

MagSi®

MAGAZIN



STOMA
KONTINENZ
WUNDE

Das Thema

Scham

Enuresis – bei Kindern wie
auch bei Erwachsenen

Pflegeexpertinnen und Pflege-
experten im
O-Ton Interview

Brava[®] Stoma Bandage

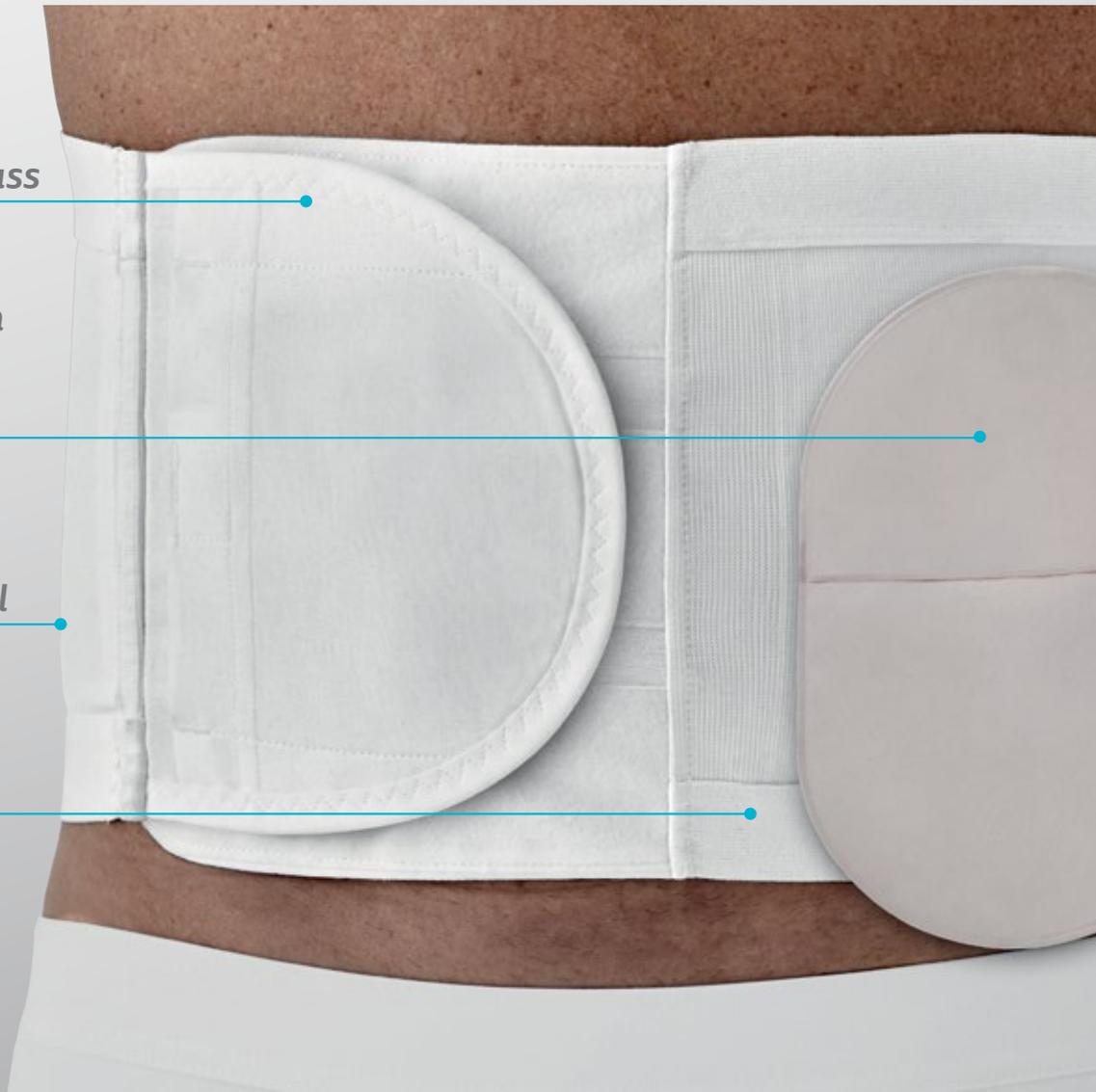
Zur komfortablen Unterstützung
bei Wölbungen und Hernien

Einfach zu
bedienender
Handsuhverschluss

Verstärkter Bereich
für individuellen
Lochzuschnitt

Atmungsaktives
elastisches Material

Anti-Roll-Prägung
aus Silikon



Mehr Informationen erhalten Sie im Internet unter: www.coloplast.de/Bandage

ServiceTelefon für Fachkräfte: 040 66 98 07-77 (Mo-Do 8:00-17:00 Uhr, Fr 8:00-16:00 Uhr)



Ausblick

Liebe Leserinnen, liebe Leser, wir hoffen, dass Sie die vergangenen Monate gut und unbeschadet überstanden haben. Wir mussten lernen, mit dieser noch nie dagewesenen Situation der sozialen Distanz umzugehen. Und erst in solchen Situationen merkt man, wie man als Mensch auf soziale Aktivität, auf Nähe angewiesen ist. Noch keiner kann abschätzen, welche wirtschaftlichen Folgen auf uns dadurch zukommen. Sicher ist, dass es für viele Menschen Spuren im Leben hinterlassen wird. Es sind Menschen verstorben ohne Anwesenheit der Angehörigen, alte Menschen lebten getrennt von ihren Angehörigen und die Familien waren herausgefordert, durch die ungewohnte Nähe, die sich im Lockdown ergeben hat. Jedoch gibt es auch positive Aspekte der Krise und wir wünschen Ihnen, dass Sie die nächste Zeit gut überstehen, gesund bleiben und wieder zu einer „neuen“ Normalität zurückkehren können.

Ihre Redaktion der MagSi®

Das Thema

| | |
|----|---|
| 4 | Scham |
| 12 | Enuresis – bei Kindern wie auch bei Erwachsenen |
| 15 | Pflegeexpertinnen und Pflegeexperten im O-Ton Interview |
| 18 | Stomatherapie im zertifizierten Darmkrebszentrum im Pius-Hospital Oldenburg |
| 22 | Präoperatives Beckenbodentraining zur Kontinenzförderung |
| 24 | Edukation der Angehörigen im Rahmen des Konzeptes „Familiale Pflege“ |
| 27 | Produkteinstellung – Produktpassung – Umversorgung |
| 30 | Prävention und Therapie häufiger Stomakomplikationen |

Fachgesellschaft Aktuell

| | |
|----|---------------------------------------|
| 36 | Termine/Kongresse |
| 37 | Kooperationspartner/Mitgliedsverbände |

Buch-Tipp

| | |
|----|-----------------|
| 38 | Buchvorstellung |
|----|-----------------|

Weiterbildung Aktuell

| | |
|----|--|
| 39 | Abschluss „Pflegeexperte Stoma Kontinenz Wunde“ unter Corona-Bedingungen |
|----|--|

Schaufenster

| | |
|--|--|
| | Neuigkeiten bei Produkten und Dienstleistungen |
|--|--|

Impressum

| | |
|----|------------------------------------|
| 42 | Impressum/Vorschau nächste Ausgabe |
|----|------------------------------------|

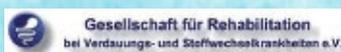
Herausgeber



Kooperationspartner



Mitgliedsverbände



Scham

Vorwort

Im Umgang mit Patienten werden wir als Pflegende täglich mit dem Thema Scham konfrontiert – besonders bei meiner Arbeit in der Stomatherapie. Die theoretische und praktische Handhabung, also das Erklären und Anbringen der Stoma-Versorgungsartikel, sei es dem Patienten oder seinen Angehörigen, sind oft Routine. Was aber für jeden Betroffenen einmalig und einzigartig ist, ist das, was das essenzielle Schamgefühl mit uns macht.

Scham ist meiner Meinung nach, ein sehr persönliches und individuelles Thema und für jeden individuell mit persönlichem Empfinden verbunden. Der Fokus des nachfolgenden Artikels, der im Rahmen meiner Weiterbildung zur Pflegeexpertin Stoma, Kontinenz und Wunde verfasst wurde, liegt auf dem Umgang mit dem Schamgefühl in der Pflege und insbesondere im Umgang mit Stomapatienten.

Scham heißt 'sich verbergen'. „Scham ist ein Gefühl der Verlegenheit oder der Bloßstellung, das durch Verletzung der Intimsphäre auftreten kann oder auf dem Bewusstsein beruhen kann, durch unehrenhafte, unanständige oder erfolglose Handlungen, sozialen Erwartungen oder Normen nicht entsprochen zu haben. Das Schamgefühl ist häufig von vegetativen Erscheinungen wie Erröten oder Herzklopfen (Palpitation) begleitet; manchmal auch von typisch körpersprachlichen Gesten wie

dem Senken des Blickes. Die Intensität der Empfindungen reicht von der flüchtigen Anwendung bis zur tiefsten Beklommenheit und geradezu tödlicher Scham.“ (Wikipedia Stand: 7.12.2016) Das Schamgefühl zählt zu den Emotionen (Affekte). Zu ihnen zählen auch Angst, Zuneigung, Ärger, Hass und Trauer. Es ist ein emotionaler Zustand, in dem wir uns befinden. Sie vermittelt uns, ob wir ein Erlebnis als angebracht oder als „entwürdigend“ erleben. Scham steuert unser Handeln im Alltag und vermeidet auch die Öffentlichkeit („Rückzug“).

Obwohl wir im 21. Jahrhundert einen offeneren Umgang mit Emotionen, wie Trauer, Angst und Wut beobachten können, ist Scham noch immer ein Tabuthema. Doch Scham begleitet jeden Menschen in unterschiedlichen Ausdrucksformen. Insbesondere spielt Scham eine Rolle bei Patienten, die in ihrem Lebensalltag so beeinträchtigt werden, dass sie beispielsweise Verlegenheit, Scheu und Ekel vor sich selbst empfinden. Andere emotionale Momente, wie Peinlichkeiten oder gar Sexualstörungen, empfinden sie als Bloßstellung.

Scham ist eine individuelle Emotion und hängt von Herkunft, Kultur, Religion, von Sitten und Gebräuchen ab. Scham ist nichts Negatives und kann in maßvollem Umfang die Empathie fördern bzw. Zuneigungen oder Abneigungen als emotionale Momente an den Tag legen.

Das Schamgefühl ist ein Grundaffekt, der dem Menschen angeboren ist und sich in vielen Varianten im Bereich Pflege, z. B. in Gefühlen der Minderwertigkeit (bei Krankheit), des Gedemütigtseins (bei Untersuchungen im Intimbereich) oder in Peinlichkeitsgefühlen (der Darmreinigung vor Operationen oder Untersuchungen während einer Koloskopie) äußern. Der ursprüngliche Auslöser des Schamgefühls ist die Verletzung der Intimsphäre des nackten Körpers.

Wie fühlt sich Scham an?

Scham ist ein starkes und unangenehmes Gefühl, das jeder Mensch kennt. Es ist sehr schwer greifbar und erklärbar. Scham treibt uns „das Blut ins Gesicht“ und ist ein Phänomen des Errötens. Das Gefühl der Scham verstärkt und verschlimmert sich, wenn die Aufmerksamkeit des anderen direkt auf unsere Verlegenheit gelenkt wird. Die Schamröte trifft unser Selbstwertgefühl. Wir könnten im Boden versinken und fühlen uns fehlerhaft und gedemütigt. Die Art, wie wir sprechen, ist ein anderes Schamsignal. Es kann zu Extremen kommen wie z. B. lautes oder leises, piepsiges, polterndes oder robustes Sprechen.

Die Körperhaltung ist bei der Scham auch betroffen, wie die Tendenz, sich zusammenzurollen, um den Körper kleiner erscheinen zu lassen. Der Körper wirkt gebückt, gedrückt und spannungslos. Der Mensch möchte „im Erdboden

versinken" und sich deshalb kleiner machen. Kognitive Prozesse sind stark gehemmt. Wie jedes Gefühl hat Scham einen körperlichen Ausdruck und dieser körperliche Ausdruck ist nicht nur das Erröten und der gesenkte Blick, sondern auch das Wegschauen in andere Richtungen oder der Versuch des nicht Auffällig-werdens. Laut Wurmser 2008 heißt es: „Wenn wir uns schämen, möchten wir am liebsten verschwinden und im Erdboden versinken oder uns am liebsten auflösen, um nur irgendwie dieser unerträglichen Situation zu entkommen.“ Wer sich schämt, ist im Innersten getroffen. Die Hände sind feucht und kalt, die hochgezogenen Schultern, verbergen das Gesicht, sodass der Kopf nicht mehr sichtbar ist. Man will sich zusammenrollen, damit man den Körper kleiner erscheinen lassen kann. Die Beziehung zu den Mitmenschen (z. B. Pflegepersonal) wird sofort abgebrochen. Der sich Schämende richtet seine gesamte Aufmerksamkeit und Wahrnehmung nur noch auf sich selbst. Das Herz rast, die Atmung ist stockend, eine Leere im Kopf breitet sich aus. Der Mensch stottert, lacht verlegen und beginnt einen Redefluss, um die Peinlichkeit zu überdecken. Der Körper sackt in sich zusammen.

Meistens betrifft das Schamgefühl nicht die einzelnen Körperteile, sondern den gesamten Menschen. Jedes Individuum reagiert anders und ganz individuell. Vegetative Anzeichen für das Gefühl Scham sind häufig: Erröten und Schwitzen, vor allem im Gesicht, Hals, im oberen Brustbereich und den Ohren. Das vegetative System reagiert auf unser geistig-seelisches Empfinden, worauf wir keinen Einfluss haben. Die Körperreaktion wird verursacht durch Zunahme der Herzfrequenz, was zu einer Ausdehnung der Blutgefäße und zu einer erhöhten Temperatur führt. Die Scham wird äußerlich deutlich sichtbar. Im akuten Schamzustand sind diese Werte zwar erhöht, können aber keinen Anhalt über Dauer des Zustandes geben. Der Affekt der Scham peinigt diesen Menschen stark, wodurch er oft nicht weiß, wie er sich aus diesem lähmenden Gefühl befreien soll. Der sich Schämende reagiert oft im weiteren Verlauf mit Traurigkeit, deprimiert sein oder bekommt Gefühle wie Wut, Ärger und Aggression. Die Scham hat aber auch etwas Positives, wie der Schmerz, der uns vor Gefahren warnt. Die gesunde

Scham kann uns vor Peinlichkeiten schützen.

Natürliche Scham

Bei den meisten Menschen ist der intime/persönliche Raum in etwa der Radius, den die ausgestreckten Arme um den Körper ziehen können. In diesen Radius dürfen nur ausgewählte Menschen, wie der Ehepartner, Familienmitglieder oder Freunde. In besonderen Ausnahmesituationen (Krankheit) und nur wenn es gar nicht anders geht, können wir unsere Grenze für einen bestimmten Zeitraum erweitern. Wird diese Zone von einem Menschen betreten, den wir nicht kennen oder von Menschen, denen wir es nicht erlauben wollen, reagieren wir mit Angst oder Wut. Wir fühlen uns unwohl. Diese Grenze ist immer individuell, hängt von Religion, Kultur, Erziehung und Herkunft ab.

Die Scham kann auch schützen. Aus schambelasteten Situationen können Reaktionen folgen, wie z. B. den Blick senken, diesen Raum verlassen und aus der Situation ausweichen. Das sind Impulse, mit denen ich mich schütze und sobald die schambelastete Situation vorüber ist, vergeht das Gefühl schnell. Das ist meine persönliche Einstellung gegenüber Scham, welche im Durchschnitt von vielen Menschen so wahrgenommen wird. Dies zeigt, dass die natürliche Scham kurzlebig ist. Deshalb ist es sehr wichtig, zu unterscheiden, ob es sich um die natürliche Scham oder die chronische Scham handelt.

Scham in unserer westlichen Kultur

Wofür sich Menschen schämen oder beschämt werden, hängt wesentlich von den Werten der jeweiligen Kultur ab. In einer patriarchalischen Gesellschaft z. B. sind Männer das starke Geschlecht und dürfen nicht weinen. Das wandelt sich in Europa und den Vereinigten Staaten immer mehr. Dies ist auch ein kulturell bedingtes Ereignis. Da heutzutage in den westlichen Ländern auch Themen wie Geschlechtsumwandlung, Homo-, Heterosexualität etc. eine große Rolle spielen, ist hier ein großer Wandel sichtbar, vielleicht sogar in gewissem Maße erforderlich, um das Gefühl Scham im 21. Jahrhundert in eine Veränderung zu drängen.

Im Vergleich dazu kenne ich als Muslimin die Scham vieler Muslime im Pflegeheim. Die Kinder von pflegebedürftigen Eltern denken oft, dass sie einen schlechten Charakter haben, weil sie ihre Eltern vernachlässigen oder nicht pflegen können und im Pflegeheim unterbringen müssen. Dieses Schamgefühl ist sehr groß, was auch wieder ein eher kulturelles Thema ist bzw. auch eine erziehungsbedingte Situation. Es kommt immer auf das individuelle Heranwachsen eines Menschen an. Die Eltern suchen dann auch nach Gründen, weshalb ihre eigenen Kinder sich nicht mehr um sie kümmern können.

Dieser Vergleich zeigt, wie unterschiedlich ausgeprägt Scham sein kann, je nachdem in welcher Kultur man lebt. Tagtäglich erleben wir auch in den Medien Nacktheit, obwohl wir bei Nacktheit an das Wort Scham denken. In TV-Sendungen werden intimste Erlebnisse und Wünsche offenbart, derer man sich früher oder in anderen Kulturen zu Tode geschämt hätte. Dennoch wird uns eine Reihe von Betrachtungen zeigen, dass der Affekt der Scham auch heute noch eine entscheidende Bedeutung in unserem Verhalten hat. Jeden Tag werden uns durch die Medien die Schönheitsnormen der westlichen Kultur vorgeführt: „Sei schlank, jung, stark, perfekt, sportlich, schön, erfolgreich usw.“. Wer nicht diesen Normen entspricht, soll sich schämen und muss damit rechnen, von den Mitmenschen beschämt zu werden.

In keiner Kultur und in keinem Land ist es jedoch das Treiben durch die gesellschaftlichen Normen und die als Idealfigur oder Idealsituation beschriebenen Situationen in den Medien zu vermeiden. Jedes Individuum kennt Scham in unterschiedlichsten Ausprägungen. Es gibt Unterschiede zwischen Männern und Frauen und zwischen verschiedenen Kulturen.

Scham im Islam

Die Schamhaftigkeit im Islam ist ein sehr wichtiges Thema. Es gehört zu den besten und schönsten Eigenschaften eines Gläubigen und der natürlichen Veranlagung eines Menschen. Al Haya bezeichnet die Schamhaftigkeit, welches vom Begriff 'Leben' kommt. Es hat auch damit zu tun, dass derjenige, der Scham besitzt, ein lebendiges Herz hat wohin-

Die einzigartige Kombination aus

Passform & Hautschutzmixtur

die Ihre Patienten verdienen – von Anfang an.



Verfügbar ab 01.09.2020: Die NEUE soft konvexe CeraPlus Basisplatte mit Remois Technologie*

- Entwickelt, um eine bessere Passform zu bieten und dabei zu unterstützen, Unterwanderungen zu vermeiden
- Reduziert von Anfang an potenziell das Auftreten von PHK ^{1,2}
- Minimiert die potenziellen Auswirkungen von PHK von Anfang an
- Verbesserte Passformoption mit dem CeraPlus Produktportfolio

Kontaktieren Sie uns für weitere Informationen unter **0800/101 50 23**
oder per E-Mail: **beratungsteam@hollister.com**



¹ In der Behandlungsgruppe hatten 40,5% PHK und in der Kontrollgruppe 55,4% PHK; p= 0,069 (statistisch nicht signifikant)
² Colwell et al, 2018, A randomized controlled trial determining variances in ostomy skin conditions and the economic impact (ADVOCATE), Journal of Wound, Ostomy & Continence Nursing, 45(1), 37-42

Lesen Sie vor der Verwendung die Gebrauchsanleitung mit Informationen zu Verwendungszweck, Kontraindikationen, Warnhinweisen, Vorsichtsmaßnahmen und Anleitungen. Das Hollister Logo, CeraPlus und „Gesunde Haut. Gute Aussichten.“ sind Markenzeichen von Hollister Incorporated. Alle anderen Warenzeichen und Copyrights sind das Eigentum der jeweiligen Inhaber.
© 2020 Hollister Incorporated.



*Remois ist eine Technologie der Alcare Co., Ltd.

gegen derjenige, der sein Schamgefühl verloren hat, ein totes Herz hat. Es ist bedenklich im Islam, wenn ein Mensch seine Schamhaftigkeit komplett verloren hat. Schamgefühl zu besitzen bedeutet nicht, sich nur aus gesellschaftlichem Druck gut zu benehmen, oder weil die Gesetze es so verlangen und man Angst vor einer Bestrafung hat. „Haya“ bedeutet viel mehr, dass man sich selbst und seinem Schöpfer gegenüber selbst dann Respekt erweist und benimmt, wenn man für sich alleine ist. „Haya“ bedeutet demnach, dem Grundsatz: „Auch wenn wir ihn nicht sehen, so sieht er uns“ folgen, uns stets in Erinnerung zu halten, dass wir nicht alleine sind. Ausdrücklich muss an dieser Stelle auf Folgendes hingewiesen werden: Schamgefühl und Sittsamkeit beziehungsweise auch Keuschheit („iffet“), die allesamt für moralische Reinheit, charakterliche Standhaftigkeit, Ehre sowie das Fernbleiben von Handlungen stehen, die der Religion und dem guten Benehmen zuwiderlaufen, werden nicht nur Frauen abverlangt. Sie sind allen Muslimen auferlegt, egal, ob Mann oder Frau, was in vielen westlichen Ländern nicht ganz richtig interpretiert wird.

