haut bereits im Vorfeld geschädigt ist.

- ✓ Alkoholfrei
- ✓ Für alle Stomaarten
- ✓ Kombinierbar mit Stomaprodukten aller Hersteller
- ✓ Hilft die Tragedauer zu optimieren
- ✓ Reduziert Leckagen
- ✓ Schützt die parastomale Haut



**BESTELLEN SIE GERNE
KOSTENLOSE PRODUKTMUSTER!**



Recognising Salts research
into healthy stoma skin



DERMATOLOGICALLY
ACCREDITED



SALTS
HEALTHCARE
www.salts.co.uk

StomaTec GmbH, Vertriebspartner für Stomaexperten,
Rudolf Diesel-Str. 24A; 49479 Ibbenbüren, Deutschland
Tel.: 05451 501512-0 Fax: 05451 895142
Free call: 0800 501512900
www.StomaTec.de info@StomaTec.de

mittels Wund- und Fistelbeutel" stellt eine echte Alternative dar, die Kenntnis oder die Sicherheit in der Ausführung dieser Versorgungsart ist bei den Pflegefachkräften zu ca. 58% vorhanden und muss daher ausgebaut werden.

Die Erarbeitung dieses Themas stellte sich, wie die Versorgung dieser Kombination aus offener Bauchwunde mit einer Dünndarmfistel, als eine Herausforderung dar. Über die Thematik gibt es in den unterschiedlichsten Bereichen viel Literatur, wobei die jüngere Literatur sich fast ausschließlich mit der Vakuumtherapie und der Möglichkeit der Fistelseparation mittels Fisteladapter befasst. Erst in sehr aktuellen Veröffentlichungen von Pflegeexperten, der FgSKW e.V. und einiger Hersteller von Wund- und Fistelbeuteln werden die Möglichkeiten der „Wundversorgung unter Fistelseparation mittels Stomamaterial und Zubehör aus der Stomaversorgung“ und der „Wundversorgung unter Einbeziehung der Fistel mittels Wund- und Fistelbeutel“ näher beschrieben, die Erfolge dokumentiert und die Kenntnis über diese Verfahren verbreitet. Seit September 2013 bietet eine Herstellerfirma auf ihrer europaweiten Internetpräsenz und über die Internetplattform Youtube ein Schulungsvideo über die Versorgung mit Wund- und Fistelbeutel an.

Eine Vielfalt des weltweiten Praxiswissens zur Behandlung der Dünndarmfistel in Kombination mit der offenen Bauchwunde nach Laparostoma und anderen Behandlungsproblemen ist ebenfalls auf dieser Internetpräsenz einzusehen. Dieses sollte als Anregung dienen, die vielfältigsten Kombinationsmöglichkeiten in der Versorgung von Problemfällen zu verbreiten. Bei der Versorgung von Problemwunden bedarf es jedoch eindeutig dem kreativen Ideenreichtum von hochmotivierten, gut geschulten, mit gutem Praxiswissen versehenen Pflegeexperten und Pflegefachkräften und qualitativ hochwertigen Versorgungsmaterials.

Der Lösungsvorschlag eines Algorithmus mit einem Bildablauf zum Wechsel oder Anbringen eines Wund- und Fistelbeutels, der zu einer Erstellung einer SOP dienen kann bietet sich hier als Hilfsmittel zur Verbreitung von Praxiswissen an.

Literaturnachweis beim Verfasser



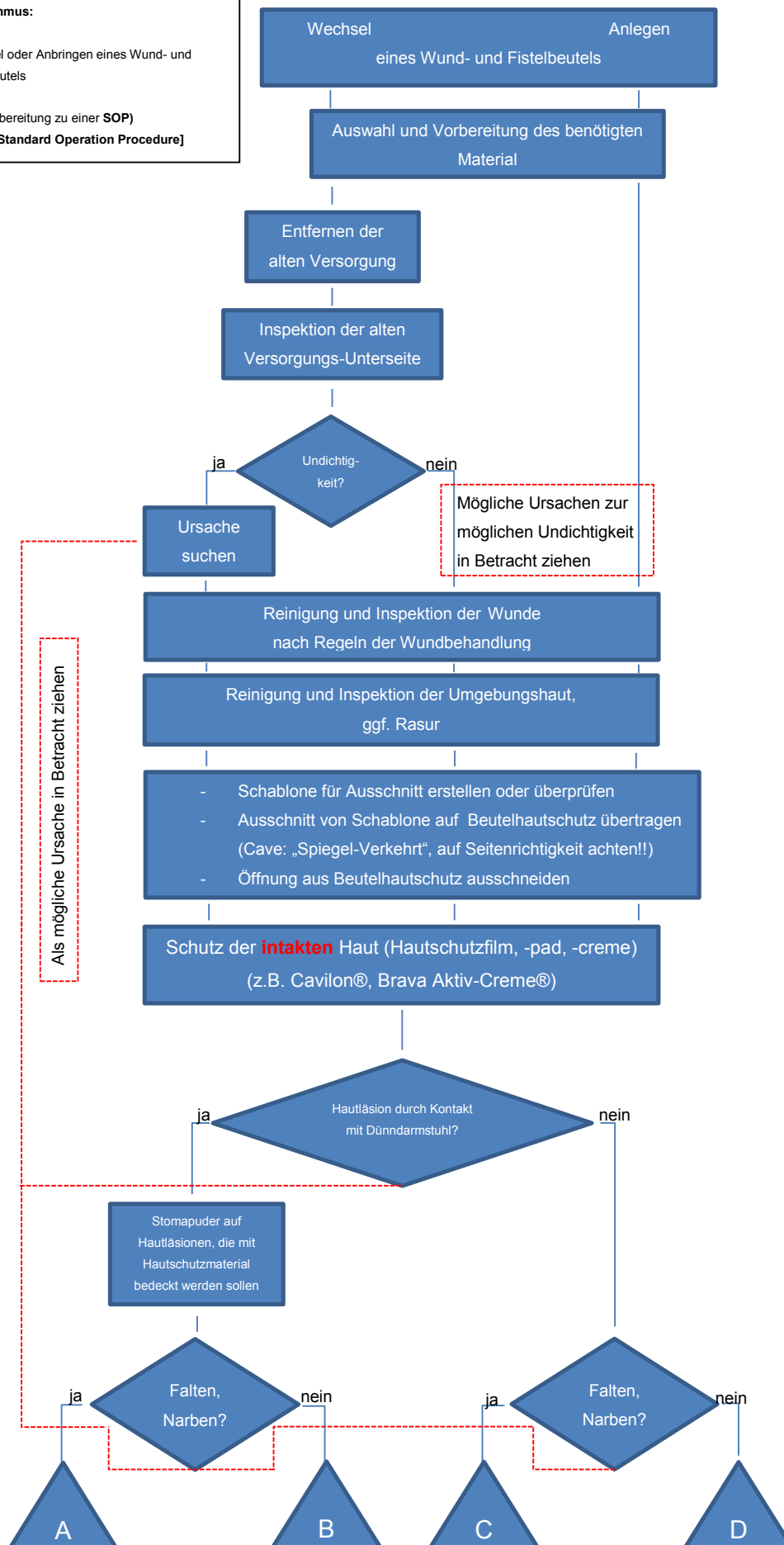
Anleitung zum Wechsel oder Anbringen eines Wund- und Fistelbeutels

Algorithmus:

Wechsel oder Anbringen eines Wund- und
Fistelbeutels

(als Vorbereitung zu einer **SOP**)

[SOP =Standard Operation Procedure]



Bildablauffolge: Wechsel oder Anbringen eines Wund- und Fistelbeutels



Abbildung 1:
<http://www.eakin.eu/userguides/Default.aspx?parentcatID=3>



Abbildung 2:
<http://www.eakin.eu/userguides/Default.aspx?parentcatID=3>



Abbildung 3:
<http://www.eakin.eu/userguides/Default.aspx?parentcatID=3>



Abbildung 4:
http://www.eakin.eu/DatabaselImages/img_99258135_1-web.jpg



Abbildung 5:
<http://www.eakin.eu/userguides/Default.aspx?parentcatID=3>

Anleitung zum Wechsel oder Anbringen eines Wund- und Fistelbeutels

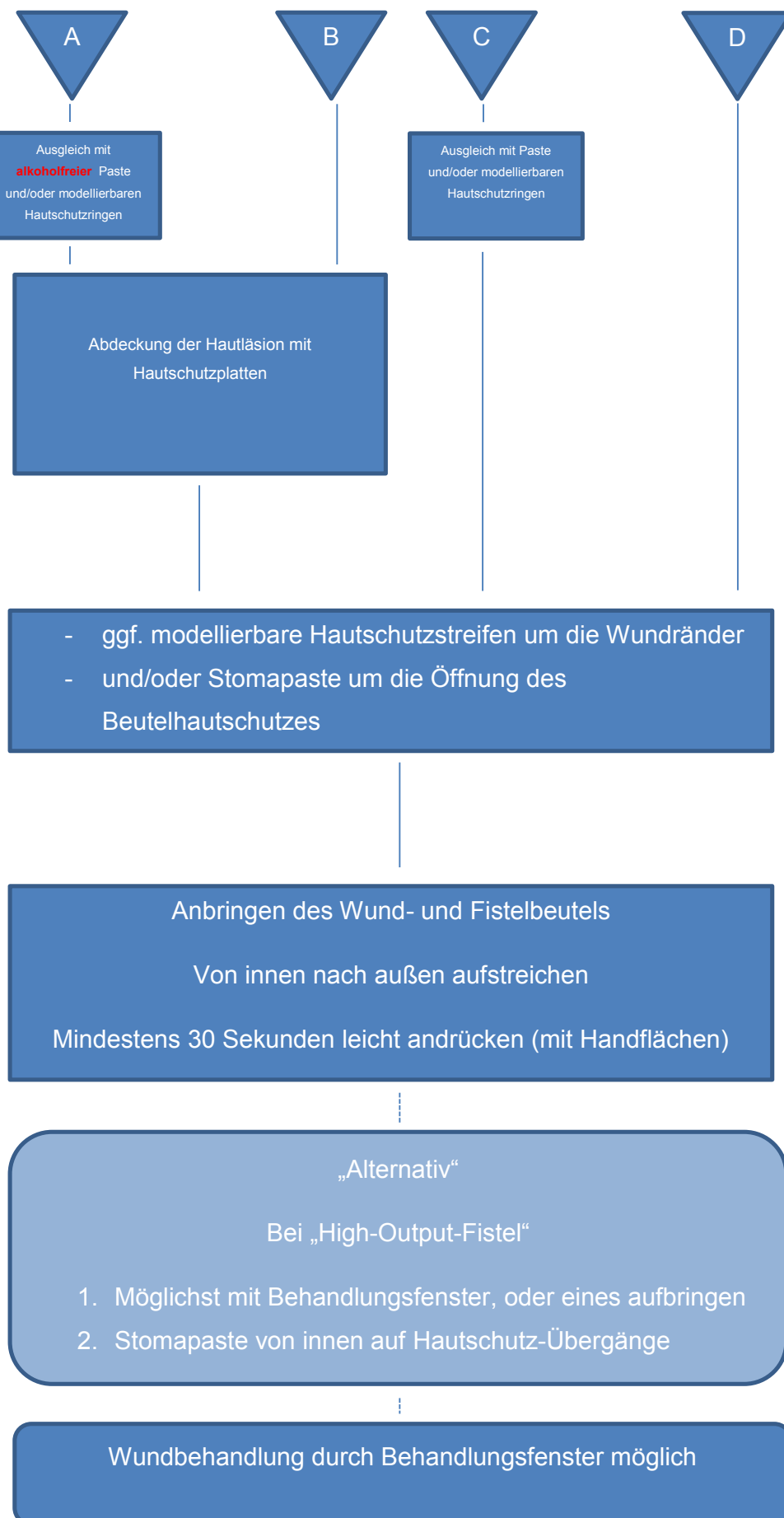


Abbildung 6:
<http://www.eakin.eu/userguides/Default.aspx?parentcatID=3>



Abbildung 7:
http://www.eakin.eu/DatabaseThumbs/img_2_68891214_picture3.jpg



Abbildung 8:
http://www.eakin.eu/DatabaseThumbs/img_2_6124227_picture_2.jpg



Abbildung 9:
<http://www.eakin.eu/userguides/Default.aspx?parentcatID=3>



Abbildung 10:
http://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=xcwjltj1us

Herzlichen Glückwunsch an die Absolventen der Weiterbildung Pflegeexperte Stoma, Kontinenz und Wunde

Diakonisches Institut für Soziale Berufe Dornstadt

Auch in diesem Jahr fand wieder der Abschluss der Weiterbildung Stoma Kontinenz Wunde statt. 17 Teilnehmer schlossen Ihre Weiterbildung mit Erfolg ab. Die Teilnehmer präsentierten, wie in jedem Jahr den geladenen Gästen Ihre Abschlussarbeiten. Mit viel Kreativität und Engagement wurden die Vorträge für den Tag vorbereitet. Zu den Gästen zählten Kollegen und Kolleginnen, Gäste aus dem persönlichen Umfeld der "neuen" Pflegeexperten, sowie Arbeitgeber, Praxisstellenleiter, Herstellerfirmen und Vertreter der Berufsverbände.

Wir gratulieren den neuen Kollegen und Kolleginnen und wünschen Ihnen für Ihre Zukunft alles Gute, viel Erfolg in Ihrer Tätigkeit und ein stetes Vorankommen im Sinne der ihnen anvertrauten Menschen. Wir wünschen Allen, dass sie die erworbenen Kenntnisse und Fertigkeiten sinnbringend in ihr persönliches Arbeitsfeld integrieren können.

Brigitte Sachsenmaier

– Abschlussfeier am 12. Mai 2015 –