Unterschied zwischen Scham und Peinlichkeit

Der ganze Mensch ist bei der Scham betroffen. Bei der Peinlichkeit geht es darum, was mir situationsbedingt passiert ist. Die Scham ist meistens mit der Angst verbunden, sich vor anderen Menschen lächerlich zu machen und in eine beschämende Situation zu geraten (z. B. die Stomaplatte geht ab oder die Versorgung ist undicht). Man fühlt sich machtlos, klein, gedemütigt und in der Würde verletzt. Wenn sich ein Patient als Stomaträger entwertet fühlt, so ist das für ihn mit einem tiefen Gefühl der Verachtung verbunden. Er fühlt sich von der Gesellschaft ausgestoßen. Bei der Beschämung sind immer andere Menschen involviert mit dem Auftrag: „Schäm dich!“. Der Psychoanalytiker Léon Wurmser bringt den Schmerz des Schamerlebnisses treffend auf den Punkt, indem er sagt: „Sich zu schämen, fühle sich an, als sei unsere Seele verwundet.“ (2008). Es ist weniger intensiv und damit auch harmloser als die Scham. Daher fällt es uns leichter, über Peinlichkeiten zu erzählen als über ein Erlebnis einer Beschämung. Im

Freundeskreis kann auch das humorvolle Erzählen von einer peinlichen Situation zur Erheiterung beitragen. Auch der Satz „Das ist mir peinlich“, geht leichter über die Zunge als das aufrichtige Geständnis: „Ich schäme mich!“. Wenn uns etwas Peinliches passiert, bleiben wir in der Regel handlungsfähig. Der Kontakt zu uns und zu unseren Mitmenschen bleibt erhalten.

Verschiedene Formen der Scham

(Klassifizierung von Micha Hilgers)

• Die Abhängigkeitsscham

Die Abhängigkeitsscham kann infolge von Krankheiten und schwindender Autonomie und Pflegebedürftigkeit entstehen. Diese Form wird durch Mitbestimmung der Person verhindert.

• Die Intimitätsscham

Wie Caroline Bohn in ihrem Buch beschreibt, handelt es sich bei der Intimitätsscham um unsere Persönlichkeit, um unser Selbstbild und um unsere Wertvorstellungen. „In gewisser Weise betrifft dies einen substanziellen Teil in uns. Wir alle haben den Wunsch und das Bedürfnis in unserem Dasein als Person und als Mensch geachtet und respektiert zu werden. Wenn wir jedoch spöttischen Bemerkungen ausgesetzt werden, und zwar darüber, wie wir aussehen, sprechen oder uns geben, dann sind Schamgefühle nicht mehr wegzudenken. Hören wir abfällige Äußerungen darüber, wie gebildet und ungebildet wir sind, dann empfinden wir Scham für das, was wir sind. Identitätsscham kündigt sich daher an, wenn wir genau spüren, wie viel Abfälliges sich hinter manchen lockeren Sprüchen oder Scherzen „maskiert.“

Dies entsteht auch durch medizinische Untersuchungen, wenn ich mich ungewollt nackt machen muss, weil es die Krankheit erfordert.

Intimsphäre ist das, was ich verbergen oder behüten möchte. Diese Schamform schaut darauf, wie viel wir von dem, was uns sehr wichtig ist, in unserer gegebenen Situation anderen Menschen (z. B. Ärzten und Pflegepersonal) zeigen können oder vor ihnen verbergen möchten. Jeder Mensch schützt die Intimsphäre unterschiedlich gegen Eingriffe. Zu diesem äußerst privaten Bereich gehören die Nacktheit, Gefühle/

Empfinden – persönliche religiöse Anschauung – bestimmte seelische und körperliche Merkmale (durch Krankheit und Behinderung wie z. B. eine Stomalanlage).

„Ständig begleitet sie das Empfinden, nicht „richtig“ zu sein. Sie haben das Gefühl, niemals vollständig zu den Anderen zu gehören oder von Grund auf abgelehnt zu werden. Sie meinen, nichts wert und niemals im Kern geliebt worden zu werden.“ (Wurmser, 2008)

Diese Schamform bewirkt, dass wir uns immer selbst abwerten und Scham unser dauerhafter Begleiter wird (chronischer Zustand).

• Die Kompetenzscham

Die Kompetenzscham kommt dann zustande, wenn ich das Gefühl habe, nicht mehr mit den anderen mithalten zu können (z. B. als Erwachsener weinen/schreien). Sie zeigt sich durch ein Versagen von Ich-Funktionen oder körperlichen Funktionen wie im Alter. Hier gehört auch der Kontrollverlust über seine Ausscheidungen wie Stuhl, Urin und Blähungen (Kontinenz) dazu, vor allem, wenn es in der Öffentlichkeit passiert.

• Die Anpassungsscham

Wie Léon Wurmser (1997: 47) schreibt: „In vielen Kulturen und Subkulturen, besonders in jenen, die vorwiegend germanischen Ursprungs sind, führt die bloße Äußerung von Gefühlen, besonders von Gefühlen der Zärtlichkeit und von Gemütsbewegungen wie das Weinen, zu Demütigung und Scham. Es wird als besonders unmännlich und unpassend erachtet, Weichheit und Güte zu zeigen.“ Die Anpassungsscham reguliert unser Verhalten im Zusammenleben mit anderen Menschen und deren Erwartungen, Normen und Werte. Sie achtet darauf, dass man sich vernünftig und nicht peinlich verhält, damit man nicht ausgelacht und ausgegrenzt wird. Bei dieser Schamform geht es um die Blicke von anderen: vom Ehemann, von Kindern, Freunden, Gruppen oder der Gesellschaft. In Deutschland wird diese Schamform traditionell mit dem Begriff der „Schande“ verbunden und ausgelöst durch Armut, Arbeitslosigkeit, Versagen, Scheitern, beruflichem Status, Abhängigkeit. Sie kann sich auf den eigenen Körper beziehen, wenn dieser nicht den Schönheitsidealen entspricht (z. B. zu

kleine Menschen; Übergewicht) und durch Krankheit entsteht ist wie bei der Anlage eines Stomas. Diese Scham überfällt uns, wenn wir uns nicht zugehörig fühlen, weil wir „anders“ oder „schwach“ sind.

• Die Gewissensscham

Hier spielen nicht die Erwartungen von anderen, sondern die eigenen Werte eine Rolle. Dass wir mit ethischen Grundwerten handeln, sodass wir uns im Spiegel in die Augen schauen können. Momentan sehr aktuelle Geschehnisse, z. B. dass in einer Fußgängerzone ein Passant zusammengeschlagen wird, haben auch Auswirkungen nicht nur auf Opfer und Täter, sondern auch auf die Zeugen. Diese bleiben häufig mit Schamgefühlen zurück mit quälenden Gedanken: Warum habe oder konnte ich nicht helfen? Gewissensscham ist somit auch eine Nachwirkung für die Zeugen, Zuschauer, Mittäter und Mitläufer von Unrecht.

Wie Viktor Frankl schreibt:

„Es ist nicht nötig dich deiner Tränen zu schämen. Tränen zeugen davon, dass auch ein Mann großen Mut besitzt – Mut um zu leiden.“

Nichts ist schlimmer als ein plagendes Gewissen über eine vergangene Tat, welches den Menschen sogar durch seinen eigenen Schatten verfolgt. Deshalb fühlen sich Täter, die beispielsweise einen Mord begangen haben, nach einer Haftstrafe besser, als solche, die auf freiem Fuße sind. Sie werden nie ihr plagendes Gewissen und dieses Gefühl von Scham los.

• Die Fremdscham

Unter Fremdscham verstehen wir das, was jemand empfindet, wenn er oder sie jemand anderes dabei beobachtet, wie er oder sie eine Norm verletzt. Viele Menschen gucken weg oder erzählen, dass sich ihre Körperhaare aufstellen, wenn sie peinliche Momente bei anderen Menschen beobachten.

Man schämt sich für jemanden, der sich selbst nicht schämt, für das, was er tut und wie er sich verhält. Ein klassisches Beispiel wäre, wenn wir darüber berichten, was wir an Peinlichkeiten im Fernseher gesehen haben. Denn da gibt es genügend Sendungen und Shows, in denen sich Menschen öffentlich darstellen und zeigen und dadurch das Risiko hoch ist, sich fremd zu schämen für eine Person im TV. Wir als Zuschauer

beobachten es aus sicherer Distanz und sind erleichtert, dass wir nicht selbst Opfer dieser Schamszenen sind. Aber dennoch muss man hier dazu sagen, dass jeder Mensch wiederum anders gestrickt und aufgewachsen ist bzw. unter anderen Rahmenbedingungen sein Leben führt und es persönlich eventuell gar nicht als Situation mit Scham, sondern als Situation, um im Mittelpunkt zu stehen, sieht. Die Fremdscham setzt ein, wenn wir beobachten, wie Menschen sich geben, sich öffentlich präsentieren, was sie mitteilen oder wie sie leben und wenn wir dieses Verhalten als peinlich bewerten.

Das Gefühl tritt ein, wenn wir im Erdboden versinken wollen, falls irgendjemand sehen und hören kann, was wir gerade bei anderen beobachten und bezeugen. Auch in der Pflege ist dieses Gefühl keine Seltenheit, wenn wir uns als Pflegekraft für das Handeln einer Kollegin fremdschämen. Es kann sich einstellen, wenn wir beobachten, wie eine Patientin schlecht, ruppig oder ohne Empathie von einer Kollegin behandelt wird. Wie Landweer (1999) schreibt: „Wird eine Kollegin von ihrer Vorgesetzten vor dem gesamten Team beschämt, so empfinden die Zeugen häufig Mit-Scham. Sie solidarisieren sich zwar dann, meistens nicht durch eingreifendes Handeln, aber zumindest mit dem Gefühl. Mit-Scham gehört daher zur Klasse der Sympathiegefühle, da man durch sie emotional Anteil an den Gefühlen anderer nimmt.“ Fremdscham ist ein Gefühl, das jeder von uns mehr oder weniger kennt, je nachdem wie hoch die Fähigkeit in uns ist, für andere Menschen Empathie zu empfinden.

Besondere Ausdrucksform der Scham bei Stomaträgern

Die Anlage eines Stomas bringt besonders schambelastete Situationen für die Betroffenen mit sich. Die Grunderkrankung ist oft Krebs. Das Körperbild wird durch ein Stoma beeinträchtigt. Körperfunktionen sind verändert (Ausscheidung über Bauch, Kontrollverlust) bis hin zu sexuellen Störungen.

In Bezug auf die verschiedenen Schamformen von Micha Hilgers sehe ich diese drei Formen bei Menschen mit Stoma als die Wichtigsten:

- physische Scham (körperlich)

- psychische Scham (seelisch)
- soziale Scham (Außenwelt)

Diese drei Schamformen sind eng miteinander verbunden und sie gehen oft ineinander über. Meist ist eine Schamform dominant.

Die Körperscham

Scham ist ein Affekt, der sehr stark an den Körper gebunden ist. Da schon die Entblößung des eigenen Körpers, wie es bei vielen kranken Menschen unfreiwillig geschieht, zu Scham führt, ist dieses Gefühl bei Patienten mit Stoma noch wesentlich höher. Der Körper wird bewusst vom Menschen als Instrument des Willens wahrgenommen. Durch eine Stomaanlage kann er seine Ausscheidung nicht mehr willentlich kontrollieren. Er verliert somit einen Teil seiner Körperbeherrschung. Dies führt dann zu einer Körperscham. Der Verlust von Kontinenz wird von vielen Patienten meist verheimlicht.

Die psychische Scham

Diese Schamform wird durch Affekte wie z. B. Angst, Trauer und Aggression ausgelöst. So ruft der Umstand, Angst vor einer Krankheit oder eine Untersuchung zu haben, Scham hervor. Der Patient äußert nicht, was er denkt, fühlt und will (Resignation), sondern er schämt sich. Der Patient ist nicht mehr authentisch.

Die soziale Scham

Sie wird durch die Außenwelt ausgelöst, wenn wir aus der Allgemeinheit herausfallen. Herausgerissen aus der Gemeinschaft der Gesunden und plötzlich zu der Schicht der Behinderten gehören. Dies löst oft eine Krise aus, einen Makel zu haben. Die Diagnose und dazu eine Stomaanlage seien wie ein „Stempel“, der an einem haftet. Beim Patienten mit einer Stomaanlage kommen alle drei Schamformen zum Tragen, jedoch sehr individuell und ganz nach seinen Einstellungen, Herkunft und Gefühlen.

Die außergewöhnliche Situation von Stomapatienten im Krankenhaus

Scham und geringes Selbstwertgefühl lassen sich nicht mit dem Verstand

allein verbessern. Zur besseren Akzeptanz dieses Gefühls bedarf es heilsamere Erfahrungen und Erlebnisse.

Zu den Allerwichtigsten gehört die Wertschätzung der eigenen Person und des eigenen Erlebens durch die Pflegekraft. Die Offenheit, über Erfahrungen oder Gefühlszustände mit Mitmenschen zu sprechen und sich auszutauschen, bringt Vertrauen untereinander. Man sollte sich auch so zeigen, wie man ist und sich seine Schwächen und Stärken eingestehen. Eine „Normalisierung“ unerreichbarer hoher Ideale verhindert Vergleiche, die Scham auslösen. Durch Relativierung der gesellschaftlichen Normen und Werte wie z. B. Schönheitsideale, sexuelle Potenz und „Ehre“ sinkt auch die Schambelastung. Wenn wir lernen, anders über Fehler und Missgeschicke zu denken, dann werden wir keine Scham empfinden, ohne deswegen schamlos zu sein.

Es geht nicht darum, dass es egal ist, wie du dich verhältst und wie dein Verhalten bei den anderen ankommt, sondern wie du dein Verhalten bewertest.

„Der Verlust von Scham ist das erste Zeichen von Schwachsinn.“ - Sigmund Freud

Wie reagieren Pflegekräfte auf Geruchsbelästigung und wie können diese überspielt werden?

Ekel ist eine primäre Emotion. Als primäre Emotion werden Gefühle bezeichnet, die angeboren sind, z. B. Angst, Zorn, Freude und Lust. Ekel schützt uns auch vor toxischen und infektiösen Substanzen.

Man unterscheidet diese üblichen Ekelreaktionen: Speichelfluss, Würge-Reiz und Erbrechen. Den erlernten Ekel kann man auch häufig mit Lebensmitteln verlernen. Den universellen Ekel kann man nicht verlernen wie z. B. den vor Ausscheidungen, Sekreten, Fäulnis, Abfällen und Verwesung. Jedoch kann man sich an die universellen Ekel „gewöhnen“, um dieses Ekelgefühl besser zu regulieren.

Um diese Geruchsbelästigung beim Wechseln von Platte und Beutel beim Stomapatienten so angenehm wie möglich zu gestalten, können wir

Einiges machen, damit uns kein Ekel überkommt:

- offen damit umgehen („heute stinkt es aber“)
- Fenster öffnen
- mit Duftölen arbeiten
- während des Handlings mit dem Patienten Gespräche führen.

Oft ist es auch nicht immer leicht, dieses Gefühl zu unterdrücken. Die meisten Stoma-Patienten leiden von Anfang an unter ihrem Stoma. Sie sind sehr empfindlich und können dadurch auch allein durch Blickkontakt erkennen, wie kompetent und in welcher psychischen Lage die Pflegekraft ist. Umso wichtiger ist es, wie und mit welcher Körpersprache wir die Tätigkeit ausführen (Stomawechsel oder Beutel leeren).

Maßnahmen, um Geruchsbelästigung zu überspielen, wären:

- mit Aroma-Ölen arbeiten
- Fenster öffnen
- damit offen umgehen -> Scham als was „Nützliches“ sehen
- Gespräch mit dem Patienten führen während des Stomawechsels, um vom Geruch abzulenken
- Patient nicht zeigen, dass Geruchsbelästigung besteht (kein Gesicht verziehen, keinen Ekel zeigen, kein Nase rümpfen).

Wie respektieren die Pflegekräfte die Wahrung der Intimität?

Viele Stomaträger leiden von Anfang an unter dem Verlust ihrer Selbstständigkeit, ihrer Autonomie und ihrer Privatsphäre. Schamgefühle können eintreten aufgrund ekelerregender Gerüche, entstelltem Körper, Kontrollverlust von körperlichen Funktionen (Stuhl und Urininkontinenz).

Da es sich vorwiegend um ältere Menschen handelt, müssen wir auf die nachlassenden körperlichen und geistigen Leistungen mit besonderer Achtsamkeit eingehen. Sie fühlen sich plötzlich auf Jüngere angewiesen, die bis jetzt von ihnen abhängig waren. Es ist auch recht schwer, sich ihnen nun anzuvertrauen. Dass der Konflikt ein Unterlegenheits- und Schamgefühl auslöst, zeigt sich oft in der abwehrenden Haltung oder Zynismus. Hinter dieser abwehrenden Haltung dürfen wir nicht vergessen, dass häufig ein Mensch dahintersteckt, der um das Überleben kämpft.

Umso wichtiger ist es, sich Informationen über die Patientenanamnese zu holen. Ein Beratungsgespräch, oder auch der Wechsel der Versorgung sollte, wenn nötig, in einem angenehmen, freundlichen, ruhigen, warmen und vor fremden Blicken geschützten Raum stattfinden. Wenn der Patient es wünscht, sollte auch ein ihm vertrauter Mensch dabei sein. Wir sollten Zeit mitbringen und dem Patienten auch sagen, dass eine regelmäßige Betreuung stattfindet. Wir sollten Betroffenen das Gefühl vermitteln, dass jemand da ist, der ihn begleitet. In der Anfangszeit ist der Betroffene sehr sensibel und verletzlich.

Der ganze Mensch sollte im Gesprächsmittelpunkt stehen mit all seinen Sorgen, Ängsten und Fragen. Schamgefühle können auch eine Schutzfunktion beim Erstgespräch haben. Sie verhindern, dass man allzu viele Themen anspricht und dadurch emotional überwältigt wird. Wenn wir es schaffen, dem Patienten zu vermitteln, ihm das Gefühl zu geben, nicht über ihn hinweg, sondern mit ihm zu entscheiden, ihn miteinzubeziehen in unser Handeln, ihm Zeit geben, dann können wir eine Vertrauensbasis aufbauen. Dadurch können wir auch seine Würde erhalten, indem wir ihn begleiten. Wenn es uns gelingt, die Verlegenheits-auslösende Situation zu thematisieren, zum Beispiel mit dem Satz: „Das ist für Sie eine ungewöhnliche Situation, wollen wir es trotzdem zusammen versuchen?“ Dann ist die Würde des Patienten gewahrt.

Kleinste Fortschritte in der Versorgung lobend zu erwähnen, erzeugt beim Patienten ein Gefühl des Stolzes. Wenn ich stolz auf etwas sein kann, will ich es zeigen, wenn ich mich schäme, es verbergen. Stolz ist der Gegenspieler von Scham. Um mit dem Schamgefühl von Stomaträgern richtig umzugehen und nicht den Patienten zu beschämen, brauchen wir ein hohes Maß an Taktgefühl. Auch Wurmser betont in seiner Schamanalyse die Bedeutung des therapeutischen „Takt“! Das Wort stammt vom lateinischen „tangere“, was „berühren“ heißt. Wurmser versteht unter Takt die größtmögliche Achtung gegenüber dem Patienten als jemanden, der sich in einer Schamsituation befindet. Ein Leitfaden, der uns bei der Versorgung und Beratung immer begleiten sollte, ist, dass sich der Stomaträger schämt. Vieles passiert bei

der ersten Begegnung. Hier ist es wichtig, die richtigen Worte zu finden, um dem Patienten seine Hemmung zu nehmen. Wenn es bei der Versorgung zu Schamreaktionen, wie den Blick senken, rote Flecken auf Hals und Gesicht, Unsicherheit oder unangepasstes Lachen kommt, kann es hilfreich sein, Fragen zu stellen, wie z. B. „Habe ich etwas falsch gemacht?“ , „Fühlen Sie sich wohl?“. Wer solche Fragen stellt, ist nicht mehr auf Interpretation angewiesen. Damit kann sich zumindest ein Teil der Scham erübrigen. Der Stomapatient hat fast nicht die Wahl, andere am intimen Geschehen seiner Krankheit teilhaben zu lassen. Der Bettnachbar bekommt ungewollt alles mit.

Unser Ziel muss es sein, den Patienten zu motivieren und durch konstruktive Anerkennung seine Unabhängigkeit wiederzuerlangen. Dann nimmt er schnell seinen Platz in der Gesellschaft wieder ein.