Matthias Brunner, Iona Pauline Deme, Franz Enders, Ruth Fellner-Pigato, Matthias Feszl, Matthias Häderle, Sabine Harlacher, Stefanie Höppler, Anke Janssen, Ulrike Kranl, Claudia Modes, Ingeborg Mühlbayer, Maria Ramirez, Matthias Schramm, Nina Schwantzer, Vera Doppelbauer, Petra Yamak

Diakonisches Institut

für Soziale Berufe



- ▶ **WundexpertIn in ICW / TÜV – Basisseminar**
Beginn: 21. März 2016 in **Stuttgart**
- ▶ **WundexpertIn in ICW / TÜV – Basisseminar**
Beginn: 11. April 2016 in **Dornstadt**
- ▶ **PflegeexpertIn in Stoma • Kontinenz • Wunde inkl. Basisseminar Wundexperte ICW**
Beginn: 09. Mai 2016 in **Dornstadt**
- ▶ **PflegetherapeutIn in ICW / TÜV – Aufbau-seminar**
Beginn: 23. Oktober 2017 in **Dornstadt**

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

Erster Urotherapie-Verein am Universitätsklinikum Bonn (UKB)

Zur Behandlung und Betreuung von Menschen mit Kontinenzproblemen wird die Urotherapie immer bedeutender. Erste standardisierte Verfahren und die fachliche Weiterbildung zum/zur Urotherapeut/in sichern dabei die Qualität der Therapie. Der erste Urotherapie-Verein am UKB setzt sich künftig für höchste Behandlungsstandards in diesem Fachgebiet ein.

Urotherapie ist inzwischen aus vielen Kliniken und Praxen nicht mehr wegzudenken. Im Laufe der letzten Jahre hat sich im deutschsprachigen Raum ein gut funktionierendes Netzwerk etabliert, das kontinuierlich für fachlichen Austausch sorgt. Um die Arbeit der Therapeut/innen weiter zu stärken, gründet sich jetzt am Universitätsklinikum Bonn ein gemeinnütziger Verein der Urotherapeut/innen im deutschsprachigen Raum. Dessen Ziel ist es, die Qualität der Patientenversorgung und -betreuung und der Schulung Betroffener weiter zu verbessern. „Wir haben einen hohen wissenschaftlichen Anspruch an unsere Arbeit. Unter anderem sollen Studien initiiert und so langfristig Behandlungsstandards für die Therapie erarbeitet werden“, erklärt Thomas Engels, Gründungsmitglied und Urotherapeut am UKB.

Der Verein arbeitet interdisziplinär und international mit und für Ärzt/innen, Gesundheits- und Krankenpfleger/innen sowie Physiotherapeut/innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Letztlich soll die Arbeitsgruppe in der Gründung einer Fachgesellschaft münden und die berufliche Qualifikation im Bereich der Urologie vorantreiben.

Urotherapie ist ausgerichtet auf die Begleitung von Menschen mit Inkontinenz in jedem Lebensalter. In Skandinavien ist dieser Fachbereich bereits seit 25 Jahren im Gesundheitswesen implementiert. Nun setzen sich die Urotherapeut/innen auch in Deutschland als eigene Berufsgruppe durch. Das Universitätsklinikum Bonn bietet schon länger urotherapeutische Hilfe an, zum Beispiel bei Kindern mit Kontinenzschwierigkeiten. In diesem

Bereich wurde durch die Standardisierung der Diagnostik und Therapie die Versorgungsqualität bereits entscheidend verbessert. Für den Erwachsenenbereich fehlt diese Standardisierung bisher noch.

Interessierte Medienvertreter waren zur Kick-Off Veranstaltung des Vereins herzlich eingeladen:

**31.10.2015, ab 09:00 Uhr
kleiner Hörsaal im Biomedizinischen
Zentrum (BMZ)
auf Campusgelände Venusberg**

Weitere Informationen unter
www.urotherapie.de

*Thomas Engels
Urotherapeut Universitätsklinikum Bonn
Tel.: 02 28 / 2 87 - 1 42 80
E-Mail:
thomas.engels@ukb.uni-bonn.de*

1. Stomatag am Exzellenzzentrum für chirurgische Koloproktologie in Regensburg

Am 26. September war es endlich soweit: Beim 1. Stomatag am Exzellenzzentrum für Chirurgische Koloproktologie setzte das Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg auf einen Mix aus Erfahrungsberichten und Expertenvorträgen.



Nach der Begrüßung durch Prof. Dr. Pompiliu Piso, dem Chefarzt der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Hause und Vertreter des Exzellenzzentrums, sowie durch Andreas Kerl von der Pflegedienstleitung, fesselte als erster Redner Benjamin Wollmershäuser das Publikum mit seiner persönlichen Geschichte. Innerhalb weniger Minuten faszinierte der junge Stomaträger, der im Rahmen seiner Tätigkeit als Blogger einen sehr offenen Umgang mit seiner Erkrankung pflegt, die Besucher des Stomatages vor allem durch seine entspannte Art. Sein aufgeschlossener Umgang mit seinem Tumorleiden spricht vielen Betroffenen nicht nur Mut zu, sondern zeigt ihnen auch, wie wichtig Optimismus ist. Im Anschluss stellte sich Wollmershäuser im Interview gemeinsam mit der Regionssprecherin der ILCO Regensburg, Anita Erz, den Fragen der Pflegeexpertin Margarete Wieczorek. Auf die Frage, wie es zu ihrer hoch engagierten Öffentlichkeitsarbeit bei der ILCO, der größten Selbsthilfevereinigung Deutschlands für Darmkrebspatienten und Stomaträger, gekommen sei, sagte Erz: „Mir war schnell klar, dass ich die Hilfe, die ich selbst als Betroffene erfahren habe, auch weitergeben möchte. Es ist wichtig, dass man den Leuten zur Seite steht.“ Mit Blick auf seinen offenen Umgang mit seiner Erkrankung und dem Stoma erklärte Wollmershäuser:

„Die Rückmeldung, dass man es durch sein Auftreten schafft, den Leuten das Thema näherzubringen, ist schön. Es ist gut zu sehen, dass es hilft, offen darüber zu reden.“

In Anschluss wurde der Schwerpunkt der Veranstaltung auf die parastomale Hernie gelegt. Hier bemühten sich verschiedene Experten, das Thema von allen Seiten zu beleuchten. Ernährungsberaterin Nadine Grundschock informierte in ihrem Vortrag über die Grundlagen der gesunden Ernährung bei parastomalen Hernien und überraschte die Besucher außerdem an ihrem Stand mit einer Lebensmittelausstellung und einer Verköstigung mit verschiedenen, bekömmlichen Säften. Doch nicht nur ihr Stand wurde in der Mittagspause zahlreich frequentiert. Engagierte Aussteller wie die Selbsthilfegruppen ILCO e.V. und Stomawelt.de als auch zahlreiche Homecare- und Industrieaussteller waren vertreten, um die Besucher ausreichend mit Informationen zu versorgen und deren Fragen rund um das Stoma zu beantworten.

„Stoma – na und“ präsentierte ihre attraktive Kollektion an Bandagen und weiteren Artikeln für Stomaträger. Parallel zur Industrieausstellung hatten die Besucher die Möglichkeit, in der Eingangshalle des Krankenhaus Barmherzige Brüder Regensburg ein begehrtes Darmmodell zu besuchen.

Nach der Mittagspause machte Michael Fautz, Oberarzt an der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, das Publikum in seinem Vortrag mit den Möglichkeiten und Grenzen der operativen Versorgung parastomaler Hernien vertraut. Anschließend widmete sich Pflegeexpertin Doris Schemm-John der Frage „Was tun, wenn die Bauchdecke bricht?“ und zeigte die konservativen Behandlungsalternativen auf. Zum Abschluss der Veranstaltung wurden im Rahmen eines aktiven Workshops Übungen zur Hernienprophylaxe unter der Aufsicht von Physiotherapeut Wolfgang Bergauer durchgeführt. Vor allem beim Heben schwerer Dinge sei die richtige Technik wichtig. „Am besten ist es, Gegenstände körpernah mit leicht gespreizten Beinen aus der Hocke heraus zu heben. Die Kraft der Beine soll genutzt werden, der Rücken bleibt hierbei flach und gestreckt“, erläuterte Bergauer während der Demonstration. Nach seiner Darbietung hatten Interessierte direkt vor Ort die Gelegenheit, die Übungen unter Anleitung selbst auszuprobieren.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es an diesem Samstag sowohl Beteiligten als auch Referenten gelungen ist, einen informativen und vergnüglichen 1. Stomatag am Krankenhaus Barmherzige Brüder zu gestalten.