Scham und Sexualität bei Stomaträgern

Es gibt kein Thema, über das so viel geredet wird und sich auf der anderen Seite so geschämt wird wie die Sexualität. Damit ist es schwer, die eigene Sexualität angesichts der geltenden sexuellen Normen als richtig und genügend zu empfinden und entsprechend als gut zu bezeichnen.

Viele Menschen empfinden sich in dieser Beziehung als nicht ausreichend und kapseln sich ab. Wenn es den „Gesunden“ schon so geht, wie schlimm muss es den Stomaträgern in Bezug auf die Liebe und Sexualität gehen?

Durch meine Umfrage im Internet bei Stoma-Träger-Stoma-Welt schrieb mir eine Stomaträgerin Folgendes:

„Es ist etwas da, was nicht da hingehört. Durch eine solche Körperbildveränderung hatte ich kein Selbstwertgefühl mehr. Ich schämte mich sehr dafür und hatte Angst. Habe meine ganzen Gefühle gegenüber meinem Partner 'eingefroren'.“

Viele Stomaträger finden sich auch nicht mehr attraktiv und wollen sich ihrem Partner nicht offenbaren. An sich haben Patienten keine körperlichen Probleme. Scham ist eigentlich nicht

tragisch. Es wird tragisch, wenn es die Leitung über uns übernimmt.

Meine Antwort dazu lautet: „Solange wir die Sehnsucht nach Liebe und auch nach körperlicher Liebe spüren, sollten wir nicht aufhören, sie zu suchen.“ Deswegen sollten wir nicht der Scham folgen, sondern offen und ehrlich darüber mit dem Partner oder dem Arzt sprechen.

Der größte Teil der Stomapatienten erwarten von ihrem Arzt sexualmedizinische Beratung und Therapie, aber nur ein kleiner Teil wird dem gerecht. Als Stomatherapeutin ist es in meinen Augen ein sehr wichtiges Thema, das man bei der Beratung ansprechen muss. Das Ansprechen dieses Themas ermöglicht es uns, den Stomaträgern Adressen zu anderen begleitenden und helfenden Personen und Institutionen zu geben. Diese wären z.B. die Adressen von JSG- Informationszentrum für Sexualität und Gesundheit e.V. oder die Adresse von einer Selbsthilfegruppe für Stomaträger.

Strategieempfehlungen im Alltag

Der Körper eines anderen Menschen sollte niemals als ein Objekt aufgefasst werden, dass man beliebig anstarren kann (Sachweh 2006). Notwendige Handgriffe können auch ein wenig verdeckter, wenn gar ganz diskret durchgeführt werden. Schamgefühle lassen sich weder vollständig beseitigen noch verhindern. Deshalb muss jede Pflegekraft die Kompetenz besitzen um die Schamgrenzen rechtzeitig zu erkennen und zu wahren. Laut der Definition von Bohn 2015 ist die Schamkompetenz: „Schamkompetenz ist die Fähigkeit, die individuellen Schamgrenzen kranker und pflegebedürftiger Menschen zu erkennen, sich diesen sensibel und respektvoll unterzuordnen und das eigene Handeln umgehend darauf auszurichten.“ Dies wird uns gelingen, wenn wir hochsensibel mit diesem Thema umgehen und es umsetzen. Vor uns liegt ein Mensch, dieser Mensch hat Augen und Gefühle und es ist kein lebloses Objekt. Es ist der Körper eines anderen Menschen und nicht mein eigener und ich kann nicht darüber verfügen. Wenn der Patient mir seinen Körper anvertraut, muss ich damit achtsam und respektvoll umgehen. Die Grenzen dafür setzt der Patient und er

entscheidet, ob er eine Handlung toleriert oder nicht.

Hier einige Tipps für den Arbeitsalltag:

- Bei der Versorgung von Menschen mit einem Stoma mit Trennvorhängen oder Trennwänden arbeiten
- Sichtschutz zum Nachbarbett!
- Schamgrenze der Patienten akzeptieren
- Empathischer Umgang
- Türen immer geschlossen halten bei Pflegehandlungen
- Vertrauensbasis zu Patienten aufbauen
- Besuch aus dem Zimmer schicken
- Intimsphäre wahren
- Professionelles Auftreten
- Bei Patienten mit großem Schamgefühl alleine im Zimmer arbeiten (nicht mit Schüler/Praktikant)
- Mit dem Patienten während der Versorgung über die Gefühle reden
- Auf Mimik und Gestik achten
- Patient dort abholen, wo er ist
- Thematik im Team besprechen und zur Diskussion anregen

Es ist auch sehr wichtig, Gefühle zuzulassen, wie auch die Scham. Sobald sie weggedrängt werden, entsteht eine Gefühlsleere. Wenn man Gefühle auslebt und benennen kann, wird man nicht nur gesünder leben, sondern auch mit seiner Umwelt besser kommunizieren.

Kritische Würdigung

Das Leben mit dem Stoma ist für den Betroffenen ein lebenslanger Prozess, der mit der ersten Mitteilung der Diagnose beginnt, wie es auch die Briefe von Patienten belegen. Dies bedeutet, dass der Patient im Verlauf der Behandlung seine ganz persönliche Schamerfahrung und Bewältigungsgeschichte hat. Je nachdem und vor allem welche Erfahrungen der Stomaträger macht, entwickeln sich seine Einstellungen und damit sein direktes Befinden. Für mich persönlich steht immer die Beziehungspflege bzw. ganzheitliche Pflege im Vordergrund.

Sie ist meiner Meinung nach nur möglich, wenn nach einer oft unvermeidbaren beschämenden Handlung eine angenehme Begegnung erfolgt.

Dies kann ein Gespräch, ein Ritual oder auch nur ein Lächeln sein. Ich habe die

Erfahrung gemacht, dass Stomapatienten es sehr positiv aufnehmen, wenn man auf Fragen ehrlich antwortet. Mit viel Einfühlungsvermögen und Taktgefühl sollte man dem Stomapatienten offen sagen, dass es für einen selbst auch jedes Mal eine neue Situation ist und dass jeder Mensch in seiner außergewöhnlichen Lage anders empfindet.

Bei Scham geht es um Grenzen. Scham schützt diesen verletzlichen Bereich. Wer das Schamgefühl in der Pflege von Menschen nicht achtet, ist taktlos. Er verletzt und erniedrigt den anderen, übt über ihn negative Macht aus. Unsere Hauptaufgabe besteht darin, nicht nur den praktischen und theoretischen Teil der Stomaversorgung zu vermitteln, sondern sie vor allem empathisch und geduldig zu begleiten. Dies können wir nur erreichen, wenn wir mit unserer Arbeit mit Selbstachtung und Selbstverantwortung verbunden sind. Ich wünsche mir mit meiner Arbeit, Kollegen zum Nachdenken anzuregen um mit dieser Thematik im Arbeitsalltag bewusster umzugehen.



*Sati Taskin
Krankenschwester
Stomatherapeutin
Wundexpertin ICW
Station C3*

*Tel.: +49 8341 42-3301
Fax: +49 8341 42-3307
E-Mail: sati.taskin@kliniken-oal-kf.de
www.kliniken-oal-kf.de*

*Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren
Klinikum Kaufbeuren
Dr.-Gutermann Str. 2
87600 Kaufbeuren*



Enuresis – bei Kindern wie auch bei Erwachsenen

Die Harninkontinenz stellt oftmals mehr als andere chronische Beschwerden eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität dar. Viele Patienten sind nicht zufriedenstellend versorgt und leiden zudem noch unter den Nebenwirkungen von Medikamenten oder den Komplikationen von Operationen. Insbesondere die psychosomatisch bedingten Inkontinenzformen wie die Enuresis sind in der Behandlung problematisch. Denn notwendig ist hier ein sowohl auf den Harntrakt als auch auf die Psyche ausgerichteter multimodaler Therapieansatz.

Als Enuresis bezeichnet man eine psychosomatisch bedingte Harninkontinenz ab dem 5. Lebensjahr. Sie tritt sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen auf und ist Ausdruck einer dysfunktionalen Streßbewältigung bei psychosozialer Belastung mit fortgesetzt erhöhter innerer Anspannung. Es besteht also keine neurogen oder somatisch durch Beckenboden-Insuffizienz bedingte Inkontinenz. Auch liegt hier keine funktionell obstruktive Miktionsstörung zugrunde, wodurch die Enuresis ebenfalls klar von der somatoformen Überaktiven Blase des Kindes und des Erwachsenen zu trennen ist.

Enuresis – primär und sekundär

Von primärer Enuresis spricht man, wenn das Kind oder der Erwachsene noch nie längere zwischenzeitliche Kontinenz-Phasen als 6 Monate hatte. Als sekundäre Enuresis bezeichnet man das Wiederauftreten des Einnässens bei Kindern oder Erwachsenen, nachdem bereits Kontinenz bestand. Der Harnabgang tritt initial nur während des Nacht- oder ggf. auch Mittagsschlafs auf. D.h. bei der primären Form ist im Kleinkindalter ganz regulär die Kontinenz im Wachzustand erreicht worden, bei Manifestation der sekundären Form bleibt die Kontinenz im Wachzustand in der Regel auch vorerst unverändert bestehen.

Typischerweise ist deshalb bei beiden Formen erst das Hinzukommen von Inkontinenzepisoden auch im Wachzustand der Auslöser, daß betroffene Kinder oder Erwachsene in der urologischen Praxis vorstellig werden. Denn dann erst ist offensichtlich der Leidensdruck so groß, daß die Scham überwunden werden kann und endlich der Arztbesuch möglich wird. Kinder mit allein nächtlicher Symptomatik werden in der Regel erst dann von ihren Eltern gebracht, wenn Klassenfahrten und Übernachtungen bei Freunden anstehen, oder sie stellen sich selbst schließlich nach der Pubertät vor, wenn sie sexuelle Intimität und gemeinsames Übernachten mit dem Beziehungspartner beginnen wollen.

Psychosomatische Miktionsstörung: gelegentliche Sphinkter-Relaxation mit physiologischer Miktions

Während den anderen Erkrankungen mit psychosomatischen Miktionsstörungen wie der Überaktiven Blase, den rezidivierenden Harnwegsinfekten, der Paruresis und dem Chronischen Beckenschmerzsyndrom eine situativ bedingte oder permanente Hyperaktivität des externen urethralen Sphinkters zugrunde liegt, findet sich bei der Enuresis ein völlig normaler Sphinktertonus mit nur gelegentlicher kurzzeitigen Hypoaktivität. D.h. es kommt situationsbedingt zu

einer Relaxation des Sphinkters mit Einleitung einer physiologischen Miktions. Entsprechend ist die Enuresis typischerweise durch komplettes Auslaufen der Blase gekennzeichnet, während bei der somatoformen Überaktiven Blase des Kindes und des Erwachsenen nur kleinere Mengen verloren werden. Kommt es bei älter werdenden Kindern oder Erwachsenen im weiteren Verlauf der Erkrankung zum zusätzlichen Auftreten von Inkontinenzepisoden auch während des Tages, dann kann die Symptomatik variieren. Möglich sind sowohl das komplette Auslaufen der Blase tagsüber als auch der Verlust nur geringer Harnmengen. Dieses ist zum einen davon abhängig, ob dem Patienten das willkürliche Ansteuern und aktive Anspannen des Sphinkters möglich ist. Zum anderen ist bedeutsam, wie gut und wie schnell sich der Patient wieder psychisch stabilisieren und physisch kontrollieren kann, nachdem in einer Emotions-besetzten Situation eine partielle Spannungsreduktion im Sinne einer Art Überlauf-Inkontinenz erfolgt ist.

Urologische Funktions-Diagnostik: normotoner Beckenboden

Bei Kindern findet sich eine komplett unauffällige Basisdiagnostik. D.h. Urinsediment, körperliche Untersuchung inklusive Inspektion der Lumbosacral-Region, orientierender neurologischer

Status, Sonographie der Harnorgane und Uroflowmetrie sind sämtlich in der Norm. Analog der somatoformen Überaktiven Blase des Kindes finden sich häufig Hinweise auf das Vorliegen einer psychosomatischen Erkrankung anhand der biographischen Anamnese, anhand des Verhaltens des Kindes und durch Beobachtung der familiären Interaktion in der Praxis.

Bei Erwachsenen findet sich ebenfalls eine unauffällige Basisdiagnostik. Die bei Frauen zum Ausschluß einer Belastungs-Harninkontinenz erfolgende Urethrocystoskopie sollte unbedingt empathisch und mit atraumatischer Endoskopie-Technik erfolgen, damit nicht ein situationsbedingtes Kontrahieren des Sphinkters fälschlicherweise an eine ursächliche habituelle Hyperaktivität mit Miktionsaufschub denken läßt. Sind diese Untersuchungsbedingungen gegeben, ist ein glattes Eingehen in die Blase mit problemloser Passage auch der proximalen Urethra möglich. Intravesikal imponiert ein physiologischer Befund, insbesondere finden sich im Gegensatz zur Sphinkter-Hyperaktivität keine Trabekulierung und eine normale Kapazität. Die digitale Beckenboden-Evaluation läßt einen normalen Muskeltonus registrieren, ebenso besteht eine normale Mobilität der Urethra, durch Hustenprovokation ist weder im Liegen noch im Stehen ein Harnabgang provozierbar. Entsprechend findet sich hier keine muskuläre Insuffizienz des Sphinkters, wie sie für die Belastungs-Harninkontinenz ursächlich ist. Typischerweise besteht aber eine eingeschränkte willkürliche Ansprechbarkeit des Sphinkters auch unter digitaler Anleitung, d.h. die willentlich angestrebte Kontraktion des Sphinkters ist der Patientin nicht gut möglich, es handelt sich also um eine eingeschränkte Wahrnehmung und Ansteuerung des Beckenbodens. Ebenso zeigt die Urodynamik eine physiologische Messung der Blasen- und Sphinkterdrücke, insbesondere eine suffiziente Drucktransmission im Urethradruckprofil in Ruhe und unter Hustenprovokation.

Entstehung durch dysfunktionale Streßbewältigung mit Spannungsabfuhr

Der Enuresis werden ebenso wie den übrigen somatoformen Miktionsstörungen unterschiedliche Funktionen zur

Reduktion psychosozialer Belastung zugeschrieben. Typischerweise ereignen sich die Inkontinenzepisoden während des Schlafs, der nicht durch Ausschaltung des Gehirns sondern im Gegenteil durch Phasen erhöhter Aktivität bestimmter Zentren gekennzeichnet ist. Während die hemmende bzw. kontrollierende linke Gehirnhälfte ruht und somit funktionell wegfällt, ist die rechte Hälfte nun in ihrer Beschäftigung mit Erlebtem und der Verarbeitung von Emotionen in Form von Träumen besonders aktiv.

Analog manifestiert sich die ggf. im Verlauf hinzukommende Tagessymptomatik dann auch in mit negativen Emotionen besetzten Momenten, d.h. in Situationen, die mit Unsicherheit, Resignation, sowie Verlust-, Versagens- und Trennungsängsten einhergehen. Werden z. B. Hilflosigkeit und Ohnmacht empfunden, weil die adäquate Reaktion des Widerstands von den Eltern nicht erlaubt ist, können die daraus folgende Wut und Aggression ihren Ausdruck im Einleiten der Miktion finden. Hat ein Kind gelernt, daß in Kränkungs-situationen der Versuch von Selbstbehauptung mit Bestrafung oder Liebesentzug beantwortet wird, macht es als Folge sozialer Konditionierung zukünftig in die Hose, um dadurch kurzfristig seine Grundbedürfnisse nach Autonomie und Selbstwert-Erhöhung erfüllt zu bekommen.

Ursachen sind Reifungsstörung, negatives Selbstbild und Mißbrauch. Bei Kindern liegen der Enuresis analog zur somatoformen Überaktiven Blase des Kindes eine Reifungs- und Selbstwertregulations-Störung zugrunde, bei beiden Erkrankungen sind meist soziale Unsicherheit, Ängste und ein negatives Selbstbild wahrnehmbar. Bei Jugendlichen und Erwachsenen findet sich die Enuresis häufig bei Vernachlässigung und Deprivation, emotionaler Ausbeutung und sexuellem Mißbrauch. Die kommunikative bzw. interaktionelle Funktionalität der Symptomatik gewährt Schutz und die Wiederherstellung von Grenzen. Die unausgesprochene Bestrafung durch Auslösung eines schlechten Gewissens läßt die Beziehungen kontrollieren. So verliert jemand, der einnäßt und eine Windel trägt seine Attraktivität als Sexualpartner oder wird zumindest in Ruhe gelassen.

Die familiäre Häufung ist lerntheoretisch bedingt als Ausdruck generationsübergreifender Tradition. D.h. Eltern, die selbst Enuretiker waren, geben oftmals unreflektiert die Eltern-Kind-Interaktion weiter, die sie selbst als Kind erlebt haben und die auch bei ihnen zum Einnässen geführt hat. Darüberhinaus ist von epigenetischer Modulation in der Schwangerschaft und frühen Kindheit auszugehen, so daß sich bei Kindern psychosozial belasteter und selbstunsicherer Mütter eine Disposition zur Enuresis im Sinne einer Streß-Diathese entwickelt. Genetische Veränderungen wurden wissenschaftlich ausgeschlossen.

Therapie-Erfolg durch multimodale Behandlung von Psyche und Soma

Wie sämtliche psychosomatische Miktionsstörungen bedarf auch die Behandlung der Enuresis eines kombinierten Vorgehens aus multimodaler Beckenboden-Edukation zur Verbesserung der körpereigenen bzw. Selbst-Wahrnehmung und aus Beseitigung der psychosozialen Belastung und Selbstwert-Problematik wie z. B. PELVICFITÆ. Grundstein ist die Schaffung einer für die Behandlung motivierenden und Entspannung-zulassenden Arzt-Patienten-Beziehung, die die Grundbedürfnisse erfüllt, positive zwischenmenschliche Erfahrungen machen läßt und so ein Selbstwert- und soziales Kompetenz-Training zur Selbstbehauptung erlaubt.



*Dr. med. Ulrike Hohenfellner
Privatpraxis für Urologie und Psychotherapie, Heidelberg
Ambulantes Rehabilitationszentrum für Urologie und Gynäkologie Heidelberg
Vorsitzende des Arbeitskreises für Psychosomatische Urologie und Sexualmedizin der Deutschen Gesellschaft für Urologie
dr.hohenfellner@praxishohenfellner.com*

Literatur

Erhältlich bei der Autorin

I CAN

live free

ESTEEM™ Flex Konvex

MEHR FREIHEIT, DAS LEBEN NACH EIGENEN REGELN ZU LEBEN

Als jüngster Zuwachs in der Familie unserer einteiligen Stomaversorgungsprodukte vereinen die neuen Esteem™  Flex Konvex Stomabeutel Komfort und höchste Flexibilität mit der Sicherheit einer zuverlässig abdichtenden konvexen Versorgung. Die Esteem™  Flex Konvex Stomabeutel passen sich sanft an die Haut an, gehen mit den Bewegungen des Körpers mit und geben so maximales Vertrauen in die eigene Stomaversorgung.



ConvaTec (Germany) GmbH
Gisela-Stein-Straße 6
81671 München

Rufen Sie uns an!
Kostenfreie Beratungsnummer: 0800 / 78 66 200
Internet: www.convatec.de

 **ConvaTec**

Pflegeexpertinnen & Pflegeexperten im O-Ton Interview

Zur Person

Der 61-jährige Hans-Jürgen Markus absolvierte seine Weiterbildung zum Enterostomatherapeuten 1983 in Duisburg. Nach der Paracelsus Klinik und dem Marienhospital in Osnabrück arbeitet er seit 31 Jahren in verschiedenen Home Care Unternehmen, zuletzt für die GHD GesundHeits GmbH Deutschland. Er ist Mitglied in der FgSKW e.V. und international Delegierter für die Bundesrepublik Deutschland im WCET.

Herr Hans-Jürgen Markus, es ist mir eine große Freude Sie zu interviewen. 1983, vor 37 Jahre hat ihr Werdegang als Enterostomatherapeut begonnen. Stomatherapie war damals eine exotische Weiterbildung. Wie sind Sie dazu gekommen?

Markus: Also, wenn man so will, wie die Jungfrau zum Kinde: Mein damaliger Oberpfleger erzählte mir von einem Kurs in Duisburg, wo man „Beutel kleben“ lernen kann! Er meinte, er sei dafür zu alt, ich solle mich da mal bewerben. Gesagt, getan: Ich habe mich beworben und bin Ende 1983 für 8 Wochen ins Schwesternwohnheim der städtischen Kliniken von Duisburg eingezogen. Dort habe ich mit 6 Kolleginnen und einem Kollegen bei Helene Schmitz die Weiterbildung zum Enterostomatherapeuten absolviert. Danach wurde meine „Krankenpfleger Welt“ gehörig durcheinandergewirbelt! Meinem Oberpfleger bin ich heute noch dankbar, dass ich die Möglichkeit erhielt, diese Weiterbildung zu absolvieren.

Mit herausragendem Erfolg, der bis heute anhält. Wie sind Sie zu Ihrer Vorstandsarbeit des damaligen DVET gekommen?