Margarete Wieczorek

ASBH Pflegeetagung Stoma, Kontinenz, Wunde 09. – 10.10.2015 in Gera

Selbsthilfe trifft Pflege

Erstmals fand die ASBH Pflegeetagung in Zusammenarbeit mit der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz, Wunde (FgSKW e. v.) statt. Auf der Tagung mit 120 Teilnehmerinnen und Teilnehmern waren Pflegekräfte, pflegende Angehörige und Menschen mit Spina bifida vertreten. In den Fachvorträgen wurde die Bedeutung der professionellen Pflege, der Beratung und der individuell richtigen Anwendung im Alltag verdeutlicht.

Ergebnisse der Tagung:

Pflegende und Patienten/Menschen mit Pflegebedarf müssen ein Team bilden. Pflegende müssen Zeit für das Gespräch haben, Patienten den Mut, ihre Fragen offen zu stellen und ihre Situation offen zu schildern. Der Mensch mit seiner individuellen Lebenssituation steht immer im Mittelpunkt und die Pflege muss sich den Menschen anpassen, nicht umgekehrt.

Pflege ist ein dynamischer Prozess und wird durch uns immer wieder hinterfragt. Rituale basieren auf Tradition, aber nicht immer auf geprüftem Wissen. Gute Pflege braucht wie die Medizin wissenschaftliche Fundierung mit Studien und Leitlinien.

Professionelle Pflege ist – so weit wie individuell möglich – Hilfe zur Selbsthilfe. Ziel ist wie beim ISK immer die Anleitung zur Selbstversorgung.



Gabi Ungethüm vertrat die Themen Verdauung/Darm und Dekubitusprophylaxe

Für Gesundheit und Teilhabe sind die Adhärenz der Betroffenen und die aktive Einbeziehung in die tägliche Pflege, sowie die Wahl der individuell richtigen Hilfsmittel wichtige Säulen. Vernachlässigung führt zu Verlust von Lebensqualität und verursacht Kosten.

Beispiele:

- Peristomale Hautläsionen
- ISK als Prophylaxe für Nierenerkrankungen

Forderungen:

Ohne qualifizierte Pflege geht es nicht. Erforderliche Personalstellen müssen geschaffen werden.

Beispiel Stoma:

Es gibt 130.000 Stoma-Träger in Deutschland mit steigender Tendenz. Mit der Operation ist der medizinische Eingriff abgeschlossen, aber das Leben mit dem Stoma beginnt erst. 47% der

Stomaträger entwickeln laut einer amerikanischen Studie peristomale Hautläsionen. Leistungsverträge und sinkende Fallpauschalen gehen zu Lasten des Patienten und der Edukation (Beratung, Anleitung). Gute Qualität und schlechtere Finanzierungssituation sind nicht vereinbar.

Take at Home Messages aus den Vorträgen:

Auch in der Pflege bestimmen Rituale und nicht immer Wissen unser Handeln. Wir sollten deshalb auch Abläufe, die immer wiederholt werden hinterfragen. Beispiel: „Hatten Sie heute Verdauung?“. Die Frage wird im Krankenhaus automatisch gestellt, aber zu Hause interessiert sich auch niemand dafür, bzw. nur im Fall von Darmproblemen. Zwischen 3mal täglich bis 3mal wöchentlich Stuhlgang ist normal, und Obstipation ist nur ein Symptom, aber keine Erkrankung.

Leitmotiv für Pflegende: Respekt vor der Autonomie.

Individuelle Bildanleitungen (mit authentischen Bildern) in der Stomatherapie sind wertvolle und didaktisch nachweislich erfolgreiche Hilfen und können auch auf andere Bereiche übertragbar.

Bei Stomaversorgung kommt es bei fast 50% zu peristomalen Hautläsionen. Häufigste Ursache ist der Hautkontakt mit Ausscheidungen. Die Beratung, und die Abstimmung der individuellen Pflege sind wichtige Faktoren, die Patienten meist unterschätzen.

Behandlungspflege bei ISK und Stoma: In Kindergarten, Schule und am Arbeitsplatz sind die Leistungen Behandlungspflege und es besteht Anspruch auf Übernahmen durch einen Pflegedienst. Diese Kosten muss die Krankenkasse zusätzlich zu den von der Pflegekasse zu tragenden Pflegesachleistungen bzw. Pflegeleistungen tragen.

Die ISK Leitlinie ist – wie andere Leitlinien der Fachgesellschaften – für die Argumentation rechtlich hilfreich, denn hier sind die Standards auch mit

allen erforderlichen Maßnahmen (Desinfektion, Hilfsmittel, Hygiene) verbindlich festgeschrieben.

Vorbeugen ist besser als heilen. Das gilt in besonderem Maß für den Dekubitus, der – Einzelfälle ausgenommen – immer vermeidbar ist. Die aktuellen Expertenstandards lösen frühere Annahmen ab. Ursächlich ist nicht Zeitfaktor, Feuchtigkeit, Immobilität, Ernährung oder

Gewicht. Entscheidend ist immer die Höhe des Drucks. Weitere Faktoren sind begünstigend, aber nicht ursächlich.

Die Präsentationen der Vorträge sind als PDF-Download auf der ASBH-Homepage eingestellt: www.asbh.de – Fachbeiträge

Einen herzlichen Dank an alle Referenten, Aussteller und Teilnehmer, die die Tagung gestaltet haben.



Zufrieden mit dem Erfolg der ersten gemeinsamen Tagung: (Ilona Schlegel, Geschäftsführerin ASBH SelbsthilfegGmbH) und Werber Droste Vorsitzender FgSKW e. V.)

Tagungen für Medizinisches Assistenzpersonal

42. Deutscher Koloproktologen-Kongress München

10. – 12. März 2016

In Kooperation mit:
Deutsche ILCO e.V.
Fachgesellschaft Stoma,
Kontinenz und Wunde e.V.



Deutsche Gesellschaft für
Koloproktologie (DGK)



Verstärkte Barrierefunktion, keine Parabene und Duftstoffe

3MTM Cavilon™ Langzeit-Hautschutz-Creme mit neuer Rezeptur

Mit einer neuen Rezeptur wurde die bewährte 3M Cavilon Langzeit-Hautschutz-Creme jetzt weiter verbessert. Optimiert sind ab sofort ihre Funktion als Barriere gegen Körperflüssigkeiten und ihre hypoallergenen Eigenschaften. Die 3M Cavilon Langzeit-Hautschutz-Creme ist Teil des 3M Produktprogramms zur Prophylaxe und Therapie inkontinenz-assoziiierter Dermatitis. Sie wird außerklinisch exklusiv über Fresenius Kabi Deutschland GmbH und in der Klinik über 3M vertrieben.

Dank ihrer speziellen Formulierung schützt die 3M Cavilon Langzeit-Hautschutz-Creme zuverlässig vor Reizungen und Irritationen durch Körperflüssigkeiten und verhindert Hautschäden. Zugleich spendet sie trockener Haut Feuchtigkeit und hält sie elastisch. Sie ist pH-neutral, hoch ergiebig und bleibt bis zu 24 Stunden lang bzw. über drei Waschungen hinweg wirksam. Die neue Rezeptur bietet einen noch wirkungsvolleren Schutz und verzichtet darüber hinaus auf Duftstoffe und Parabene. Damit ist die 3M Cavilon Langzeit-Hautschutz-Creme auch für besonders empfindliche Haut als Langzeitschutz und -pflege perfekt geeignet.

3M Cavilon Langzeit-Hautschutz-Creme ist in Tuben zu 28 Gramm und 92 Gramm und in 2-Gramm-Beuteln über Fresenius Kabi Deutschland GmbH im Fachhandel und in Apotheken erhältlich.

Für den außerklinischen Bereich:

Kundenberatung der Fresenius Kabi
Deutschland GmbH
Else-Kröner-Straße 1
61352 Bad Homburg
Tel.: 08 00 / 7 88 70 70
(täglich 8:00 Uhr bis 18:00 Uhr)
Fax: 0 61 72 / 6 86 – 82 39
kundenberatung@fresenius-kabi.de

Für den klinischen Bereich:

3M Medica
Hammfelddamm 11
41453 Neuss
Tel.: 0 21 31 / 14 41 14
Fax: 0 21 31 / 14 47 89
www.3MMedica.de



Welland Aurum 2 Basisplatten

Die neuen Welland Aurum 2 Basisplatten bieten doppelte Sicherheit für Stomaträger: Der Beutel wird nicht nur auf den flachen Rastring gedrückt, sondern zusätzlich auf dem Rastring aufgeklebt. Dadurch bleibt die hohe Flexibilität der Basisplatte erhalten. Die bekannten Welland Flair2-Beutel passen auf die neuen Welland Aurum 2 Basisplatten. Integrierte Gürtelhalterungen bieten einen zusätzlichen komfortablen Trageschutz. Das Besondere der neuen Platten ist, dass dem hydrokolliden Material Manuka-Honig zugefügt wird. Eine ideale Komposition hautschützender Substanzen. Die Basisplatten sind in den drei Rastringgrößen 45, 55 und 70mm in plan sowie konvex erhältlich.



Welland Urostomie Nachtdrainage- beutel mit Easiflo Konnektor

2000ml Kapazität und 120cm Schlauch-
länge.

Durch den Easiflo Konnektor wird ein
Verdrehen des Schlauches am Anschluss
des Urostomiebeutels verhindert. Somit
ist ein sicherer, kontinuierlicher Urin-
abfluss in den Nachtdrainagebeutel
gewährleistet. Der Beutel kann mit
jeder handelsüblichen Nachtbeutelau-
fhängung am Bett befestigt werden.



Vertrieb durch:
WEGIMED GmbH
Eiserfelder Strasse 446, 57080 Siegen
Tel: 0271/703196-27
Fax: 0271/703196-20
eMail: info@wegimed.de
www.wegimed.de



NEU von Eakin:

Wundbeutel Midi und kleines Fenster

Das umfangreiche Sortiment der Eakin
Wund- und Fisteldrainagebeutel wurde
nun um eine weitere Variante ergänzt:
Eakin Wundbeutel midi mit einer
ausschneidbaren Fläche von 250mm
(Länge) x 80mm (Breite). Der Beutel
verfügt über den bewährten Eakin
Cohesive Wundrand- und Hautschutz
sowie ein Ablaufventil, welches das
Anschließen zusätzlicher Auffangsys-
teme (z.B. Bettbeutel) ermöglicht. Speziell
für abdominale Wunden z.B. durch
Nahtinsuffizienz eignet sich die neue
Form.

Die hohe Absorptionsfähigkeit des
einzigartigen sehr gut anmodellierbaren
Hautschutzmaterials reduziert Hautirri-
tationen durch Exsudate. Die lange
Tragedauer bis zu 6 Tagen bedeutet
reduzierten Wechselaufwand, hohe
Wirtschaftlichkeit und maximalen
Patientenkomfort.