Markus: Mir war es wichtig nach der Weiterbildung „am Ball“ zu bleiben. Eine

Möglichkeit war die Mitgliedschaft im DVET. Wir waren damals ein überschaubares Trüppchen. Und, weil jeder einmal dran war, kam auch für mich die Zeit der Vorstandsarbeit. Durch den Posten habe ich sehr viel über Berufspolitik und den Stoma Markt gelernt. Unser Bestreben war es damals, die Arbeit der Stomatherapie in den Kliniken bekannt zu machen und den Absolventen Rüstzeug an die Hand zu geben, sich nach der Weiterbildung in ihren Einrichtungen zu etablieren. Ich kann mich noch an sehr emotionale Diskussionen mit der damaligen Leitung der Bildungsstätte des DBfK, Frau Professor Christel Bienstein, über die Anerkennung (auch in finanzieller Hinsicht) der Weiterbildung erinnern.

Als WCET Delegierter haben Sie weltweit Kontakte aufgebaut, und auf vielen Kongressreisen die Stomatherapie vertreten, ja sogar weiterentwickelt. Wie haben Sie diese Zeit erlebt?

Markus: Als sehr spannend! Natürlich hatte ich zuerst ein wenig Angst mich auf internationalem Parkett zu bewegen. Das ging den meisten Delegierten so, es hat sehr viel Spaß gemacht, mich mit Kollegen aus der ganzen Welt auszutauschen. Stomatherapie in Afrika, der Türkei oder Russland kennenzulernen, war schon etwas Besonderes. Im Laufe der Jahre sind ein paar wertvolle Freundschaften entstanden, die ich nicht missen möchte! Ich bin übrigens auf der Suche nach einem Nachfolger für die Position des internationalen Delegierten!!!!

Sie vertreten auch in den Weiterbildungsinstituten den WCET und sind Mitglied in der Prüfungskommission. Welchen Tipp können Sie angehenden PSKW mit auf den Weg geben?

Markus: Es ist wichtig, während der Weiterbildung und natürlich auch danach, Netzwerke aufzubauen. Das kann national oder auch international sein. Ich bin seit meiner Weiterbildung Mitglied im DVET/FgSKW, WCET Sektion Deutschland, ECET Deutschland und jetzt im WCET. Bei den regelmäßigen Treffen ist natürlich der fachliche Aspekt wichtig, noch wichtiger ist es, Kollegen zu treffen und Erfahrungen auszutauschen. Diese Erfahrungen kann man an keiner Schule lernen! Wie implementiere ich die Stomatherapie in meiner Klinik, auf welche Stolpersteine muss ich achten, wer kann mich unterstützen? Fragen über Fragen! Es muss ja nicht jeder das Rad neu erfinden. Da kann man auf solchen Treffen eine Menge Input mit nach Hause nehmen. Meine Entscheidung, in den Home Care Markt zu gehen, ist im Wesentlichen auf einem Kongress in Göteborg beeinflusst worden.

Wie sehen Sie die Entwicklung in der Stomawelt- was ist anders als früher?

Markus: Durch meine Arbeit im Home Care Bereich bereise ich viele Klinken. Es freut mich, wie selbstverständlich in vielen Einrichtungen die Stomatherapie gelebt wird. Sicherlich noch nicht flächendeckend aber auf einem guten, professionellen Weg.

Die Implementierung der Stomatherapie im Erhebungsbogen der Deutschen Krebsgesellschaft war sicherlich ein Meilenstein. In den letzten Jahren haben viele Absolventen die Weiterbildung aus diesem Grund absolviert: die Kliniken müssen "Pflegeexperten Stoma Kontinenz Wunde" vorhalten! Die Industrie hat in den zurückliegenden Jahren sehr viel an der Qualität der Produkte verbessert! Wenn ich in den Krankenpflegeschulen unterrichte, stelle ich auch immer Versorgung aus den

50er und 60er Jahren vor. Da wird mir bewusst, wie rasant die Entwicklung vorangegangen ist.

Wie beurteilen Sie mit Ihrer langjährigen Erfahrung im außerklinischen Bereich die aktuelle Situation auf dem Markt?

Markus: Da könnte ich ganz einfach antworten: Früher war mehr Lametta.... Natürlich hat sich auch der ambulante Stoma Markt verändert. Vor Einführung der DRGs war es den Kliniken egal, wenn Patienten ein paar Tage später entlassen werden. Es gab eine Handvoll Sanitätshäuser, die sich eher traditionell um Stomaträger gekümmert haben. Der Home Care Gedanke ist erst seit ca. 30 Jahre in Deutschland bekannt. Mittlerweile tummeln sich eine ganze Menge Mitbewerber am Markt. Das Thema „Ausschreibungen“ und die damit verbundenen Probleme für die Betroffenen sind ja wieder vom Tisch. Es hat uns aber gezeigt, wie sensibel und anfällig der Markt gegenüber unreflektierten Gewinnaussichten geworden ist. Letztendlich geht es darum betroffene Patienten unter Berücksichtigung ihrer Lebensqualität wirtschaftlich zu versorgen. Dafür stehe ich, und ich freue mich in einem Unternehmen mit den gleichen Idealen zu arbeiten.

Was begeistert Sie genau an Ihrer Arbeit und was macht Ihnen dabei besonders Spaß?

Markus: Netzwerken, reisen, weiterbilden. Es macht mir Spaß, jeden Tag mit unterschiedlichen Menschen in unterschiedlichen Zusammenhängen, Herausforderungen zu besprechen und Abläufe zu optimieren.

Für die FgSKW sind Sie seit Jahren als Referent tätig, haben Sie Lieblingsthemen?

Markus: Eines meiner Lieblingsthemen ist die Berufspolitik! Dabei ist mir wichtig die Situation in den Einrichtungen transparent zu machen und Lösungsansätze zu vermitteln. „Was kann ich, als Absolvent der Weiterbildung mit meinem Zeugnis oder Diplom anfangen, wenn ich wieder in meiner Klinik bin?“ Wenn ich das mit meiner Motivation 1983 vergleiche, liegen dazwischen Welten. Und es ist fast 40 Jahre her!

Apropos Motivation. Sie sind aktiver Förderer und Unterstützer der Selbsthilfe?

Markus: Ja, ich bin Mitglied der deutschen ILCO und pflege auch Kontakte zur Selbsthilfe-stoma-welt e.V.! Wir haben hier in der Region Osnabrück/ Münster sehr aktive Stomagruppen, die ich regelmäßig besuche. Das ist wichtig für mich, um den Kontakt zur Basis nicht zu verlieren.

Was zeichnet bei Ihnen einen klassischen Arbeitsalltag aus?

Markus: Den klassischen Arbeitsalltag gibt es zum Glück nicht! Ich liebe an meiner Arbeit die Flexibilität! Ich bin in vielen verschiedenen Einrichtungen unterwegs: von Akut- über Rehakliniken, Seniorenheimen und abends noch Selbsthilfegruppentreffen. Ich betreue auch einige Patienten selbst. Bei der GHD Gesundheits GmbH Deutschland bin ich für die Initiative „Stoma 2020 – Innovationen für den Stoma Markt“ in unserer Region verantwortlich. All das zusammen und zwischendurch immer mal wieder Unterricht an Krankenpflegeschulen oder Weiterbildungsstätten macht meine Arbeit so interessant und spannend.

Haben Sie eine Idee was Sie tun, wenn Sie eines Tages nicht mehr in der GHD Gesundheits GmbH Deutschland tätig sind?

Markus: Das ist eine Frage, die ich ganz entspannt auf mich zukommen lasse! Im Moment macht mir die Arbeit noch richtig Spaß! Und solange das so ist, denke ich über den Ruhestand noch nicht nach! Wobei das eine oder andere Projekt habe ich da schon im Kopf!

Und eine letzte Frage, Herr Markus: Ihr Job in drei Worten

Markus: Abwechslungsreich, befriedigend, herausfordernd!

Vielen Dank für das Interview!

Interview: Margarete Wiczorek



Die Personen sind: Hans-Jürgen Markus, Frank Hartkopf und Werner Droste. Von links nach rechts

Bild: FgSKW e.V.

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 mit über 3.400 Mitarbeitern.

Unsere Therapiebereiche auf einen Blick



Stoma

- ◆ Einführung von Versorgungsstandards
- ◆ Stomamarkierung und präoperatives Patientengespräch
- ◆ Ganzheitliche Beratung und Anleitung



Inkontinenz

- ◆ Materialmanagement
- ◆ Anleitung aller an der Versorgung Beteiligten in die Handhabung der benötigten Produkte
- ◆ Einführung von Versorgungsstandards
- ◆ Beratung, Anleitung, Training und Begleitung beim intermittierenden Einmalkatheterismus von Anfang an



Wunde

- ◆ Regelmäßige Wundvisiten
- ◆ Therapieempfehlung einschließlich begleitender Therapien
- ◆ Therapiekklärung mit dem Verordner inklusive Rezept- und Materialmanagement
- ◆ Schulung von Patienten, Angehörigen und Pflegekräften
- ◆ Unterstützung in der Umsetzung des Expertenstandards „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“
- ◆ EDV-gestützte Verlaufsdokumentation

GHD GesundHeits GmbH Deutschland · Hotline: **0800 - 51 67 110** (gebührenfrei)
kundenservice@gesundheitsgmbh.de

 www.gesundheitsgmbh.de
 facebook.com/GHDGesundHeitsGmbH
 twitter.com/GesundHeitsGmbH
 youtube.com/GHDGesundHeitsGmbH
 instagram.com/ghd_gesundheits_gmbh

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



STOMATHERAPIE IM ZERTIFIZIERTEN DARMKREBSZENTRUM IM PIUS-HOSPITAL OLDENBURG

Die modern ausgestattete und hochspezialisierte Universitätsklinik für Viszeralchirurgie im Pius-Hospital Oldenburg nimmt pro Jahr über 4.000 Eingriffe vor und deckt von der Gallenblasenentfernung über die Hernien- oder Schilddrüsenchirurgie bis hin zu komplexen onkologischen Operationen von Darm, Speiseröhre, Bauchspeicheldrüse oder Magen das gesamte Spektrum der Allgemein- und Viszeralchirurgie einschließlich der Notfallchirurgie ab – ein großer Teil der Operationen wird minimalinvasiv durchgeführt.



Ein wichtiger Schwerpunkt der Klinik liegt auf komplexen Operationen des Bauchraums, insbesondere der onkologischen Chirurgie. Jährlich werden hier circa 250 Patientinnen und Patienten mit einem bösartigen Tumor des Verdauungsorgans operativ behandelt – circa 120 von ihnen aufgrund einer Darmkrebserkrankung. Entsprechend groß ist die Expertise: So ließ sich die Klinik 2011 von der Deutschen Krebsgesellschaft als jeweiliges Zentrum für Darm- und Bauchspeicheldrüsenkrebs sowie 2018 zusätzlich als Magenkrebszentrum zertifizieren. Klinikdirektor und Koordinator der Zentren, Prof. Dr. med. Dirk Weyhe, leitet hier ein erfahrenes Team mit u. a. sieben Oberärztinnen/-ärzten, sechs Fachärztinnen/-ärzten und elf Assistenzärztinnen/-ärzten. Das Pflegeteam besteht aus insgesamt 22 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern plus 9 Servicekräfte. Zu ihnen gehört auch

Bilder: © Pius-Hospital

die Pflegeexpertin Christina Kuper, die sich mit viel Einsatz um alle Stoma-Patientinnen und -patienten des Hauses kümmert.

Vor elf Jahren hat die ausgebildete Gesundheits- und Krankenpflegerin ihre Weiterbildung zur Pflegeexpertin für Stoma, Kontinenz und Wunde mit einem Weiterbildungsumfang von 720 Stunden der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e.V. (FgSKW) abgeschlossen. Einen reichen Erfahrungsschatz hat sie seitdem aufgebaut. Drei mal in der Woche bietet sie in der Stomasprechstunde ihre Unterstützung und ihr umfangreiches Know-how an. Im Fokus stehen aufgrund der Klinikspezialisierung Patienten mit Darmkrebs. Aber Christina Kuper versorgt auch alle anderen Patientinnen und Patienten mit einer Stoma-Anlage im Pius-Hospital, z. B. bei chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen, Anastomosensuffizienz, Strahlenschäden und sehr selten auch bei Verletzung durch eine Koloskopie. Ihre Aufgaben umfassen die Aufklärung und Markierung des späteren Ausgangs im Sitzen, Liegen und Stehen, das Erklären des Materials, Anleitungen zum Entleeren und Wechseln von Beutel und Platte, das Informieren zum Hautschutz und zur Ernährung. Außerdem vermittelt sie weitere Gesprächs- und Unterstützungsangebote, zum Beispiel jene des ambulanten Stomatherapeuten oder der Selbsthilfegruppe Deutsche ILCO, mit welcher seit vielen Jahren eine vertrauensvolle Zusammenarbeit besteht.

Erstgespräch / Markierung des späteren Ausgangs

Obwohl nicht alle Patienten, die aufgrund ihres Darmkrebs operiert werden, ein Stoma erhalten, wird präoperativ bei allen zur Sicherheit einer optimalen Lage eine entsprechende Markierung angebracht. Hierfür nimmt sich die Stomaexpertin Kuper besonders viel Zeit und legt zusammen mit den Patienten die günstigste Position fest. Besonders achtet sie darauf, dass die Stelle glatt, eben und frei von Hautfalten, Narben oder knöchernen Vorsprüngen ist. Auch sollte das Stoma fern von Nabel, Leiste, Genitalien oder Muttermalen sein. Der Stomaträger/die -trägerin sollten den Bereich selber gut sehen und erreichen können. Das lässt sich nur in verschiedenen Positionen



feststellen – also im Sitzen, Liegen, Stehen und beim Nachvornebeugen. Die Fläche innerhalb des M. rectus abdominis sollte circa 10x10 cm groß sein. Außerdem werden die Bauchform, Kleidungsgewohnheiten und eventuelle Gewichtsschwankungen, die im Laufe einer Darmerkrankung nicht unüblich sind, mit in die Überlegungen einbezogen. Auch der Gesundheitszustand im Allgemeinen sollte hierbei thematisiert werden, zum Beispiel wenn motorische Störungen vorliegen oder Probleme mit dem Sehen bestehen.

Lässt sich die optimale Stelle nicht eindeutig identifizieren, markiert

Christina Kuper zwei Punkte. Von den jährlich circa 100 Patienten, die im Pius-Hospital ein Stoma erhalten, sind in etwa 60 Prozent Ileostomas, von denen auch wiederum circa 60 Prozent nach drei bis sechs Monaten zurückverlegt werden können.

Das Erstgespräch ist aber nicht nur aufgrund der Markierung unerlässlich. „Studien haben gezeigt, dass hiervon viel für die spätere Akzeptanz des Stomas und die spätere Lebensqualität abhängt“, weiß Christina Kuper. Zwar sind die Patienten durch das zuvor geführte Arztgespräch bereits darüber aufgeklärt, dass sie möglicherweise ein



für ein gutes Gefühl von mehr Sicherheit und Lebensqualität

kompetente Betreuung aus Wackersdorf bei

- Stoma
- Tracheostomie
- enterale Ernährung
- intravenöse Ernährungs- und Schmerztherapie
- Inkontinenz
- Wundversorgung
- med. Geräteversorgung

Wir unterstützen Sie umfassend. Auch bei speziellen Anforderungen. Seit 1998.



Klemen Homecare GmbH
die Versorgung macht den Unterschied

nähere Informationen erhalten Sie unter
www.klemen-homecare.de
Freecall 0800 / 2 111 999

Stoma erhalten werden, doch viele wichtige Fragen, Sorgen und Ängste sind dann noch nicht angesprochen worden. Aus der langjährigen Erfahrung weiß Christina Kuper, dass ein großer Teil der Patienten zunächst ablehnend reagiert. „Hier ist eine gute Kommunikation wichtig. Das macht eigentlich den größten Teil der Tätigkeit als Stomatherapeutin aus. Vorurteile, Ekel und Scham abbauen: Das ist eine Herausforderung. Aber je eher man sich mit der Thematik beschäftigt, und dem, was auf einen zukommt, desto leichter fällt es später.“ So berichten der Pflegeexpertin über 80 Prozent der Patienten, deren Stoma später zurückverlegt werden konnte, dass sie sich den Umgang mit dem künstlichen Darmausgang schwieriger vorgestellt hatten. Unabhängig wie die sehr individuellen Reaktionen beim ersten Termin vor der OP ausfallen, gilt für alle Patienten – sofern sie denn das Stoma erhalten – dasselbe Ziel: Sobald die postoperative Phase durchlaufen ist, arbeitet die Expertin mit Unterstützung der Pflegemitarbeiter auf der Station daran, dass sich die Patienten selbst versorgen können und sie Unabhängigkeit wiedererlangen.

Postoperative Versorgung

Der Übergang von der postoperativen Phase zur Anleitung ist geprägt durch die Unsicherheit der Patienten, ein verändertes Körperbild und eventuell auch Schmerzen. Auf diese Situation gilt es behutsam und mit Fingerspitzengefühl einzugehen. Bei durchschnittlich elf bis 14 Tagen Aufenthaltsdauer im Rahmen einer Darmkrebsoperation mit Stomaanlage nimmt sich Christina Kuper üblicherweise circa drei bis vier Mal intensiv Zeit für die stomatragenden Patienten. Zunächst begutachtet sie die anatomische Lage und die Ausscheidung, die Prominenz und Umgebung des Stomas sowie die Form und Größe. Hautrötungen tauchen anfänglich bei den allermeisten Patienten trotz optimaler Pflege und Versorgung auf. Als Ursachen kommen eine zu große Öffnung der Hautschutzplatte, Undichtigkeit oder eine zu lange Tragezeit infrage. Treten Hautirritationen auf, sollte die Stomagröße und die entsprechende Hautschutzplatte regelmäßig kontrolliert und ein hydrokolloider Hautschutz, bei nässender Haut Puder, verwendet werden. Gegen das häufige Hautkribbeln im Bereich des Stomas

wird im Pius-Hospital mit einer mit Ceramiden angereicherten Platte gearbeitet. Hautschutzringe oder Hautschutzstreifen können eine plane Versorgung zusätzlich abdichten. Bei der Größenkontrolle wird mittels Maßschablone gegebenenfalls nachjustiert – zumal sich das Stoma in der ersten Zeit nach der Anlage ohnehin um circa 40 Prozent verkleinert. Dies wirkt sich auch auf die Beutelöffnung aus. „Also ist die Platte so zu wählen, dass sie exakt das Stoma umschließt, ohne es einzuengen. Und zwischen Stoma und Plattenöffnung sollte keine Haut unbedeckt bleiben“, rät Christina Kuper. Im Pius-Hospital wird hauptsächlich mit einem zweiteiligen System von nur einem Hersteller gearbeitet. Dies hat sich in den vergangenen Jahren bewährt. So bleiben die Bestände übersichtlich und alle beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Pflege kennen das Produkt „aus dem Effeff“. Als Back-up oder wenn auf einteiliges System umgeschwenkt werden soll, hat Christina Kuper noch alternative Produkte, welche die Patienten ausprobieren können.

Je nachdem ob ein- oder zweiteilige Versorgung und abhängig von der Art des Stomas variieren die Tragezeiten, die sich bei Komplikationen verkürzen können.

Einteilige Versorgung:

- Colostomie 1-3 mal täglich
- Ileostomie 1 mal täglich
- Urostomie 1 mal täglich

Zweiteilige Versorgung:

- Kolostomiebeutel je nach Bedarf 1-3 mal täglich
- Ileostomiebeutel 1 mal täglich
- Urostomie 1 mal täglich
- Basisplatte 2-3 Tage Ileostoma/
Urostoma
- 2-4 Tage Colostoma

Ernährung

Auch in Sachen der Ernährung berät die Stomatherapeutin. Bis zur Entlassung aus dem Krankenhaus steht zwar erst einmal Schonkost auf dem Speiseplan. Dies bedeutet aber nicht, dass die Patientinnen und Patienten nicht verschiedene Dinge ausprobieren können und auch sollten. Wie sonst auch reagiert jeder Organismus sehr individuell auf die ihm angebotenen

Nahrungsmittel. Ein wichtiges Merkmal der Arbeit in einem interdisziplinären Krebszentrum wie dem des Pius-Hospitals ist die enge interprofessionelle Zusammenarbeit. So stehen auch die Diätassistentinnen des Hauses bei speziellen Fragen rund um die Ernährung ergänzend zur Seite. Gerade nach einer großen OP in Verbindung mit einer Krebserkrankung kann der Rat der Expertinnen helfen, mit Appetitlosigkeit und Übelkeit umzugehen.

Als Faustregel aber gilt, dass faserreiche Obst- und Gemüsesorten oder solche mit fester Schale eher vermieden oder vorsichtig probiert werden sollten, also zum Beispiel Rhabarber, Spargel, Tomaten oder Paprika. Auch Blattspinat bringt in der Regel Schwierigkeiten. „Als unsere Küche vor einiger Zeit vom kleingehackten zum Blattspinat gewechselt ist, führte es dazu, dass quasi alle Patienten mit Stoma eine Verstopfung bekamen, so dass bei allen Spülungen notwendig wurden“, berichtet Christina Kuper. „Jetzt machen wir für diese Patienten natürlich einen großen Bogen um Spinat. Auf der Essenskarte wird das Stoma darüber hinaus auch dokumentiert, so dass in der Küche keine falschen Speisen auf das Essenstablett der Patientinnen und Patienten gelangen können.“ Sehr wichtig ist es, auch auf die Flüssigkeitszufuhr zu achten. Gerade Patienten mit Ileostoma laufen ständig Gefahr zu dehydrieren, wenn sie zu wenig trinken. Deshalb sollten am Tag mindestens 1,5 Liter getrunken werden.

(Selbständiges) Entleeren und Beutelwechselln

Am vierten oder fünften postoperativen Tag findet die erste ausführliche Anleitung statt. Wertvolle Zeit, die jedoch meist nicht ausreicht, um auch das alle zwei bis drei Tage notwendige Wechseln der Platte sicher zu erlernen. „Wenn die Patienten es schaffen, bis zu ihrer Entlassung aus dem Krankenhaus den Ausstreifbeutel eigenständig zu leeren und zu wechseln, bin ich fürs Erste sehr zufrieden“, so Christina Kuper. Schließlich sollte ein Beutel, der mit circa 200 bis 300 ml gefüllt ist, entleert oder gewechselt werden – bei einem Ileostoma in der Regel fünf bis zehnmal täglich. Ein zeitaufwendiges Unterfangen, das möglichst früh erlernt werden sollte.

„Vorsichtig ins kalte Wasser schieben“

Beim ersten Mal, wenn die Patienten selber Hand anlegen, führt die Stomatherapeutin die Patienten ins Badezimmer. Für einige Patienten ist dies auch das erste Mal, dass sie das Stoma richtig anschauen (müssen) und sich mit dem veränderten Körperbild befassen. Keine einfache Situation für die Betroffenen, die anfänglich oft noch mit Ekel und Abscheu verbunden ist. Nicht selten führt dies zu Kreislaufproblemen. Schwester Christina kennt die Anzeichen und führt die Patienten bei einem drohenden Kollaps zunächst zurück in Bett. Hat sich die Patientin/der Patient erholt, wird ein zweiter Versuch gestartet. „Ich begleite die Betroffenen sehr eng und stehe Ihnen mit Rat und Tat zu Seite, gehe sehr individuell auf sie ein“, betont Kuper. „Aber irgendwann kommt der Punkt, an dem ich die Patienten ein bisschen ins kalte Wasser schiebe. Ich schubse sie nicht, denn ich bin ja weiterhin da und unterstütze sie, wenn es notwendig ist. Erst wenn sie diesen ersten Teil der Versorgung beherrschen, können sie nämlich aus dem Krankenhaus entlassen werden.“ Der Grad an Eigenständigkeit wird auch im Krankenhausinformationssystem dokumentiert. So wissen die Pflegemitarbeiter der Station zu jeder Zeit, wie selbständig die Patienten bereits sein sollten, auch wenn die Stomaexpertin nicht vor Ort ist. Dann können sie das erste selbständige Entleeren oder Wechseln begleiten und anleiten. „Es kommt vor, dass Patienten die Versorgung ihres Stomas lieber ihrer Partnerin, ihrem Partner bzw. einem Angehörigen überlassen möchten, bzw. während ihres Krankenhausaufenthalts den Pflegemitarbeitern. Sofern jemand aber physisch und kognitiv dazu in der Lage ist, sich selbst zu versorgen, sollte man auf den Patienten samt dem Angehörigen von Anfang entsprechend einwirken, um so schnell wie möglich Unabhängigkeit zu erreichen.“

Bei der Bewältigung der Situation können auch weitere Ansprechpartner und Unterstützungsangebote helfen. In der Zeit ihres stationären Aufenthalts besteht für die Patienten im Pius-Hospital die Möglichkeit, die Hilfe des Sozialen Dienstes oder des Psychoonkologischen Dienstes in Anspruch zu nehmen. Auch die weitere ambulante

Versorgung ist zum Zeitpunkt des Krankenhausaufenthalts bereits gewährleistet. Der Nachversorger wird durch das Krankenhaus frühzeitig informiert und kann nach der Entlassung nahtlos anknüpfen. Auch wenn zum Beispiel noch ein Pflegegrad beantragt oder eine Kurzzeitpflege gefunden werden muss, stehen die Ansprechpartner im Pius-Hospital zur Verfügung. Vor ihrer Entlassung erhalten die Patienten von Christina Kuper ein komplettes Post-OP-Set mit nach Hause. Hierhin sind Verbrauchsmaterialien für circa eine Woche und alle wichtigen Informationen enthalten.

Eigenständiges Arbeiten

Bei aller interprofessioneller Abstimmung, die das Arbeiten in einem Krebszentrum besonders effektiv und vielseitig macht, kann Christina Kuper als Stomatherapeutin mit ihrem Know-how und ihren langjährigen praktischen Erfahrungen sehr eigenständig arbeiten und kümmert sich auch, wenn zum Beispiel Komplikationen im Bereich des Stomas auftreten wie Blutungen, Hämatome, Nekrose, akute Retraktion, Abszesse oder Nahtdehiszenz. „Der Stationsarzt, der Operateur oder unsere Wundexpertin sind immer im Bilde oder werfen gegebenenfalls noch einmal einen Blick auf das Stoma, wenn ich es für notwendig erachte. Aber die Versorgung liegt meist komplett in meiner Hand“, berichtet Kuper.

Sehr wichtig ist es, einen guten und aufgrund des sensiblen Behandlungsbereichs einen vertrauensvollen Kontakt zu den Patienten aufbauen. „Dies macht einen besonderen Reiz meiner Tätigkeit aus. Denn oft begleite ich Patienten ja über einen längeren Zeitraum, zum Beispiel, wenn sie für die Rückverlegung eines Stomas wieder zu uns kommen. Es ist dann schön zu hören, dass die meisten mit der Situation und der Handhabung ihres Stomas letztlich gut zurechtkommen.“ Auch nach ihrem Aufenthalt im Pius-Hospital dürfen sich die Patienten oder ihre Angehörigen gern melden. Das gleiche gilt für die Nachversorger, die sich in der Pflegesprechstunde jederzeit einen Ratschlag unter Experten abholen können.

*Christina Kuper
Pius-Hospital Oldenburg*

Komplikation Fisteln

Eine besondere Situation, die auch im Pius-Hospital nicht alltäglich ist, aber immer mal wieder vorkommt, sind Stoma-Patienten mit großen oder mehreren Fisteln. Diese zu versorgen, kann für alle Beteiligten eine Herausforderung sein. Die Patienten fühlen sich oftmals hilflos und haben Schwierigkeiten, die Fisteln zu versorgen, besonders wenn die Körperöffnungen sehr groß sind. Ein Problem dabei ist, dass die Platten nicht halten. Hinzu kommt die seelische Belastung. Während in gemeinsamer Anstrengung im Krankenhaus meist eine Verbesserung erzielt werden kann, stehen die Patienten nach Ihrer Entlassung oftmals vor einem Versorgungsproblem. „Die Versorgung von Fisteln ist ausgesprochen zeitintensiv und aufwendig. Das schaffen die meisten Patienten meist gar nicht alleine, zumal es auch sehr lange dauern kann, bis die Fisteln wieder abheilen“, berichtet Kuper. „Außerdem verkleinert sich zwar meist die Wunde, aber die Fistel bleibt und muss weiter behandelt werden.“ In dieser Situation bezieht Christina Kuper, sofern möglich, Angehörige aktiv mit ein. Denn auch Sozialstationen oder Kurzzeitpflegeeinrichtungen können eine optimale Versorgung im Nachhinein oft zeitlich nicht leisten. Während es bei einem regulären Stoma ja das Ziel ist, dass sich die Patienten alleine versorgen können, müssen hier in der Regel zusätzliche Ressourcen mobilisiert werden. „Auch wenn Fisteln nicht zu den häufigen Komplikationen gehören, wäre eine generelle Verbesserung der Versorgung sinnvoll und wünschenswert“, gibt Christina Kuper zu bedenken. „Zwar können wir bei Schwierigkeiten in der Nachversorgung unsere Expertise einbringen, für die Patienten und die Angehörigen ist die Situation jedoch nicht ideal.“



Präoperatives Beckenbodentraining zur Kontinenzförderung



Das Ovarial- und fortgeschrittene Cervixkarzinom sind häufige maligne Erkrankungen bei der Frau, beim Mann zählt das Prostatakarzinom zu den insgesamt prävalenten Krebserkrankungen

Dabei gilt in Abhängigkeit vom Tumorstadium eine Uterusexstirpation bzw. Prostatektomie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom als Therapieoption. Die Eingriffe können auch im Rahmen einer zytoreduktiven Chirurgie, wie beispielsweise beim peritoneal metastasierten Rektum-Ca mit Infiltration in die Prostata erfolgen. In diesem Zusammenhang liegen hinsichtlich einer postoperativen Harninkontinenz widersprechende Studienergebnisse vor (AWMF, 2018). Wenn die Kontrolle über die Blase verloren geht, kann das erhebliche Auswirkungen auf die Lebensqualität der Betroffenen haben. Umso wichtiger ist es eine Harninkontinenz und auch Maßnahmen zur Kontinenzförderung zu erkennen. Zur Unterstützung der Harnkontinenz und Stärkung der Beckenbodenmuskulatur stellt oftmals das Beckenbodentraining (BBT) die Therapie der Wahl dar (Bauer et al., 2009a). Teilweise verordnen Gynäkologen und Urologen das Beckenbodentraining bereits präoperativ und verweisen nachweislich auf ein günstiges Behandlungsergebnis.

Kontinenzförderung

Um eine Kontinenz zu erlangen, fördern oder diese zu erhalten liegt die Zielsetzung im Erlernen eines anderen Aus-

scheidungsverhaltens. Dabei kann der Einsatz von kontinenzfördernden Maßnahmen prophylaktisch, therapeutisch oder auch nur unterstützend erfolgen. Der aktuelle Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ vom Deutschen Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP, 2014) beschreibt neben allgemeinen Maßnahmen zur Kontinenzförderung wie eine adäquate Flüssigkeitszufuhr, Darmmanagement, Gewichtsabnahme, etc. auch spezielle Trainingsprogramme wie das Beckenbodentraining.

Das Beckenbodentraining

Die Beckenbodenmuskulatur ermöglicht neben der Harn- und Stuhlkontinenz ebenso die Miktion und Defäkation. Ursachen wie eine Operation, Schwangerschaft und Entbindung, Adipositas, mangelnde Aktivität als auch schwere belastende körperliche Arbeiten, das Alter oder Obstipation können Risikofaktoren für eine schwache Beckenbodenmuskulatur, mit folgender Senkung der Beckenorgane, darstellen. Schließt der Harnröhrenschließmuskel nicht richtig, kann es zu einem ungewollten Harnverlust kommen. So ist das Beckenbodentraining die am häufigsten angewandte konservative Therapie der Harninkontinenz beispielsweise nach

einer radikaler Prostatektomie (Nyarangi-Dix et al., 2010). Das BBT kräftigt mit einer gezielten und wiederholten Kontraktion sowie Relaxion den gesamten Muskelapparat des Beckenbodens (Sperfeld, 2008; Abrams et al., 2002). Ziel dabei ist es die Kontinenz zu fördern und unterstützen bzw. bei gefährdeten Patientinnen und Patienten mittels Primärprävention eine Kontinenz zu erhalten oder (wieder) zu erlangen (Hayder, 2017).

In Abhängigkeit zur vorliegenden Inkontinenzform kann ein Beckenbodentraining mit hohem Wirkungsgrad gezielt die Muskulatur des Beckenbodens stärken bzw. erhalten. Die kontinenzfördernde Maßnahme kann präventiv sowie in den verschiedensten Stadien der Harninkontinenz eingesetzt werden. Je nach individueller Ausgangslage eignet sich die konservative Intervention besonders bei Frauen mit einer Belastungs- und Mischinkontinenz und wird in dem Kontext häufig empfohlen. (Hayder, 2017; Wiesinger/Stoll, 2005).

Wann sollte man mit dem Üben anfangen?

Um den Beckenboden effektiv zu trainieren, muss ihn die Patientin bzw. der Patient bewusst wahrnehmen lernen

Bild: Vektormaus – Adobe Stock

und die Funktion des Beckenbodens kennen. Hierzu sind vor dem Trainingsbeginn Informationen über anatomische Gegebenheiten wie die Lage und den Aufbau der Beckenbodenmuskulatur ein fester Bestandteil der Therapie. Erste Übungen können sich dabei hilfreich auswirken (Wiesinger/Stoll, 2005). Die Betroffenen lernen unter fachlicher Anleitung, Schulung und Beratung neben einem beckenbodengerechten Alltagsverhalten ebenso selbstständig die Beckenbodenmuskulatur mit einem regelmäßigen Training aktiv zu stärken. In praktischen Übungen wiederholen Sie spontane Kontraktionen der Beckenbodenmuskulatur. Eine regelmäßige Durchführung mit jeweils 24 Kontraktionen dreimal täglich wird empfohlen (NICE, 2006).

Keine Zeit zum Üben? Das Argument zählt nicht!

Die gute Nachricht lautet: Viele Übungen können in den Alltag integriert und nebenbei im Sitzen, Liegen oder Stehen gemacht werden.

Unter fachlicher Anleitung kann das Beckenbodentraining mit passiv unterstützenden Techniken wie Biofeedback, Vaginalkonus, Elektro- und Magnetstimulation ausgeführt werden. Jedoch belegen nur wenige aktuelle Studien mit nur wenig Aussagekraft ihre Effektivität. (Hayder, 2017). Allerdings beschrieben viele randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) wie beispielsweise Centemero et al. (2010), Van Kampen et al. (2000) oder Kiss (2004) die Wirksamkeit des präoperativen Beckenbodentrainings. Darüber hinaus führt die Nursing Interventions Classification (NIC) das Beckenbodentraining als pflegerische Intervention auf (Bulechek et al., 2008).

Präoperatives Beckenbodentraining?

Wobei der Beginn des Beckenbodentrainings in vielen Studien variiert, zeigt die Literatur den frühen Beginn des Beckenbodentrainings als vorteilhaft auf (Filocamo et al., 2005; Van Kampen et al., 2000). Centemero et al. (2010) vergleichen in Ihrer Studie ein prä- und postoperatives Beckenbodentraining gegenüber einem postoperativen Beckenbodentraining nach radikaler Prostatektomie. Dabei stellt sich die

Frage, inwiefern sich ein präoperativ beginnendes Beckenbodentraining gegenüber einem postoperativen Beginn wirksamer darstellt. In der RCT beginnen die Betroffenen der Prä-Postoperativ Gruppe (N=59) bereits 30 Tage vor der Operation mit der Anleitung durch einen Physiotherapeuten und führen das Beckenbodentraining postoperativ weiter. In der Vergleichsgruppe (N=59) erfolgt die Anleitung zum BBT erst nach dem operativen Eingriff. Im Vergleich stellen die Ergebnisse nach 1 und 3 Monaten eine signifikant höhere Kontinenzrate bei der Prä-Postoperativ Gruppe gegenüber der postoperativen Gruppe dar. Des Weiteren äußerten 75% der Teilnehmer der Prä-Postoperativ Gruppe eine außerordentliche Zufriedenheit mit dem präoperativen Beckenbodentraining.

Van Kampen et al. (2000) zeigten auf, dass die Therapie so früh wie möglich nach der Operation begonnen werden sollte. Des Weiteren kann gemäß Kiss (2004) die Elektrostimulation bei der Stressinkontinenz nach radikaler Prostatektomie eine apparative Unterstützung im Rahmen des Beckenbodentrainings darstellen. Für eine Umsetzung in der Praxis könnten je nach individueller Ausgangslage, Risikogruppen identifiziert und bereits prästationär oder stationär präoperativ unter fachlicher Anleitung ein Beckenbodentraining durchgeführt werden. Durch die Begleitung mit Physiotherapeuten könnte die persönliche Wahrnehmung des Beckenbodens bereits in der präoperativen Phase gestärkt und erlernt werden. Die Ausführung wäre in einer Einzel- oder Gruppentherapie möglich. Nach ärztlicher Rücksprache und in Abhängigkeit zum Allgemeinzustand könnten die Patientinnen und Patienten die Übungen direkt postope-

rativ fortsetzen. Durch die frühzeitige Instruktion könnte das Beckenbodentraining übergangslos bis in die Rehabilitation fortgeführt werden. In der Praxisausführung ist besonders die psychische Situation der Betroffenen vor und nach der Operation zu berücksichtigen. Diese dürfen nicht überfordert werden und die Informationsweitergabe ist auf die individuellen Bedürfnisse anzupassen. Des Weiteren gilt es die allgemeine Schmerzsituation zu berücksichtigen. Gemäß Gajewski et al. (2010) hängt der Erfolg des Beckenbodentrainings maßgeblich von der Motivation und der Compliance der Betroffenen ab.

Da sich ein Trend in präventiven Maßnahmen abzeichnet, ist es zunehmend von Bedeutung die Patientinnen und Patienten auf urologischen und gynäkologischen Abteilungen präoperativ oder sogar prästationär von Fachkräften zu informieren, beraten und zu schulen. Vielleicht lassen sich durch die Implementierung mit dem frühzeitigen Beginn des Beckenbodentrainings postoperative bessere Ergebnisse erzielen, die sich positiv auf die Patientenzufriedenheit auswirken können.



Margarete Wiczorek

Literatur bei der Verfasserin

Wie sind Ihre Erfahrungen zu dem Thema „präoperatives Beckenbodentraining“?

Wird es in Ihrem Praxisalltag bereits angeboten?

Gerne freue ich mich über Ihre Meinungen und Erfahrungen zu dem Thema und freue mich über Ihre Zuschriften via Mail an:

margarete.wiczorek@web.de

Edukation der Angehörigen im Rahmen des Konzeptes „Familiale Pflege“

Konzept der „Familialen Pflege“ – vom Projekt zur Regelleistung

Auf der gesetzlichen Grundlage des § 45 SGB XI (soziale Pflegeversicherung) führte die Universität Bielefeld ab 2004 gemeinsam ein Modellprojekt mit der AOK Rheinland / Hamburg und Nordwest auf Initiative des Ministeriums Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (NRW) zur „Familialen Pflege“ durch. Der § 45 SGB XI unterstützt die Realisierung des gesetzlichen Anspruchs pflegender Angehöriger und weiterer ehrenamtlich Pflegetätigen ihr soziales Engagement im Bereich der Pflege zu stärken, Pflege und Betreuung zu erleichtern und zu verbessern und körperliche und seelische Belastungen zu mindern. Unter wissenschaftlicher Begleitung wurde ein Konzept zu Pflegekursen am Krankenhausbett und in der häuslichen Umgebung sowie zur Durchführung von Gruppenpflegekursen entwickelt. Orientiert an den „Aktivitäten des täglichen Lebens“ wurden sie als Einzel- oder Gruppenpflegekurse konzipiert unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse und Wünsche der Teilnehmenden.

Aufgrund des Erfolges und der durchweg positiven Bewertung wurde das Projekt zum 31.12.2018 beendet und ab dem 01.01.2019 als Regelleistung von den Pflegekassen übernommen. Erarbeitet wurde ein Vertrag (AOK/Pflegekasse), der die Zusammenarbeit zwischen den Krankenhäusern / Einrichtungen (§§108 ff. SGB V) und der jeweiligen Pflegekasse der AOK im Bundesland regelt. Er umfasst das Angebot von unentgeltlichen Einzelpflegetrainings während des stationären Aufenthaltes und nach der

Entlassung ins häusliche Umfeld und Gruppentrainings für alle an Pflege Interessierten. Des Weiteren sind in einem Handbuch (Uni Bielefeld) zum Konzept alle einzelnen Schritte, Ziele, Aufgaben und die Durchführung zur Dokumentation, Qualität, Pflegetrainings und Gesprächskreisen zusammengefasst.

Da es sich um ein Angebot für pflegende Angehörige und / oder ehrenamtlich tätige Personen handelt und nicht als Versorgungsmöglichkeit der Pflegebedürftigen verstanden wird, ist es als Ergänzung zur Beratung durch Pflegedienste zu sehen und nicht als vermeintlich verstandene Konkurrenz oder gar als Ersatz.

Zielsetzung

Der Anspruch der familialen Pflege ist es, so früh wie möglich mit den Angehörigen in Kontakt zu treten, um sie auf die Versorgung im häuslichen Umfeld vorzubereiten oder auch Kompetenzen zu erweitern. Dies entspricht auch den Vorgaben im Rahmenvertrag zum Entlassmanagement und dem Expertenstandard „Entlassmanagement in der Pflege“. Das Anamnesegespräch / Erstgespräch soll zeitnah, d. h. möglichst innerhalb der ersten 24 Stunden erfolgen, vorzugsweise mit Unterstützung der Angehörigen. Ziel ist es frühzeitig Ressourcen und Defizite zu identifizieren, um den möglichen Pflegebedarf der Betroffenen zu ermitteln und die Bedingungen des sozialen Umfelds und der Versorgungssituation zu klären. Direkt mit einbezogen sollen Angehörige möglichst individuell in allen Belangen zur Förderung der Entlassungsbereitschaft unterstützt werden, Wissen und

Fertigkeiten vermittelt und erweitert werden, letztendlich mit dem Ziel psychische und physische Überforderung zu verringern und Drehtüreffekte zu vermeiden. Darum bietet es sich an, aufgrund der verkürzten Liegezeiten, Pflegetrainer und / oder Pflegeexperten direkt von Anfang an mit einzubeziehen. Die zeitige Kontaktaufnahme mit den Angehörigen eröffnet die Chance individuell gestaltete edukative Maßnahmen, wie Beratung, Information, Schulung und Anleitung, durchzuführen und ggf. beim Übergang und in die Häuslichkeit zu begleiten und nach Lösungen zu suchen.