Das Eakin Behandlungsfenster für
Wundbeutel gibt es auf Kundenwunsch
hin ab sofort auch kleiner in einer
runden Form (Innendurchmesser 5 cm).
Es wird einfach auf passende

Wundbeutel aufgeklebt und der
Innenbereich ausgeschnitten.
So ermöglicht das Fenster einen Zugang
zur Wunde für Inspektion, Verbands-
wechsel oder zum Spülen, ohne dass der
gesamte Beutel abgenommen werden
muss. Das Fenster lässt sich beliebig oft
öffnen und schließen.



Bestellinformationen:

Artikel-Nr.: 839270 Eakin
Wundbeutelleutel midi 250x80mm
Packungsinhalt 5 Stück, PZN: 11527555

Artikel-Nr.: 839281 Eakin
Behandlungsfenster für Wundbeutel
klein Packungsinhalt: 5 Stück,
PZN: 11527561

Kostenlose Muster können unver- bindlich angefordert werden bei:

Eakin GmbH, Feringastr. 6
85774 München-Unterföhring
Tel.: 0800-2244022 oder per Mail an
muster@eakin.de

CeraPlus

Parastomale Haut
verdient Besseres.



Der neue CeraPlus® Hautschutz

Die innovative CeraPlus Hautschutzmischung enthält Ceramide.
Ceramide sind in der Haut natürlich vorkommende Lipide, die vor Trockenheit schützen.

Erleben Sie den Unterschied mit der CeraPlus Hautschutzmischung.
Sprechen Sie uns gerne für weitere Details und Testprodukte an.

Ihre CeraPlus Beratungshotline:

Mo.–Do.: 8.00–17.00 Uhr, Fr.: 8.00–16.00 Uhr

Telefon: 0 800/36 38 400 (gebührenfrei)

E-Mail: beratung.ceraplus@hollister.com

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



• Vielen Dank •

für die angenehme Zusammenarbeit
an unsere
**Mitglieder, Förderer,
Kooperationspartner und Mitgliedsverbände.**

Es war wieder einmal ein erfolgreiches Jahr.

**FROHE
WEIHNACHTEN
UND EIN GUTES
NEUES JAHR!**

Der folgende Text ist dem Buch

Unvergessene Weihnachten

Band 11
entnommen



Das Christkind in der Redenstraße

Dieter Nickel

Ich bin nicht nur das Kind meiner Eltern, sondern auch ein Kind der Redenstraße. Dort, im Haus mit der Nummer 21a, erblickte ich etwa ein Jahrzehnt vor dem letzten Krieg in einer Kellerwohnung das Licht der Welt, wie man zu sagen pflegt. Dort erlebte ich auch ein Jahrzehnt lang wunderschöne Kindheitsjahre. Irgendwann ergab es sich, daß wir im gleichen Haus die oberste Etage erklimmen und bewohnen konnten, von der aus man die Straße fast vollständig übersah.

Darüber hinaus konnte man die herrliche Aussicht über den Kalkgraben hinweg genießen. Hinter dem Haus und seinem engen Hof, auf dem sich außer den Ställen auch sämtliche Toiletten der Hausbewohner befanden, erstreckte sich, vom Wein-anbau früherer Zeiten terrassenförmig angelegt, bis zum Kriegerdenkmal mit seinem Aussichtspunkt der Arnimsberg. Ich brauche nicht zu erwähnen, daß dieser Berg hervorragend für unsere „Räuber-

und-Schampampel-Spiele“ (Schampampel = Polizist) geeignet war und dementsprechend mit Ausdauer genutzt wurde.

Interessant war jedoch, dem bunten Treiben auf der fast immer belebten Straße zuzusehen. Zwar gab es keinen so regen Autoverkehr wie heute, dafür ratterte aber in regelmäßigen Abständen die Straßenbahn vorbei bis zum Marktplatz, wo der Triebwagen wieder nach vorn rangiert werden mußte. Zahlreicher waren allerdings die

Pferdewagen, Radfahrer und Fußgänger, die aus allen Ortsteilen kamen, um ihre Einkäufe zu tätigen. Die Redenstraße war nämlich die Geschäftsstraße von Rüdersdorf, sozusagen der „Ku-Damm“ des Ortes. Man konnte seine Besorgungen fast ausschließlich dort erledigen und mußte nicht, wie heute, deswegen nach Berlin fahren. In den etwa 60 Häusern der Redenstraße warteten in gleicher Anzahl Geschäftsleute, Handwerker, Gastwirte und Ärzte auf Kunden, Gäste und Patienten.

Wovon nun weiter berichtet werden soll, ist die Weihnachtszeit, genauer gesagt, der Heilige Abend. Zu uns kam nicht der Weihnachtsmann, wie in den meisten Familien üblich, sondern das Christkind. Daß das eine wie das andere nicht ernst zu nehmen ist, wußte ich damals noch nicht. Meine Eltern machten mir glaubhaft, das Christkind käme an diesem Abend auf die Erde, um alle guten Menschen zu beschenken. Obwohl es alle Jahre wieder kam, habe ich es nie gesehen. Es kam nämlich heimlich, und man durfte es auf keinen Fall beobachten. An seinem leibhaftigen Besuch habe ich nie gezweifelt, waren doch die hinterlassenen Geschenke Beweis genug. Um den Erfolg nicht in Frage zu stellen,