Voraussetzungen

Voraussetzung zur Implementierung des Konzeptes Familiale Pflege ist ein Vertragsabschluss nach § 45 SGB XI zwischen einer Klinik und der Pflegekasse der AOK des jeweiligen Bundeslandes. Die Teilnahme an dem Konzept ist freiwillig für beide Seiten. Die Pflegekasse der AOK übernimmt in Vertretung für alle Pflegekassen in diesem Zusammenhang die zentrale, quartalsweise Abrechnung der Sammelrechnungen der teilnehmenden Kliniken.

- Die Mindestvoraussetzung um als Pflegetrainer oder -trainerin tätig werden zu können, ist der Abschluss zur examinierten Pflegefachkraft (Qualifikationsnachweis muss erbracht werden). Eine Zusatzqualifikation wurde von der Projektleitung gewünscht, ist aber laut Vertragsmodalitäten nicht erforderlich.
- Kostenpflichtige Zusatzangebote oder Zuzahlungen sind nicht zulässig sowie auch die Werbung für bestimmte Hilfsmittel oder Medizinprodukte.
- Vor Beginn von Pflegekursen in der

Häuslichkeit müssen die Betroffenen schriftlich ihre Einwilligung bekunden.

- Der Dokumentationsaufwand wurde auf ein Minimum reduziert. Genannt werden muss das Thema der Trainingseinheit (45 Min.) oder des (Gruppen-) Pflegekurses und die Bestätigung durch die Unterschrift der Teilnehmenden.

Das Angebot

Das Angebot von Pflegetrainings richtet sich ausschließlich an pflegende Angehörige oder ehrenamtlich Tätige, wie Nachbarn, Freunde usw. von pflegebedürftigen Patienten oder Patientinnen:

- die sich in stationärer Behandlung befinden oder einen zeitnahen Aufenthalt hinter sich haben (erster Besuch bis zu 6 Wochen nach Entlassung),
- bei denen ein Pflegegrad vorliegt oder bei denen sich zukünftig ein Pflegebedarf abzeichnet und die im häuslichen Umfeld versorgt werden.
- Einzelpflegekurse, die orientiert an den individuellen Bedarfen gestaltet werden können, im Krankenhaus oder in der häuslichen Umgebung
- Gruppenpflegekurse: Vermittlung von allgemeinem Wissen zu den „Aktivitäten des täglichen Lebens“, offen für alle an der Pflege interessierte Personen, max. 10 Personen,
- Vermittlung von Fertigkeiten zur eigenständigen Durchführung von Pflegehandlungen,
- Das Krankenhaus ist für die Qualität der Kurse verantwortlich, orientiert am aktuellen pflegerischen Wissen und den Expertenstandards.
- Die Anzahl der Trainings kann individuell gestaltet werden,
- eine Modul umfasst 45 Minuten (incl. Dokumentation)
- Pauschalvergütung ab 01.01.2019 – 31.12.2023 für sämtliche Kosten:
 - Individueller Pflegekurs im Krankenhaus – 56,35 € pro Modul
 - Individueller Pflegekurs in der Häuslichkeit – 75,90 € pro Modul
 - Gruppenpflegekurs – 70,44 € pro Modul

Bedeutung für Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde (SKW)

Angestrebt wird von den Pflegeexperten SKW mit der Hilfe von Beratung,

Anleitung und Information Betroffene in ihren Selbstpflegekompetenzen so zu fördern, dass sie u. a. in der Lage sind, sich selbständig und unabhängig zu versorgen und Komplikationen / Veränderungen zu erkennen und adäquat darauf zu reagieren. Aber viele Betroffene werden nicht in der Lage sein sich selbständig zu versorgen, denn prognostiziert wird eine stetige Zunahme älterer, multimorbider Patienten und Patientinnen (demographischer Wandel) die pflegerische Unterstützung benötigen. Dazu kommt der steigende Mangel an qualifizierten Pflegekräften und Langzeitpflegeplätzen, sodass die Fallzahlen der Pflegebedürftigen die in der Häuslichkeit von Angehörigen versorgt werden annähernd konstant bleiben oder sogar auf längere Sicht ansteigen wird.

Unerheblich ist für das Angebot von Pflegetrainings, ob es sich um eine „neue“ Versorgungssituation handelt oder um ein schon lange bestehendes Problem. Möglich sind alle Themen in der pflegerischen Versorgung, die die pflegenden Angehörigen in ihren Bedürfnissen und Fragen in ihrer individuellen Situation unterstützen können, ihr Wissen und ihre Fertigkeiten erweitern sowie Sicherheit vermitteln. So ist von der alleinigen Beratung oder Wissensvermittlung bis hin zur praktischen Anleitung und dem gemeinsamen Üben alles an Inhalten denkbar.

Da für die Durchführung keine Zusatzqualifikation erforderlich ist, treffen diese Regelungen selbstverständlich auf alle Pflegekräfte zu, die mit der Versorgung der Pflegephänomene rund ums Stoma, der Kontinenzförderung, der Inkontinenz und der Wundversorgung vertraut sind und edukative Maßnahmen durchführen können.

Dieses Angebot ist sehr attraktiv für die doch häufig zeitintensive Beratung, da so, die durch die Kollegen und Kolleginnen zusätzlich geleistete Arbeit, die Anleitung von pflegenden Angehörigen, durch die Bezahlung Anerkennung erfährt und die investierte Zeit refinanziert werden kann. Gerade dieser Aspekt ist sicherlich als Argument und Rechtfertigung vor dem Arbeitgeber von Bedeutung.

Gaby Ungethüm

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

Diakonisches Institut für Soziale Berufe
Frau Birgit Muth
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 Campus der St. Elisabeth Gruppe
Sekretariat Fr. Marion Lach
Widumerstr. 8
44627 Herne
Tel.: + 49 2325 986 2738
Fax: + 49 2325 986 2739
E-Mail: sekretariat@bildungszentrumruhr.de
www.bildungszentrum-ruhr.de

Wannsee-Akademie
Frau Barbara Loczenski
Zum Heckeshorn 36
14109 Berlin
Tel.: 030 / 806 86 412
Fax: 030 / 806 86 404
E-Mail: bloczenski@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

Wundmitte GmbH
Frau Sabrina Gaiser-Franzosi
Gewerbestr. 36
70565 Stuttgart
Tel.: 0711 508 734 26
Fax: 0711 508 734 67
E-Mail: info@wundmitte.de
www.wundmitte.de

FORUM Gesundheit – Fort- und Weiterbildung
Claudia Stenzel
Am Brambusch 24
44536 Lünen
Tel.: +49 231 98 60 508
Fax: +49 231 98 60 509
E-Mail: info@forum-gesundheit-nrw.de
www.forum-gesundheit-nrw.de

03.

NÜRNBERGER

Wundkongress



03.12.-05.12.2020
MESSEZENTRUM NÜRNBERG

www.wuko2020.de



WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG

Univ.-Prof. Dr. med. Hermann Josef Bail

Kongresspräsident

Leiter der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie
Universitätsklinik der Paracelsus Medizinischen
Privatuniversität Nürnberg
Klinikum Nürnberg – Standort Süd

Prof. Dr. med. Martin Storck

Direktor der Klinik für Gefäß- und Thoraxchirurgie
Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus Universität Freiburg

ORGANISATION / VERANSTALTER / FACHMESSE

Conventus Congressmanagement & Marketing GmbH
Carl-Pulfrich-Straße 1 | 07745 Jena
Tel. 03641 3116-373 | Fax 03641 3116-243
wuko@conventus.de | www.conventus.de

KONGRESSORT

Messezentrum Nürnberg
NürnbergConvention Center (NCC West)
Messezentrum | 90471 Nürnberg



FACHMESSE

Der Kongress wird von einer Industrieausstellung begleitet, die den Herstellern und Anbietern im Bereich der Wundversorgung die Möglichkeit bietet, sich auszutauschen und die neuesten Entwicklungen und Anwendungen zu präsentieren. Interessierte Firmen wenden sich bitte an Conventus.

WICHTIGE TERMINE

JUN 20 Vorprogramm online

SEP 20 30.09. - Deadline Registrierung zu Frühbuecherkonditionen und Hauptprogramm online

EINE VERANSTALTUNG UNTER DEN SCHIRMHERRSCHAFTEN

der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e. V. (DGfW),
der Initiative Chronische Wunden e. V. (ICW) und dem Klinikum Nürnberg mit der Paracelsus Medizinischen Privatuniversität Nürnberg



○ Produkteinstellung

○ Produktanpassung

○ Umversorgung

Glossar:

Postoperative Erstversorgung - Gemeint ist hier die erste Versorgung einer Stomaanlage mit geeigneten Stomaversorgungsprodukten mit speziellen Versorgungsprodukten für die besonderen Anforderungen in den ersten Tagen direkt im Anschluss an den operativen Eingriff.

Produkteinstellung- Gemeint ist hier die erstmalige Auswahl und Versorgung mit einem individuell geeigneten Stomaversorgungssystem nach Ablauf der postoperativen Erstversorgung, spätestens zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung.

Produktanpassung- Gemeint ist hier die Anpassung der im Gebrauch befindlichen Versorgungsprodukte in Bezug auf Größenveränderungen der Stomaanlage.

Versorgungserweiterungen sind zusätzlich notwendig gewordene Anwendungen von Zubehörprodukten, ohne die ursprünglich ausgewählte Versorgung zu verändern.

Produktumstellungen sind in diesem Kontext alle notwendigen Versorgungsumstellungen aufgrund medizinischer und pflegfachlicher Anforderungen oder auf Wunsch der Stomaträger

Umversorgung ist der Wechsel der Stomaversorgung auf die Produkte eines anderen Herstellers als bisher verwendet ohne medizinische und pflegfachliche Notwendigkeit oder Wunsch der Stomaträger.

Die Beratung von Stomaträgern zur Auswahl der geeigneten Stomaversorgungsprodukte ist eine wichtige Aufgabe für Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde in den Kliniken, Rehakliniken und bei ambulanten Leistungserbringern. Eine zentrale Forderung der Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde sowie den

Organisationen der Selbsthilfe für Stomaträger besteht in dem Anspruch auf eine produktneutrale und patientenorientierte Beratung zur Auswahl der geeigneten Stomaversorgungsprodukte. Ökonomische und geschäftspolitische Interessen der Berater und Leistungserbringer im Gesundheitswesen sollen hierbei in der Beratung und Empfehlung

zur Auswahl geeigneter Stomaversorgungsprodukte keine entscheidende Rolle spielen. Doch wie sieht es im Versorgungsalltag wirklich aus?

Eine orientierende Literaturrecherche hat ergeben, dass zu dieser Frage keine wissenschaftlich erhobenen Daten aufzufinden waren.

Im nachfolgenden Beitrag soll diese Problematik aus pflegefachlicher Sicht näher betrachtet werden.

Das Ziel dieses Beitrags ist, die Bedeutung der sorgfältigen und pflegefachlich qualifizierten Beratung und Unterstützung von Stomaträgern bei der Auswahl und Anpassung der individuell geeigneten Stomaversorgung durch qualifizierte Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde (PE SKW) zu beleuchten. Unterschiedliche und leider oft synonym gebrauchte Begrifflichkeiten werden zu diesem Zweck definiert und begründet. Fachlich notwendige Versorgungsergänzungen, Anpassungen und Umstellungen werden beschrieben, begründet und die Gefahren für die Versorgungssicherheit der Betroffenen bei nicht fachlich begründeten Versorgungsumstellungen aufgezeigt.

Die postoperative Erstversorgung wird in den Akutkliniken als erste Versorgung einer Stomaanlage mit speziellen Versorgungsprodukten für die besonderen Anforderungen in den ersten Tagen direkt im Anschluss an den operativen Eingriff ausgewählt und angebracht. Diese postoperative Erstversorgung berücksichtigt in den ersten Tagen nach der Stomaanlage nur die Anforderungen an die Haftungssicherheit und die Überwachungsbedürfnisse durch die Pflegeexperten in Bezug auf die Kontrolle der Ausscheidungen, der Stomaanlage und der muko-kutanen Nahtverbindung. Die Bedürfnisse der Stomaträger in Bezug auf Diskretion und komfortables Trageverhalten müssen hier leider noch für kurze Zeit in den Hintergrund treten.

Rechtzeitig vor der Entlassung aus der stationären Behandlung erfolgt in der Regel bei komplikationsfreiem Verlauf die Beratung zur Produkteinstellung für die erste Zeit nach Rückkehr in die häusliche Umgebung. Dieser Beratungs- und Unterstützungsprozess durch die PE SKW ist für Stomaträger von zentraler Bedeutung für das weitere Leben mit dem Stoma.

Nach einer Stomaanlage sind bei den Stomaträgern in den Akutkliniken zunächst eine gewisse Unsicherheit bezüglich der Anwendung der Stomaversorgungsprodukte und deren Haftungssicherheit regelmäßig festzustellen. Dies ist nur allzu verständlich,

da den Menschen mit einem Stoma zu diesem Zeitpunkt jegliche Selbsterfahrung in Bezug auf den Umgang mit einem Stoma fehlt. Mit zunehmender Erfahrung im Umgang mit dem Stoma und den Versorgungsprodukten weicht diese grundsätzliche vorhandene Unsicherheit einer eher aufmerksamen und immerwährenden Achtsamkeit. Die Sicherheit der Versorgungsprodukte in Bezug auf die Haftung am Körper, das zuverlässige Abdichten gegen das Entweichen von Ausscheidung und Geruch verhilft dem Stomaträger zum notwendigen Vertrauen in die Versorgung seiner Stomaanlage. Dieses Vertrauen in die Sicherheit der Stomaversorgung ist die wichtige Voraussetzung für die angestrebte Rehabilitation der Stomaträger und die Anpassung an ein Leben mit dem Stoma im Alltag. Es ist daher nicht verwunderlich, dass der qualifizierten Beratung der Stomaträger zur individuell notwendigen Produktauswahl und deren korrekter Anwendung durch die PE SKW größte Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Die PE SKW beraten hierbei die Stomaträger produktneutral unter Einbeziehung der in ihrer Arbeitsumgebung vorhandenen Auswahlmöglichkeiten. Keiner Akutklinik ist es heute möglich, die Vielzahl der Versorgungsprodukte aller Herstellerunternehmen in allen Ausführungen und Größen vorrätig zu halten, die auf dem deutschen Markt angeboten werden. Demzufolge beschränken sich die Produktauswahl-

möglichkeiten meist auf ein oder zwei Herstellersortimente aus denen die geeignete Versorgung ausgewählt wird. Sollten besondere Produkteigenschaften erforderlich sein, die im Hause nicht regelhaft verfügbar sind, so kann die individuelle Versorgung des Stomaträgers entweder durch Einzelbestellung bei einem dritten Anbieter oder aber durch Bemusterung durch den nachsorgenden Leistungserbringer im ambulanten Sektor sicher gestellt werden. Die fachlichen Kriterien zur Produktauswahl sind definiert und werden durch die PE SKW im Rahmen der umfassenden Fachweiterbildung intensiv erarbeitet. Die pflegefachliche Beratung der Stomaträger sollte grundsätzlich „auf Augenhöhe“ mit den Stomaträgern erfolgen.

Die PE SKW bringen in diese Beratungssituation ihr umfassendes fachliches Erfahrungswissen aus der Versorgung vieler Stomaträger und neueste Erkenntnisse aus der Wissenschaft mit ein. Im Fokus liegt jedoch mehr als nur eine qualitativ hochwertige Versorgung. Die ganzheitliche Betrachtung der Versorgungsbesonderheiten erfordert eine intensive Mitarbeit der Stomaträger. Jeder Betroffene bringt in diesen Beratungsprozess seine ganz persönliche Anforderungen, Wünsche und Besonderheiten mit ein. Im Ergebnis finden zum Ende dieses Beratungsprozesses die PE SKW gemeinsam mit den Stomaträgern eine geeignete Stomaversorgung für die erste Zeit als Stomaträger im häuslichen Umfeld. Selbstverständlich bedingen



Bild: Seventyfour – Adobe Stock

vorhandene Komplikationen am Stoma oder der umgebenden Haut mögliche Limitierungen in der Produktauswahl genauso wie technisch/anatomisch ungünstig positionierte oder chirurgisch unzureichend gestaltete Stomaanlagen.

Jede Stomaanlage unterliegt einem natürlichen Heilungsprozess mit deutlichen Veränderungen der Stomaform und -größe innerhalb der ersten Monate nach Entlassung aus der Akutklinik.

Diese Veränderungen am Stoma oder der Stomaumgebung erfordern eine regelmäßige Überprüfung der Stomaversorgungsprodukte auf Passgenauigkeit und Angemessenheit bezüglich der körperlichen Veränderungen. Es kommt in dieser Zeit regelmäßig zur Produktpassung. Gemeint ist hier die Anpassung der im Gebrauch befindlichen Versorgungsprodukte in Bezug auf die ermittelten Größenveränderungen der Stomaanlage oder Lageveränderungen der umgebenden Bauchdecke.

Meist sind die Veränderungen der Stomaanlage innerhalb von etwa drei Monaten abgeschlossen und das Stoma befindet sich dann in einem „gereiften“ Zustand. Doch sind auch zukünftig durchaus Größenveränderungen der Stomaanlage oder Veränderungen der umgebenden Bauchdecke festzustellen, in Abhängigkeit von der Lebenswirklichkeit der Stomaträger und abgeschlossener oder weiter fortschreitender Krankheitsprozesse. Daraus folgt die pflegefachlich begründete Notwendigkeit zur wiederkehrenden Kontrolle der Stomaanlage in individuell notwendigen Abständen zur Überprüfung und gegebenenfalls erforderlichen Versorgungsanpassung.

Im Zuge der körperlichen Veränderungen an der Stomaanlage oder der umgebenden Bauchdecke kann es zu jederzeit erforderlichen Versorgungserweiterungen kommen. Dies sind zusätzlich notwendig gewordene Anwendungen von Zubehörprodukten, ohne die ursprünglich ausgewählte Versorgung zu verändern.

Hierzu zählen unter anderem die Hautschutzstreifen, -ringe oder -platten sowie Hautschutzpasten und anderes mehr. Durch die Erweiterung der ursprünglich ausgewählten Versor-

gung mit solchen Zubehörprodukten können unter anderen aufgetretenen Höhenunterschied zwischen Stoma und umgebender Bauchdecke ausgeglichen werden und drohenden Versorgungsundichtigkeiten entgegen gewirkt werden.

Sollten sich Umstände zeigen, die zu einer Bedrohung der Versorgungssicherheit führen, so erfordert dies natürlich zu jeder Zeit ein sofortiges Handeln. Es kommt im Zweifelsfall zu Produktumstellungen. Dies sind in diesem Kontext alle notwendigen Versorgungsumstellungen aufgrund medizinischer und pflegefachlicher Anforderungen oder auf Wunsch der Stomaträger aufgrund der gesammelten Versorgungserfahrungen.

Jede Produktumstellung erfordert eine gründliche Versorgungsanamnese, die detaillierte Erforschung von Versorgungsproblemen und eine sorgfältige Auswahl der alternativen Versorgungsprodukte unter Abwägung potenzieller Schwächen des alternativen Produktes sowie die Kalkulation drohender Komplikationen nach erfolgter Produktumstellung. Auch Unterschiede in der Handhabung der einzelnen Versorgungsprodukte durch die Stomaträger sollten in die Bewertung von Versorgungsalternativen einbezogen werden. Selbstverständlich hat jeder Stomaträger das Recht gezielte Produkte auf Wunsch auszuprobieren. Bei zunächst unerfahrenen Stomaträgern sollte eine Beratung durch Pflegeexperten SKW hierzu in Anspruch genommen werden, um die Erwartungen der Stomaträger an die bislang unbekanntem Produkte zu klären und eventuelle Risiken der Erprobung zu besprechen. Erfahrene Stomaträger wissen in der Regel, worauf sie sich einlassen und können die Risiken besser einschätzen.

Unbedingt abzugrenzen von der vorstehend beschriebenen Produktumstellung aus medizinischer oder pflegefachlicher Motivation ist die sogenannte Umversorgung. Gemeint ist mit diesem Begriff der Wechsel der Stomaversorgung auf die Produkte eines anderen Herstellers als das bisher verwendete Versorgungsprodukt ohne medizinische und pflegefachliche Notwendigkeit oder formuliertem Wunsch der Stomaträger nach Produkt- oder Herstellerwechsel aus persönlichen Erfahrungsgründen. Aus pflegefachlicher Sicht ist die

Umversorgung aus fachlichen und ethischen Gründen abzulehnen.

- Es besteht meist kein konkreter Bedarf zur Umversorgung aus pflegefachlicher oder medizinischer Sicht
- Es besteht bei jeder Umversorgung ein gewisses Risiko zur Entwicklung von Versorgungskomplikationen, die bislang mit dem gewohnten Produkt nicht aufgetreten sind
- Es besteht bei jeder Umversorgung auch ein grundsätzliches Risiko zum Auftreten von Versorgungsundichtigkeiten und den damit verbundenen Unsicherheitsgefühlen bei den betroffenen Stomaträgern.

Zusammenfassung

Jeder Stomaträger sollte eine produktneutrale Beratung zur Auswahl der individuell geeigneten Stomaversorgung erhalten. Die Beratung von Stomaträgern zur Produkteinstellung erfordert Erfahrung, Fachkenntnis und eine ganzheitliche Vorgehensweise durch qualifizierte Pflegeexperten Stoma, Kontinenz und Wunde. Jede Produkteinstellung erfolgt nach klar definierten pflegefachlichen Grundsätzen und berücksichtigt immer die Individualität der Stomaträger sowie medizinische Versorgungsgegebenheiten. Der fachliche Beratungsprozess sollte zwischen den PE SKW und den Stomaträgern auf Augenhöhe erfolgen, unter Einbeziehung der von den Betroffenen geäußerten Wünsche und Erfahrungen. Die Anpassung der Stomaversorgung im weiteren Heilungsverlauf und später im Lebensalltag der Stomaträger erfordert eine wiederkehrende Überprüfung der Versorgungssituation mit unterschiedlich notwendigem Anpassungs- oder Umstellungsbedarf.

Im Falle von Versorgungsumstellungen sind die Hintergründe gründlich zu recherchieren und fachlich zu begründen. Zu beachten sind die potenziellen Gefahren bei jeder Produktumstellung. Die Wünsche der Stomaträger sind zu prüfen und in die pflegefachliche Beratung einzubeziehen. Von Umversorgungen ohne ausreichende fachliche Begründung sollte Abstand genommen werden.

*Werner Droste
Vorsitzender der FgSKW e. V.
werner.droste@fgskw.org*

Prävention & Therapie häufiger Stomakomplikationen

Einleitung

Die Indikationen zur Anlage eines künstlichen Darmausgangs sind mannigfaltig und entstehen nicht selten im Rahmen einer Notfallsituation. Unabhängig von der Art der zugrundeliegenden Erkrankung und des angelegten Stomas (Dünn- oder Dickdarm, doppelläufig und endständig), stellt dies einen erheblichen Eingriff in die Integrität des Betroffenen mit entsprechender körperlicher und psychischer Belastung dar und ist nicht selten von Folgeeingriffen bei Komplikationen begleitet. Die kumulative Komplikationsrate nach Stomaanlage wird in der Literatur mit bis zu 50% angegeben und kann die Lebensqualität zusätzlich mindern. In diesem Artikel sollen die relevanten strukturellen und metabolischen Komplikationen aus chirurgischer Sicht dargestellt und prophylaktische sowie therapeutische Aspekte erörtert werden.

Hintergrund

Nach Angaben der ILCO (deutsche Selbsthilfegruppe der Stomaträger, ilco.de) leben in Deutschland ca. 150.000 Stomaträger. Jährlich finden ca. 26.000 Stomaanlagen in unseren Krankenhäusern statt. Die kumulative Komplikationsrate nach Stomaanlage ist weiterhin hoch. Die hieraus resultierenden Einschränkungen und Folgeeingriffe müssen bei der Indikationsstellung somit unbedingt berücksichtigt werden.

Die Indikation zur Anlage eines künstlichen Darmausgangs findet sich im Rahmen von Notfalloperationen, beispielsweise der perforierten Sigmadivertikulitis mit kotiger Peritonitis und septischer

Kreislaufsituation, der Kolonobstruktion oder der Ischämien von Dünn- und Dickdarm mit ungünstigen Voraussetzungen für eine sichere Anastomose. In diesen Fällen wird dem Risiko einer Anastomoseninsuffizienz bei kritisch kranken Patienten vorgebeugt.

Bei der operativen Behandlung kolorektaler Karzinome kann die Stomaanlage zum Schutz einer kritischen Anastomose, z. B. nach vorangegangener Radiochemotherapie, im Sinne eines doppelläufigen Ileostomas zur Stuhldeviation angelegt werden. Diese Maßnahme verhindert nicht die Anastomoseninsuffizienz per se, minimiert jedoch die Auswirkungen und ermöglicht in der Regel eine konservative Therapie von Anastomosenproblemen. Bei supraanal Rektumkarzinomen mit der onkologischen Notwendigkeit zur Rektumexstirpation ist die Anlage eines endständigen Descendostomas unumgänglich.

Eine Sonderrolle, vor allem bezüglich der Lebensqualität, findet sich bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, der Colitis ulcerosa und dem M. Crohn. Hier findet sich regelhaft eine Minderung der Lebensqualität aufgrund intestinaler Beschwerden mit Diarrhoe oder anderweitig nicht zu kontrollierender, perianaler Fistelproblematik und hieraus resultierender Inkontinenz. Studien zeigen in diesen Fällen einen Zugewinn an Lebensqualität nach Entfernung oder Ausschalten des erkrankten Darmabschnittes aus der Nahrungspassage.

Andere Sonderfälle zur Stomaanlage sind beispielsweise die hochgradige anale Inkontinenz nach Ausschöpfung konservativer Therapiemaßnahmen, zum

Beispiel bei betagten, immobilen Patienten nach Schlaganfall zur Optimierung der Pflegesituation.

Stomakomplikationen

Die perioperative Komplikationsrate wird als gering angegeben und liegt bei protektiven Stomaanlagen bei nur etwa 3%. Im eigenen Vorgehen erfolgen diese in der Regel minimalinvasiv (laparoskopisch/robotisch). Obgleich die kurzfristigen Komplikationen eher gering ausgeprägt sind, wird doch von einer hohen langfristigen Morbidität berichtet. Spezifischen Komplikationsraten können hier bei über 50% liegen, wobei die Lebensqualität in vielen Fällen dann naturgemäß drastisch eingeschränkt sein kann. Bei den Komplikationen muss zwischen strukturellen und metabolischen Komplikationen unterschieden werden. Viele Stomaprobleme können durch professionell umsichtiges Handeln positiv beeinflusst werden. Ein funktionell hochwertiges Stoma vermindert Komplikationen und verbessert die Lebensqualität des Patienten.

Strukturelle Früh-/Spät Komplikationen

Parastomale Hautirritation

Parastomale Hautirritationen sind die häufigste Komplikation bei Stomaträgern. Die Inzidenz liegt beim Ileostoma bei bis zu 50%, beim Kolostoma bei bis zu 35%. Die Therapie ist eine Domäne der professionellen Stomatherapie.

Stomanekrose

Die ursächliche Minderperfusion entsteht durch erhöhte Spannung des Mesenteriums, eine zu eng gewählte

Faszieninzision oder zu ausgedehnte Skelettierung des Darmrohres. Im Falle einer endoskopisch nachweisbaren guten, subfaszialen Durchblutung des stomatragenden Darmsegments kann abgewartet und von einer Regeneration ausgegangen werden. Bei Mangel durchblutung auch der subfaszialen Darmabschnitte muss die Revisionsoperation mit Nachkürzen des Darmsegments und Neuanlage des Stomas erfolgen.

Parastomaler Abszess

Diese entstehen einerseits durch Probleme bei der Anlage, beispielsweise auf dem Boden einer transluminalen Stichführung mit konsekutiver Kontamination des schlecht durchbluteten und wenig immunkompetenten Subkutangewebes, sowie durch Superinfektion parastomaler Serome und durch Hämatome bei zu ausgedehnter subkutaner Präparation.

Die Therapie folgt dem chirurgischen Grundsatz „ubi pus ibi evaca“ (Drainage allen Eiters). Im eigenen Vorgehen erfolgt eine weit lateral des Stomaexitis geführte Entlastungsinzision und Abszessevakuation, gefolgt von der Applikation eines an die anatomischen Gegebenheiten angepassten Polyurethanschwammes und kontinuierliche Sogbehandlung. Der Verbandswchsel erfolgt im 3-tägigen Intervall. Bei infektfreier, konditionierter Wundsituation kann der Sekundärverschluss nach Einlage einer Saugdrainage erfolgen.

Parastomale Fisteln

Diese manifestieren sich häufig in der Folge von parastomalen Abszessen. Ursächlich kann auch hier eine transmurale Stichführung unter Einbeziehung des Darmlumens sein. Eine frühe Entfernung des Fadenmaterials ist zu erwägen. Bei trotz adäquater Infektbehandlung persistierender Fistelproblematik muss die Stomarevision mit ggf. Neuanlage erfolgen.

Eine Sonderform der parastomalen Fistelproblematik findet sich beim Morbus Crohn. Nach Infektkontrolle mit ggf. Abszessentlastung und Optimierung der Drainage eines bestehenden Fistelsystems kann der Versuch einer medikamentösen Therapie mit Immunbiologika unternommen werden. Bei erfolgloser konservativer Therapie erfolgt die chirurgische Resektion des Fisteltragenden Darmsegments. Häufig ist die Verlage-

rung des Stomas in ein reizfreies Bauchdeckenareal erforderlich.

Stomaretraktion

Als Ursache muss eine mangelnde Durchblutung, fehlende Spannungsfreiheit und selten eine insuffiziente Fixierung angenommen werden. Eine Optimierung der Versorgung, z. B. durch die Anwendung konvexer Basisplatten ist meist ausreichend. Bei trotz optimaler Versorgung fortbestehender Versorgungsproblematik muss auch hier die Revision mit Auslösen des Stomas und prominenten Einnähens, ggf. aber auch die Verlagerung erfolgen.

Parastomale Hernie

Bei bis zu 80% der Stomaträger entwickelt sich im weiteren Verlauf eine parastomale Hernie. Bei frühem postoperativem Auftreten muss ein Problem bei der Anlage als ursächlich angenommen werden. In Frage kommen v. a. ein zu groß gewählter Faszien durchtritt sowie ein voluminös konfiguriertes Mesenterium, z. B. bei visceraler Adipositas oder septischen Krankheitsbildern mit Pannikulitis. Ein Auftreten nach Monaten oder Jahren muss hingegen als biologisches Rezidiv auf dem Boden biomechanischer Folgeveränderungen mit Bauchdeckenretraktion und/oder erhöhtem intraabdominalem Druck, z. B. bei Adipositas, gesehen werden.

Die Indikation zur chirurgischen Befundsanierung ergibt sich nicht per se aus der rein klinischen Diagnose einer parastomalen Hernie. Vielmehr muss das Beschwerdebild sowie entstandenen Probleme bei der Stomaversorgung in die Entscheidung zu einer Operation mit einbezogen werden. Durch die parastomale Hernie entstandene Passagestörungen und Einschränkungen in der Stomaversorgung stellen eine Operationsindikation dar. Die parastomale Inkarzeration muss als Notfall unverzüglich der Operation zugeführt werden. In den übrigen Fällen kann eine zuwartende Strategie diskutiert werden.

Methode der Wahl zur Behandlung einer parastomalen Hernie ist die Bauchwandaugmentation mittels alloplastischen Materials. Es konnte ein deutlicher Vorteil der Netzverstärkung gegenüber der alleinigen Nahtkorrektur belegt werden. Aufgrund neuester wissenschaftlicher Analysen hat die Herni-

enprävention durch Netzimplantation Eingang in die Leitlinien der Europäischen Herniengesellschaft gefunden

Stomaprolaps

Am häufigsten findet sich der Stomaprolaps beim doppelläufigen Transverso- und Sigmoidostoma. Ursächlich ist das lange Mesenterium und ein zu weit gewählter Faszien durchtritt. Operativ erfolgt die Nachkürzung und Neuanlage des Stomas.

Stomastenose

Diese können auf Haut- und Faszien-niveau entstehen. Als Komplikation können Ileus- und Subileuszustände v. a. in Kombination mit einer bestehenden Koprostase auftreten. Eine Bougiebehandlungsbehandlung ist meist dauerhaft nicht zielführend und birgt das Risiko einer Darmperforation mit septischen Komplikationen. Je nach Lokalisation kann die operative Erweiterung des Faszien durchtritts oder die Neuanlage des Stomas erfolgen.

Metabolische Komplikationen

Die Resorption von Wasser, Elektrolyten, Vitaminen, Gallensäuren und Spurenelementen sind physiologischer Weise Aufgabe von Dünn- und Dickdarm. Ein Kolostoma stellt im Regelfall kein Problem hinsichtlich metabolischer Komplikationen dar. Je weiter oral die Anlage eines Stomas erfolgt, desto flüssiger ist das ausgeschiedene Dünndarmsekret. Dies bedingt u. a. einen erhöhten Flüssigkeits-, Bicarbonat- und Elektrolytverlust, eine verkürzte Transitzeit, sowie einen Verlust von Gallensäuren, woraus sich unterschiedliche Komplikationen entwickeln können.

High-output Stoma / Akutes Nierenversagen

Übersteigen die enteralen Flüssigkeitsverluste die Kompensationsmechanismen der Niere, so droht ein akutes Nierenversagen. Dies kann bereits bei Verlust von 1/5 des Dünndarms drohen. Durch die zusätzliche Einschränkung von physiologischer Flüssigkeits- und Natriumrückresorption im Dickdarm kommt es zu einem Wegfall der Aldosteron-vermittelten Natriumrückresorption. Im Rahmen der Therapie eines high-output Stomas muss stets die Möglichkeit einer Stomarückverlagerung geprüft werden.



Gemeinsam Zukunft gestalten!

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

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

Mitgliedschaft

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

www.fgskw.org

Dort finden Sie alle weiterführenden Informationen und das Beitrittsformular.

Unsere Medien – Ihr Wissen

MagSi® Magazin

Stoma, Kontinenz und Wunde

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

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

www.fgskw.org

Hier informieren wir Sie über unsere Arbeit, aktuelle und zukünftige Aktivitäten. Auch Aktuelles aus den Handlungsfeldern und dem Gesundheitsmarkt sowie Fachbeiträge, Buchempfehlungen und viel Interessantes mehr, stellen wir auf unserer Homepage zur Verfügung.



| Komplikation | Prävention | Therapie |
|----------------------|---|---|
| Stomanekrose | Spannungsfreiheit sparsame Skelettierung Fasziendurchtritt | konservativ vs. Stoma nachkürzen |
| Parastomaler Abszess | korrekte Nahttechnik sparsame subkutane Präparation | laterale Abszessevakuation V.A.C.-Therapie |
| Parastomale Fistel | korrekte Nahttechnik | ggf. Abszessentlastung Optimierung Fisteldrainage Ggf. medikamentöse Therapie (M. Crohn) |
| Stomaretraktion | Spannungsfreiheit optimale Stomafixierung sparsame Skelettierung | konvexe Versorgung prominente Neuanlage |
| Parastomale Hernie | transrektale Anlage extraperitoneale Anlage prophylaktische Netzverstärkung | (laparoskopischer) Bruchlückenverschluss mit Netzverstärkung „watchful waiting“ |
| Prolaps | kein zu weiter Fasziendurchtritt | Stomakürzung und Neuanlage |
| Stenose | prominente Stomaanlage Spannungsfreiheit sparsame Skelettierung | (Bougierung) stuhlregulierende Maßnahmen Faszienspaltung prominente Stomaneuanlage |

| Komplikation | Prophylaxe | Therapie |
|---------------------------|---|---|
| High-output Stoma | sparsame Dünndarmresektion distale Stomaanlage konsequente Ausfuhrkontrolle | Stomarückverlagerung! Substitutionstherapie „antidiarrhoische“ Therapie |
| Gallensäureverlustsyndrom | „Ileum-schonende“ Resektion | Cholestyramin |

Malnutrition

Die verkürzte Transitzeit sowie der Verlust des terminalen Ileums, in welchem physiologischer Weise die Rückresorption von Gallensäuren und Vit. B-12 erfolgt, bedingen einen Verlust dieser Substanzen. Folge ist einerseits eine gesteigerte Synthese an Gallensäuren mit dem erhöhten Risiko der Gallensteinbildung, andererseits die Ausbildung fettiger Durchfälle mit Einschränkung der Resorption fettlöslicher Vitamine (A,D,E,K) und schlussendlich einer Mangelernährung mit der Ausbildung von Vitaminmangelerscheinungen.

Maßnahmen zur Prävention häufiger Stomakomplikationen

Präoperative Aspekte

Prähabilitation

Die präoperative Konditionierung nimmt eine immer wichtigere Rolle mit Blick

auf die postoperative Ergebnisqualität ein. Kommen die ERAS („enhanced recovery after surgery“) -Konzepte erst postoperativ zum Einsatz, so hat sich in der letzten Zeit ein Trend hin zur Präkonditionierung bzw. zur Prähabilitation vollzogen. So sollen die Resultate der postoperativen Morbidität und Letalität, der Lebensqualität und des Langzeitüberlebens verbessert werden. Zu den multimodalen Präkonditionierungskonzepten in der Viszeralchirurgie zählen eine Kombination aus Ausdauer, Kraft- und intensivem Atemtraining, sowie einer Ernährungstherapie unter Berücksichtigung des individuellen präoperativen Leistungsniveaus und des Ernährungsstatus.

Präoperative Patientenaufklärung und Stomamarkierung

Eine in der Behandlungsphase frühe Konfrontation des Patienten mit einer

möglichen Stomaanlage ist essentiell. In diesem Zusammenhang muss bereits ambulant der Kontakt zu den im weiteren Behandlungsprozess involvierten Stomatherapeuten hergestellt und Anlaufstellen geschaffen werden. Idealerweise wird auch Kontakt zu einer Selbsthilfegruppe hergestellt, so dass der Patient vorhandene Strukturen kennen und zu nutzen lernt. Eine unverzichtbare Maßnahme zur Optimierung und Vermeidung von Stomakomplikationen ist die präoperative Stomamarkierung. Diese sollte nach den gängigen Kriterien idealerweise durch Stomatherapeut und Operateur gemeinsam erfolgen.

Chirurgische Aspekte

Lediglich ca. 2/3 aller temporären Stomata werden rückverlagert. Ursächlich sind bestehende Comorbidität, Alter oder eine zunehmende Verschlech-

terung des Allgemeinzustandes. Eine Reanastomosierung, z. B. nach erfolgter Hartmannsituation, ist operativ anspruchsvoll und komplikationsträchtig. Hieraus ergibt sich, dass zum Erzielen einer zufriedenstellenden, nachhaltigen Stomaqualität unter Vermeidung o. g. Komplikationen eine umfassende Kenntnis der Bauchdeckenanatomie und -physiologie vorausgesetzt werden muss.

So sollte die Stomaanlage transrektal durch den paarig angelegten M. rectus abdominis innerhalb der Rektusscheide und oberhalb der Linea arcuata erfolgen. In diesem Bereich findet sich eine vollständige Umscheidung des Stomas durch sämtliche Aponeurosen der Bauchmuskulatur. Ziel ist eine Reduktion von parastomalen Hernien. Weitere Möglichkeiten zur Vermeidung parastomaler Hernien ist die extraperitoneale Ausleitung bzw. die bereits erwähnte prophylaktische Netzimplantation. Spannungsfreiheit sowie eine exakte, seromuskuläre Stichführung der mukokutanen Adaptationsnähte minimieren das Risiko zur Ausbildung parastomaler Abszesse und Fisteln. Die Vermeidung überlanger, syphonartiger Knickbildungen des stomatragenden Darmsegments verhindert die Ausbildung von Kotsteinen mit dem Risiko eines Verschluss des Stomas, Stomaokklusion und einer folgenden bakteriellen Fehlbesiedelung.

Zusammenfassung

Voraussetzung einer sicheren und komplikationsarmen Stomaanlage ist neben der optimalen Stomaposition die Wahl des richtigen Stomatyps in Würdigung

der aktuellen Erkrankung und Comorbidität des Patienten. Auch die optimale präoperative Vorbereitung durch entsprechende Prähabilitationsmaßnahmen, sowie informativ durch eine frühe und nachhaltige Anbindung an die Stomatherapie beeinflusst das Outcome nachhaltig positiv.

Neue OP-Strategien, welche eine Stomaanlage umgehen oder die Stomatragezeit verkürzen, sind zu bevorzugen. So hat sich bereits vor Jahren ein Paradigmenwechsel bei der perforierten Sigmadivertikulitis, weg von der Anlage einer Hartmannsituation und hin zu einer primären Anastomose, ggf. unter Schutz eines doppelläufigen Ileostomas vollzogen. Auch belegen Daten die sichere Rückverlagerung eines protektiven Ileostomas, z. B. nach ultratiefer Rektumresektion, im kurzen Intervall von wenigen Tagen.

Modifizierte Operationsstrategien finden sich beispielsweise auch bei der Colitis ulcerosa im Sinne eines modifizierten zweizeitigen Vorgehens. Nach erfolgter laparoskopischer/robotischer subtotaler Kolektomie mit Anlage eines endständigen Ileostomas erfolgt im Intervall von 3-6 Monaten die J-Pouchbildung mit ileopouchanaler Anastomose unter Verzicht auf ein doppelläufiges Ileostoma. Durch Absetzen Colitis-spezifischer Medikamente (Cortison, Biologika) kann dieser Eingriff ohne medikamentenassoziiertes Risikoprofil erfolgen.

In der Planung der zu ergreifenden Maßnahmen bei Auftreten einer Stomakomplikation muss stets die

Stomarückverlagerung bzw. Kontinuitätswiederherstellung als effektivste therapeutische Möglichkeit evaluiert werden.