lief alljährlich am Heiligen Abend bei uns folgendes Programm ab: Mit einsetzender Dämmerung nahm mich meine Mutter an die Hand und ging mit mir auf die Redenstraße. Eigenartigerweise blieb mein Vater immer zu Hause. Unsere Aufgabe war es nun, auf der zu dieser Zeit menschenleeren Straße hin und her zu gehen und beim Passieren unseres Hauses nach dem Fenster hinaufzuschauen, wo der erfolgte Besuch des Christkinds durch den leuchteten Tannenbaum angezeigt werden sollte. Wegen der zahlreichen Einkehrstellen des lieben Gastes verzögerte sich die Ankunft bis ins Unendliche, wie mir schien, wodurch meine Geduld auf eine unangemessen harte Probe gestellt wurde. Die weihnachtlich dekorierten Schaufenster der Geschäfte lenkten zwar etwas ab, dennoch wollte die Wartezeit kein Ende nehmen. Den größten Ablenkungserfolg erreichten die beiden Schaufenster des Schreibwaren- und Spielzeugladens von Artur Goerke, Redenstraße 15. Was darin ausgestellt war, ließ mich die Zeit für ein paar Augenblicke vergessen. Allerdings beunruhigte mich die Tatsache, daß die von mir heißersehnte Dampfmaschine mit liegendem Kessel, hohem Schornstein, Wasserstandsanzeige,

Thermometer und Transmission noch immer dastand. Hatte das Christkind vergessen, sie abzuholen oder gar meinen Wunschzettel nicht erhalten? Vielleicht hatte es noch eine andere Einkaufsquelle.

Endlich war es soweit. Die brennenden Kerzen am Tannenbaum, der inzwischen zum Weihnachtsbaum geworden war, luden uns ein, in die Stube zurückzukehren, die zur Weihnachtsstube geworden war. Die vielen schönen Geschenke unter dem Baum, meistens vom Vater unter geschickten Händen selbst gebastelt, ließen mich auch „alle Jahre wieder“ die Dampfmaschine mit liegendem Kessel, hohem Schornstein, Wasserstandsanzeige, Thermometer und Transmission vergessen. Ob ich wohl doch nicht artig genug war?

Zwei Nachträge: Zuerst der gute: Nach 65 Jahren habe ich mir zum Weihnachtsfest 2002 meinen Kindertraum erfüllt: Eine Dampfmaschine, wie ich sie mir seinerzeit gewünscht hatte. Nun der schlechte: Die Redenstraße, benannt nach dem Minister für das Bergbau- und Hüttenwesen in Preußen (1752 – 1815) wurde in den Jahren 1970 bis 1975 wegen der Erweiterung des Kalksteintagebaus vollständig abgetragen. ●

Unvergessene Weihnachten. Band 11
27 besinnliche und heitere Zeitzeugen-Erinnerungen.

192 Seiten, viele Abbildungen, Ortsregister.
Zeitgut Verlag, Berlin.

Bestellen unter: Tel. 030 70 20 93 0
info@zeitgut.de; www.zeitgut.de
Taschenbuch, ISBN: 978-3-86614-254-1, EURO 5,90
Gebunden, ISBN: 978-3-86614-253-4, EURO 7,90

ORIGINALAUSGABE



Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin

Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im April 2016

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 & 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 Jahres-
schluss gekündigt werden.

Zielgruppen

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

Bankverbindung

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

Geschäftsbedingungen

Das **MagSi®** Magazin
Stoma – Kontinenz – Wunde,
die Fachzeitschrift für Pflege, Fortbildung
und Berufspolitik ist aktuell, innovativ und
unabhängig. Sie ist das Organ der FgSKW
(Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und
Wunde) e.V. Die Mediadaten, Anzeigenpreis-
liste und Geschäftsbedingungen können
gerne bei der Redaktion oder beim Heraus-
geber angefordert werden. Geschäftsjahr ist
das Kalenderjahr. Gerichtsstand ist der Sitz
der Geschäftsstelle.

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

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

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

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

Für unaufgefordert eingesandte Manuskrip-
te und Unterlagen lehnt der Herausgeber die
Haftung ab.

Bild: © Ljupco Smokovski – Fotolia.com



Konvex ohne Kompromisse

SenSura® Mio Konvex bietet eine neue Dimension an Flexibilität und Komfort für nach innen gewölbte Stomaumgebungen – ohne dabei einen Kompromiss beim Thema Sicherheit einzugehen.

Die anschmiegsame konvexe Schale hat einzigartige integrierte FlexLines, die sich individuellen Körperformen anpassen und allen Bewegungen des Körpers sicher folgen – auch beim Beugen oder Strecken. Ergänzt um den bewährten elastischen Hautschutz garantiert SenSura® Mio Konvex eine stabile und zugleich flexible Anpassung bei jeder peristomalen Hautumgebung.



BodyFit
Technology®

Passt zu jeder konvexen Anforderung

3 unverwechselbare Formen – Konvex Light Soft, Konvex Light und Konvex – bieten eine optimale Versorgung für jede Form von nach innen gewölbten Stomaumgebungen.

Bestellen Sie Ihr kostenfreies Muster:
www.sensuramiokonvex.coloplast.de
oder rufen Sie unseren Kundenservice
an: 040 669807-77.

NEU
seit dem
15. Oktober
2015



SenSura® Mio
1-teilig Konvex Light Soft,
Konvex Light und Konvex



SenSura® Mio Click
2-teilig Konvex Light
und Konvex



SenSura® Mio Flex
2-teilig Konvex Light

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

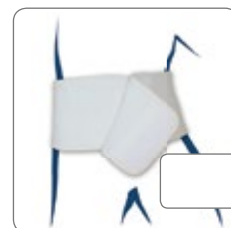
- Bauchdeckenschwäche
- Hernie im Narben- und Stomabereich
- Ileo-/Kolo-/Urostomie
- Ileum-/Kolon-Conduit
- Prolaps



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