*Prof. Marc-H. Dahlke
Leiter des Darm- und Pankreaszentrums
am Robert-Bosch-Krankenhaus
Tel. 0711-8101-3416*



*Dr. Theo Maier
Oberarzt in der Allgemein- und
Viszeralchirurgie am Robert-Bosch-
Krankenhaus
Sprechstunde für chronisch entzündliche
Darmerkrankungen
Tel. 0711-8101-3739*

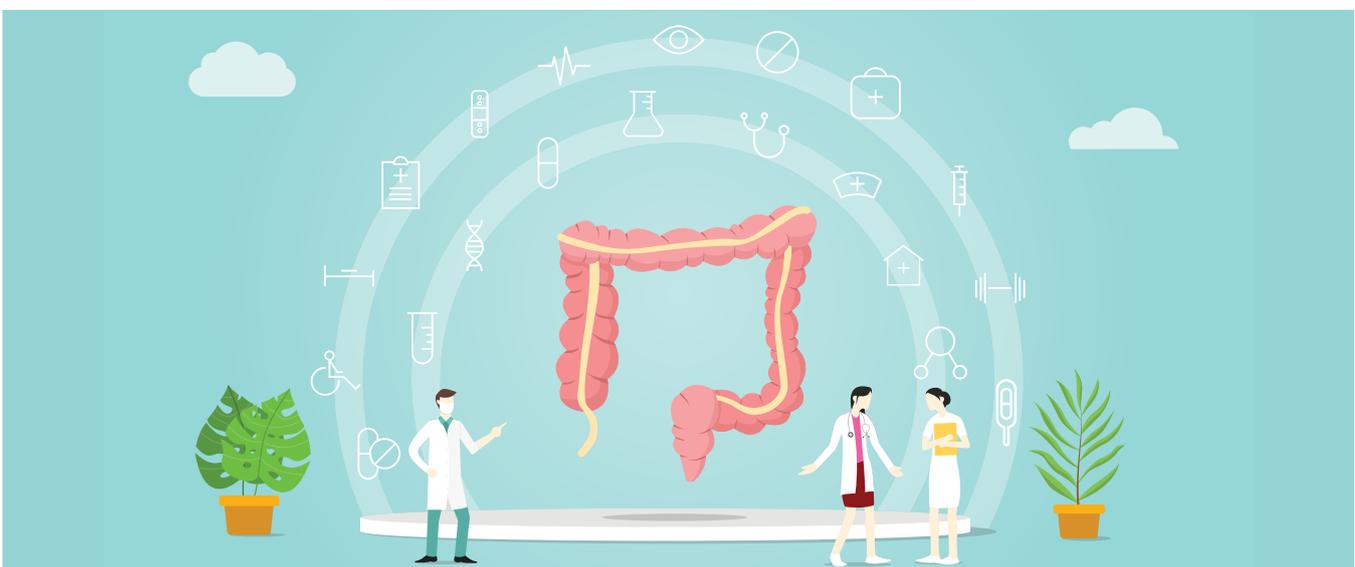


Bild: ribkhan - Adobe Stock

*Werben auch Sie neue Mitglieder
für die FgSKW!*

Info und Beitrittsformular unter:

www.fgskw.org



Für eine
starke Gemeinschaft
in der Pflege!



20./21. November 2020

11. Internationaler Wundkongress

D-A-CH-EE

Universitätsklinikum Regensburg

Franz-Josef-Strauß-Allee 11

D-93053 Regensburg

Telefon: 0941 944-0

Fax: 0941 944-4488

E-Mail: vorstand@ukr.de

www.ukr.de

MagSi®

STOMA
KONTINENZ
WUNDE

MAGAZIN

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

Erscheinungsmonate: April, August, Dezember

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

Das Abonnement verlängert sich automatisch um ein Jahr, wenn keine schriftliche Kündigung zum 30. 09. d. J. bei uns eingeht.

Die Bestellung ist innerhalb von 10 Tagen schriftlich widerrufbar.

Es gilt das Poststempel- oder Faxsendedatum.

Ja, ich möchte abonnieren!

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

Geldinstitut:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

Unterschrift:

Absenderangaben

Titel:

Name, Vorname:

Straße, Haus-Nr.:

PLZ, Ort:

E-Mail:

Datum:

Unterschrift, Stempel:

Bitte senden Sie Ihre Bestellung an:

Marianne Franke – Sekretariat
FgSKW (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
Niklaus-Groß-Weg 6 · 59379 Selm

Fax.: 02306-378-3995 · E-Mail: sekretariat@fgskw.org

Nr. 83 · 8/2020



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@dgifw.de – www.dgifw.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
Ansprechpartnerin: Frau Barbara Loczenski
Zum Heckeshorn 36, 14109 Berlin
Tel.: 030/80686 – 040/100
E-Mail: akademie@wannseeschule.de
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



WundMitte GmbH
Sabrina Gaiser-Franzosi
Gewerbestr. 36, 70565 Stuttgart
info@wundmitte.de / www.wundmitte.de



FORUM Gesundheit – Fort- und Weiterbildung
Claudia Stenzel
Am Brambusch 24, 44536 Lünen
E-Mail: info@forum-gesundheit-nrw.de
www.forum-gesundheit-nrw.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



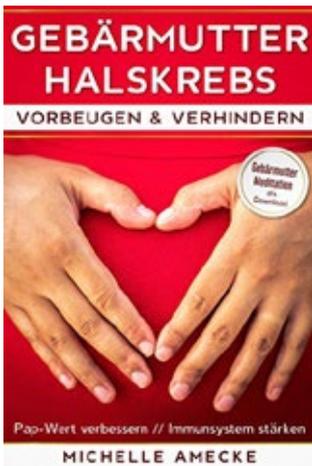
Deutsche Kontinenz Gesellschaft e.V.
Geschäftsstelle:
Friedrichstraße 15, 60323 Frankfurt
Tel.: 069 – 79588393
www.kontinenz-gesellschaft.de



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



Michelle Amecke

Gebärmutterhalskrebs vorbeugen & verhindern

Pap-Wert verbessern // Immunsystem stärken

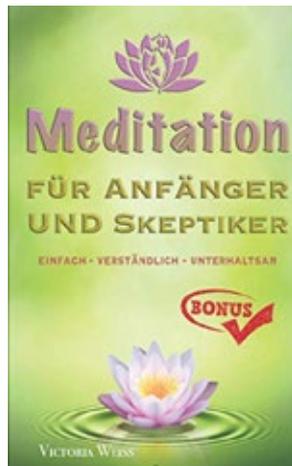
Unabhängig veröffentlicht
10. August 2017, 2. Auflage
87 Seiten, Taschenbuch
ISBN 979-8-61648-79-40 € 11,77

Rezepte und Tipps – Schlechte Pap-Werte, Angst vor Gebärmutterhalskrebs und wie man am besten vorbeugen kann. Dir liegt Deine Gesundheit als Frau am Herzen? Dann solltest am besten diesen Ratgeber nutzen, um zu erfahren, wie Du Gebärmutterhalskrebs vorbeugen kannst. Dieses Werk präsentiert Dir umfassend und in leichter Sprache die wichtigsten Informationen.

Das erwartet Dich hier in diesem Buch: Hier findest Du einen Überblick über die Theorie bzw. die wichtigsten medizinischen Fakten und auch praktische Rezepte und Übungen. Die Autorin hatte selbst mit sehr schlechten Pap-Werten zu kämpfen und hat ihren persönlichen Erfolgsweg als auch sämtliches Recherchematerial zusammengestellt.

Für wen ist das Buch gedacht?

- Du möchtest schwanger werden, und Deine Pap-Werte zunächst ohne OP verbessern.
- Unterleibsschmerzen machen Dir zu schaffen.
- Du leidest unter Ausfluss.
- Genitalwarzen/Feigwarzen – Du weißt nicht woher sie kommen?
- Du möchtest Deinen Körper besser kennenlernen.



Victoria Weiss

Meditation für Anfänger und Skeptiker

Gelassenheit lernen – einfach – verständlich – unterhaltsam – Gesund durch Meditation + **BONUS-ÜBUNGEN**

Unabhängig veröffentlicht
20. Juli 2020
154 Seiten, Taschenbuch
ISBN 979-8-66646-77-94 € 9,99

Verbesserte Gesundheit und mehr Gelassenheit im Alltag

Willst Du herausfinden, was hinter dem Begriff "Meditation" steckt? Aber bitte auf lockere Weise und nicht in Form eines trockenen Lehrbuchs, in dem nur Fakten über Fakten aufgelistet sind?

Dann ist dieses Buch genau das Richtige für Dich! Denn hier findest Du alle Informationen rund um das Thema Meditation, über die Entstehung des Begriffs und allem, was dazu gehört. In 6 Kapiteln verschafft Dir die Autorin einen ganzheitlichen Einblick in diese Materie:

Meditation – keine Lehre aus einem Guss
Meditation zwischen Erleuchtung und Geschäft
Im Alltag angekommen
Meditation und Gesundheit
Meditieren für ein erfolgreiches Leben
Ausgewählte Übungen für den Alltag + **BONUS** – Kampfkunst & Meditation – Übungen zum sofortigen Start !!!

Willst Du auf unterhaltsame Weise mehr zum Thema Meditation erfahren?



Atma Shakti

Wie dein Beckenboden dein ganzes Leben beeinflusst

Beckenbodentraining für Schwangerschaft, Rückbildung, Liebesleben und bei Inkontinenz

Verlag: Édition Liberu
31. Oktober 2019
130 Seiten, Taschenbuch
ISBN 978-3-96735-00-36 € 12,70

Stärke deinen Beckenboden!

Unser tägliches Leben hält uns stets auf Trab. Dabei ist uns oft nicht klar, dass wir die eigene Gesundheit vernachlässigen und uns unbewusst schaden. Eine Art dem vorzubeugen, ist das Beckenbodentraining. Auf diese Art & Weise können wir unseren Beckenboden stärken und uns dadurch während und nach einer Schwangerschaft wohler fühlen, Blasenschwäche in den Griff bekommen, die Potenz/das Liebesleben an sich verbessern und andere Probleme lösen, bevor sie überhaupt auftauchen. Alles, was Du dafür in den meisten Fällen benötigst, ist Dein Körper und eine bequeme Matte.

Dieses Buch richtet sich an Einsteiger sowie Fortgeschrittene. Durch die anschaulichen Illustrationen sind die Übungen einfach zu verstehen und umzusetzen. Das Buch wird zudem durch einen theoretischen Teil rund um das Beckenbodentraining ergänzt, indem die Autorin auf die Situation und Bedürfnisse von Frauen & Männern gleichermaßen während und nach der Schwangerschaft, beim Liebesleben und bei Inkontinenz eingeht, wodurch das Gesamtwerk schlüssig abgerundet wird und auch die Zusammenhänge einfach zu verstehen sind.

Abschluss „Pflegeexperte Stoma Kontinenz Wunde“ unter Corona-Bedingungen

Bereits zum 5. Mal konnte an der Akademie für Gesundheitsberufe in Rheine erfolgreich die zweijährige berufsbegleitende Weiterbildung zum „Pflegeexperten Stoma Kontinenz Wunde“ abgeschlossen werden.



S. Leewe bei Ihrer Abschlusspräsentation mit L. Schmitz, S. Baum und S. Stegemann

In Zeiten wie diesen war jedoch vieles anders: Die letzte Theoriephase wurde als Online-Learning gestaltet und Vorgaben der Behörden sowie Dienstreiseverbote verhinderten die planmäßige Durchführung der Abschlussprüfungen. Neue Termine wurden gesetzt und zugleich blieb lange ungewiss, ob die Teilnehmer*innen aus Schleswig-Holstein, Thüringen, Hessen und Nordrhein-Westfalen planmäßig anreisen durften. Für die Abschlussveranstaltung, in der alle Absolventen ihre Abschlussarbeit der Fachöffentlichkeit präsentieren, durften keine externen Gäste geladen werden. Ziel war es nun, trotz strenger Hygieneauflagen ein internes Forum für die „Verteidigung“ der Abschlussarbeit zu bilden und einen würdigen Rahmen für die Abschlussfeier zu gestalten. Mit Unterstützung aller ist dies gelungen, so dass die Absolventen am 10. Juni 2020 mit Stolz und Freude Ihre Abschlusszeugnisse und Zertifikate in Empfang nehmen konnten.



Foto mit den Absolventen der Weiterbildung Pflegeexperte SKW: S. Baum, S. Deitmar, T. Eimann, H. Etgeton, A. Ganzmann, K. Hetzer, S. Lau, L. Leewe, L. Schmitz, S. Stegemann, M. Wissing, sowie G. Ungethüm (Fachgesellschaft Stoma, Kontinenz und Wunde e. V.), A. Henschel (Dozentin), O. Hagedorn (Fachlicher Leiter der Weiterbildung) und E. Tenkleve (Pädagogische Leitung der Weiterbildung und Mitarbeiterin der Akademie für Gesundheitsberufe Rheine)

Neuprodukt – elastische Fixier- streifen FS20

**Dank der aktuellen Fortschreibung
des Indikationsrahmens nun vielfältiger
einsetzbar!**

FORLIFE bietet jetzt elastische Fixier-
streifen für die Stomaversorgung an.
Dieses Neuprodukt von FORLIFE dient
der Erweiterung der Haftfläche und
somit einer Verlängerung der Tragezeit
der Versorgung.

Der Artikel ist zu 20 Stück abgepackt
und seit Mai 2020 bestellbar (Artikel-
nummer FS20, PZN 16622583).

Eine Hilfsmittelnummer ist beantragt.

Bei Fragen und Anregungen schreiben
Sie uns: mail@forlife.info

Ihr FORLIFE-Team aus Berlin



CeraPlus Hautschutz mit Remois Technologie* jetzt neu als soft konvexe Basisplatten und einteilige Urostomie-Mehr-kammerbeutel

Das CeraPlus Portfolio bietet die Kombination aus Passform und Hautschutzmischung zur Unterstützung einer gesunden Haut – von Anfang an.

Hautschutz, angereichert mit Ceramiden

Als natürlicher Bestandteil der Haut verbinden Ceramide die Zellen der Epidermis, damit diese eine wasserfeste Schutzbarriere bilden.¹ Ebenso machen Ceramide die Haut widerstandsfähiger gegen äußere Einflüsse. Der CeraPlus Hautschutz ist mit Ceramiden angereichert und entwickelt, um

- die natürliche Feuchtigkeitsbarriere der Haut zu schützen.
- den transepidermalen Wasserverlust (TEWL) geschädigter oder abgetragener Haut zu verringern.
- die peristomale Haut gesund zu erhalten.²

Soft konvexe Passform für die zweiteilige Stomaversorgung

Sieben neue Artikel ermöglichen eine soft konvexe Versorgung mit dem präventiven CeraPlus Hautschutz nun auch für die zweiteilige Stomaversorgung. Das flexible Design kann helfen, sanften Druck um das Stoma herum auszuüben für die richtige Passform, beispielsweise bei der postoperativen Versorgung, bei retrahierten Stomata oder peristomalen Hautunregelmäßigkeiten wie Narben und Falten. Der flexible Haftrand passt sich solch unterschiedlicher Hautbeschaffenheiten an und kann Stomaträgern zu mehr Vertrauen und Wohlgefühl verhelfen. Der Rastring ist deutlich untergreifbar

und kann dem Anwender dabei helfen, eine sichere Verbindung zwischen Beutel und Basisplatte zu gewährleisten, ohne Druck auf den Bauch auszuüben.

Einteilige Urostomieversorgung mit CeraPlus Hautschutz

Mit dreizehn neuen Artikeln für die Urostomieversorgung komplettiert Hollister die Auswahl bei 1-Teilern bei dem mit Ceramiden angereicherten Hautschutz CeraPlus. Ausgestattet mit dem flexiblen Haftrand umfasst das Portfolio plane, soft konvexe sowie konvexe Hautschutzvarianten. Das Mehrkammersystem sorgt für eine gleichmäßige Urinverteilung im Beutel für ein schlankes Profil und mehr Diskretion. Das regulierbare Ablassventil mit weicher Verschlusskappe ermöglicht ein kontrolliertes Ablassen des Urins.

Breites Portfolio für den Erhalt gesunder Haut

Für die Wahl der Stomaversorgung, die zur Gesunderhaltung der Haut beiträgt steht ein umfassendes Portfolio zur Verfügung. Basisplatten mit Haftrand gibt es in plan, soft konvex und konvex. Bei durchgehendem Hautschutz besteht die Wahl zwischen planen und konvexen Varianten. Im 1-teiligen Bereich umfasst das Portfolio Kolostomiebeutel in plan und konvex. Ausstreifbeutel und die neuen Urostomiebeutel gibt es mit Haftrand in planer, soft konvexer und konvexer Ausführung. Die Hautschutzringe mit Ceramiden (CeraRinge) sind in plan und konvex als passendes Zubehör für individuelle Versorgungssituationen erhältlich.

¹ Elias P. (1988) Structure and function of the stratum corneum permeability barrier, <https://dio.org/10,1002/ddr.430130203>

² Coderch L, Lopez O, de la Maza A, Parra J. Ceramides and Skin Function, *Am J Clin Dermatol* 2003; 4 (2)

Lesen Sie vor der Verwendung die Gebrauchsanleitung mit Informationen zu Verwendungszweck, Kontraindikationen, Warnhinweisen, Vorsichtsmaßnahmen und Anleitungen.



Das flexible, soft konvexe Design kann helfen sanften Druck um das Stoma herum auszuüben...



... und eignet sich beispielsweise für retrahierte Stomata.



Der Rastring ist deutlich untergreifbar.



Moderma Flex CeraPlus Urostomie-Mehr-kammerbeutel

Kontaktieren Sie uns für weitere Informationen unter 0800/101 50 23, besuchen Sie uns auf www.hollister.de/ceraplus oder erfahren Sie mehr über den CeraPlus Hautschutz in unserem Video unter www.hollister.de/ceraplus-video



Die nächste Ausgabe Ihrer

MagSi® Magazin
Stoma · Kontinenz · Wunde

erscheint im Dezember 2020

Herausgeber

FgSKW (Fachgesellschaft
Stoma, Kontinenz und Wunde) e.V.
Herr Werner Droste
Nikolaus-Groß-Weg 6
59379 Selm
Tel.: +49 (0) 25 92 / 97 31 41
Fax: +49 (0) 23 06 / 3 78 39 95
E-Mail: info@fgskw.org
Internet: www.fgskw.org
ISSN 1863-1975

Erscheinungsmo- nate

April, August, Dezember

Redaktionsschluss

1. Februar, 1. Juni, 1. Oktober

Anzeigen- und Beilagenschluss

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

Redaktion + Autorenbeiträge

Brigitte Sachsenmaier
Ziegelstraße 42, 73084 Salach
Fax: (07162) 46 04 56
E-Mail: [brigitte.sachsenmaier@pflegeexper-
ten-wissen.de](mailto:brigitte.sachsenmaier@pflegeexper-
ten-wissen.de)

Gestaltung

Spectra – Design Et Verlag
Eichenstraße 8
73037 Göppingen
Tel.: (07161) 789 25
Fax: (07161) 137 80
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
59379 Selm
Tel.: +49 (0) 25 92 / 97 31 41
Fax: +49 (0) 23 06 / 3 78 39 95
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
decken sich nicht unbedingt mit der
Meinung der Redaktion und des Heraus-
gebers.

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.

ECET 2021 JOINS FORCES WITH EWMA 2021 IN PARIS

SEE YOU AT

**ECET
2021**

14 - 16 APRIL 2021

PALAIS DES CONGRÈS DE PARIS

PARIS · FRANCE

**BILINGUAL
ENGLISH-FRENCH**

European
Council of
Enterostomal
Therapy **ECET**

For more information visit www.ecet2021.org or www.ewma2021.org

Stomacare

Standard Plus-Bandagen

Die neue Stomacare-Bandagen-Generation "Plus" aus Coolmax-Material



Spezifikationen



10 cm
15 cm
19 cm
23 cm



60 mm
72 mm
85 mm



70 cm
bis
140 cm



COOLMAX

Die "Plus"-Punkte in der Übersicht

Hellgrauer Farbton bietet optimale Diskretion auch unter heller Kleidung

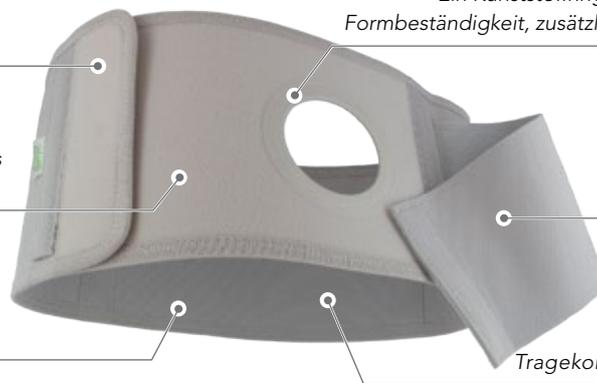
Dünne Bandagen-Vorderseite aus Velours für ein angenehm leichtes Tragegefühl

4 Höhen für das jeweils individuelle Bedürfnis zur Auswahl

Ein Kunststoffring umfasst die Stomaöffnung und sorgt für Formbeständigkeit, zusätzliche Stabilität und eine leichte Reinigung

Integrierte Prolapsabdeckung zum Schutz bei der Stomapflege

Coolmax-Material für einen hohen Tragekomfort und ein angenehmes Körperklima



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

basko.com

Interesse an einer kostenlosen Produktschulung?
Hier unsere aktuellen Online-Seminar-Angebote für Sie:

